

**ÉLETTÖRTÉNETEK
A PSZICHOTERÁPIÁBAN**

Berán Eszter
Unoka Zsolt

Csak olvasható

Csak olvasható

**ÉLETTÖRTÉNETEK
A PSZICHOTERÁPIÁBAN**

Berán Eszter
Unoka Zsolt

Csak olvasható

© Berán Eszter, Unoka Zsolt

© Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft.

Minden jog fenntartva. A könyv bármilyen módon történő másolása, sokszorosítása a kiadó és a szerző írásbeli engedélyéhez kötött.



PÁZMÁNY PÉTER KATOLIKUS EGYETEM

1635
alapítás

Készült a Pázmány Péter Katolikus Egyetem valamint
a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal PD 108868-as számú
pályázatának támogatásával.

ISBN 978-615-5443-45-9

Nyomdai előkészítés: Sólyom Attila

Korrektúra: Budai Katalin

Nyomtatás: Érdi Rózsa nyomda

A borítón szereplő rajzot Gerlóczy Sári készítette.

Kiadja: Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft.

1155 Budapest, Szent korona útja 11. 1./4.

www.orioldbooks.com | info@orioldbooks.com

Megrendelhető a kiadó fenti elérhetőségein.

Köszönetnyilvánítás	11
A díványon elbeszél élet	13
(Pléh Csaba)	
1. Bevezetés	
A perspektívaváltás funkciói a pszichoterápiában	15
A figyelem irányítása NP-váltással	16
A nyelvileg felajánlott perspektíva és a szubjektíven megélt perspektíva kapcsolata	17
A szubjektum struktúrái	17
A tudat egysége	18
Az önreflexió: a <i>tapasztaló én</i> és a <i>megtapasztalt önmagam</i> közötti különbségtétel	19
A prereflektív tudatfolyamnak a <i>megtapasztalt önmagam</i> általi feltöredeződése	20
A reflexió és diadikus helyzet formális hasonlósága	21
Belsővé tett másik	21
Az önéletrajzi emlékezet és elbeszélés fejlődése	25
Közös visszaemlékezés és történetképzés szerepe a fejlődésben	27
Az önéletrajzi történet közös konstruálásának kulturális funkciója	28
Az önéletrajzi emlékezet	33
Szelfemlékezeti rendszer és működő szelf	33
Az önéletrajzi emlékek célvezérelt szerveződése	35
Hosszú távú szelf és önéletrajzi tudásbázis	36
Az eseményspecifikus tudás és az epizodikus emlékek jellemzői	37
Az epizodikus emlék szerveződése	39
Az epizodikus emlékek fejlődése	43
Általános események, témák	45
Az élettörténet-séma	45
Életszakaszok	48
A korrespondencia és a koherencia elve az önéletrajzi emlékezésben	49
Az emlékezésből a tudásba váltás és a tudásból az emlékezetbe váltás	50

Konceptuális szelf	51
Mikor az én magára tekint: megfigyelő és mezőperspektíva	52
Terápiás megfontolások	55
A vizuális perspektíva korrelátumai és következményei	55
Megfigyelő perspektíva, mint kognitív elkerülő stratégia	57
Trauma és vizuális perspektíva használata	58
Összefoglalás	59
2. A pszichoterápiás folyamat kutatása szövegközeli módszerekkel	
– új módszer az interakció vizsgálatához	61
Wallerstein elmélete a pszichoterápiás kutatásról	62
Thomä és Kächele: a terápiás folyamat kutatásának módszertani kategóriái	64
Diskurzus-interakción alapuló megközelítések	66
Jelen megközelítés újdonsága és előnyei	70
3. A terápiás diskurzus jellegzetességei	73
A terápiás szerződés	74
A terápiás kezelés háttérben álló elméletek	75
Lokális és tágabb értelemben vett szövegkontextusok	75
A narratív interakció jelentősége a terápiás diskurzusban	76
4. A Budapest Pszichoterápiás Adatbázis	79
Vizsgálati személyek	79
A vizsgálatban közreműködő személyek kiválasztása	79
Adatgyűjtés	80
Etikai megfontolások	81
A természetes megfigyelés mint módszer nehézségei	81
A pszichoterápiás kezelésben használt módszerek	82
Az adatfeldolgozás folyamatai	82
A felvett hanganyag lejegyzése	82
A lejegyzés során használt CHILDES kódok	83
A NP kódolása	84
5. A narratív perspektíva diskurzusalapú modellje és szerepe a diskurzus szabályozásában	85
A NP fizikai aspektusa	86
A NP-szubjektivitás aspektusa	89
A NP-intencionalitás aspektusa	91
A NP diskurzusszint aspektusa	94
A NP-váltás definíciója	96

A NP-váltás szabályozó szerepe a terápiás interakcióban 97

6. Ágenciaélmény változása egy szexuális trauma emlékétfedő

álom analízise során 99

Az ágencia és páciencia kérdése az abúzus áldozatainak terápiájában. ... 100

Ágencia és páciencia a narratív kutatásban 101

Szelfnarratívumok perspektívaváltással történő konstrukciója
a terápiás folyamatban 102

Módszerek 103

Vizsgálati személyek 103

Vizsgálati folyamat 104

Adatok és mintavétel 104

Adatelemzés 104

A terápiás ülés részleteinek elemzése 105

Álomtörténet. 105

1. Részlet 105

Interakció-részlet, ami nem szerepel az elemzésben. 106

Szexualitás, undor, agresszió 107

2. Részlet 107

A terapeuta intervenciója 108

3. részlet. 108

Ki az ágens? 110

4. részlet. 110

Traumatörténet. 111

5. részlet. 111

Összegzés 113

Az adatok értelmezésének korlátai 115

7. Ágencia változása a pszichoanalitikus kezelés éve alatt

- kvantitatív vizsgálat 117

Az ágencia fogalma a pszichológiában 117

Az ágencia és páciencia kifejezésének longitudinális vizsgálata 119

Módszerek 120

Vizsgálati személyek 120

Mintavétel 120

Kódolás 120

Statisztikai számítások 120

Eredmények 120

Ágencia és páciencia kifejezése 121

Kliens és terapeuta ágencia használati mintázatainak összevetése. 122

Összefoglalás 125

Ágencia és páciencia kifejezésének szabályozása a terápiában 126

8. Perspektívaváltások elemzése pszichoanalitikus ülésekből vett példákkal

- kvalitatív elemzések 131

Módszerek 133

 Mintavétel 133

 Vizsgálati személyek 133

 A NP kódolása 133

 Kvalitatív elemzés 133

Perspektívaváltás externális fokalizáló módról internálisra 134

 1. részlet 134

 2. részlet 136

Internális fokalizáló mód: a másik és a szelf viszonya 136

 3. részlet 137

NP-váltás karakterszintről narrátorszintre 137

 4. részlet 138

Összegzés: mi történt az első ülésen? 139

NP-váltás a terápiás itt és most szintjéről a karakterszintre 139

 5. részlet 139

Általános alany – Karakterszintre történő perspektívaváltás 140

 6. részlet 141

Empátia kifejezése NP-szabályozással 141

Összegzés: mi történt a második ülésen? 142

Az esetből levonható következtetések 142

9. A kliens és terapeuta eltérő stratégiái az affektus szabályozásában a terápia kezdeti szakaszában

. 145

Módszerek 148

 Mintavétel 148

 Vizsgálati személyek 148

 A NP kódolása 149

 Statisztikai számítások 149

Eredmények és megvitatás 149

 A vizsgált változók gyakoriságai 149

 Igeidő 152

 Diegézis 154

 Ige szám és személy 154

 Fokalizáló mód 155

 Diskurzusszint 156

Összegzés 158

10. Önéletrajzi emlékezet és narratívperspektíva-váltás Ferenczinél és a mai terápiás gyakorlatban	159
Az önéletrajzi emlékezeti rendszer működése	161
Az epizodikus emlékek szerveződése	162
Az epizodikus emlékekkel történő munka a terápiás ülésen	
NP-váltás segítségével	163
Módszerek	165
Vizsgálati személyek	165
Mintavétel	166
Az ülésrészletek kvalitatív vizsgálata.	166
Pseudonarrátor használata a kliens intonációs egységének befejezésével	166
1. Részlet	166
2. részlet.	168
A kliens mondatának ismétlése	170
3. részlet.	170
A kliens által használt pseudonarrátor átvétele.	172
4. részlet.	173
5. részlet.	174
Összegzés	175
11. A perspektíva-váltás kölcsönös szabályozása több lépésen keresztül a terápiás interakciókban	177
Módszerek	179
A vizsgálatban részt vevő személyek	179
Adatok és mintavétel	180
A vizsgált ülések tartalma	180
A NP-váltásokkal történő diskurzus szabályozás kvalitatív vizsgálata.	180
Heterodiegizistól pseudodiegizisig és vissza az interpretációban	180
1. részlet.	181
2. részlet.	182
3. részlet.	183
Összegzés: mi történt az első ülésen?	184
Igeidő és érzelmi önszabályozás a terápiás ülésen.	185
4. részlet.	185
5. részlet.	187
6. részlet.	188
7. részlet.	189
8. részlet	190
Összegzés: mi történt a második ülésen?	191
Következtetések	191

12. Az anyára vonatkozó központi kapcsolati konfliktus téma (KKKT) változása a pszichoanalitikus terápia során	193
Központi kapcsolati konfliktus téma.	193
Módszerek	196
Vizsgálati személyek	196
Mintavétel	196
A KKKT kódolása	196
Mérőeszközök	197
Kvalitatív elemzés	197
Korai ülés	197
1. részlet	197
NP-váltások elemzése az 1. ülésrészletben	198
2. részlet	200
NP-váltások elemzése a 2. ülésrészletben	201
3. részlet	203
NP-váltások elemzése a 3. ülésrészletben	204
Kapcsolati epizódok összevetése a terápia kezdeti és munkaszakaszából	205
Korlátok	206
Hivatkozások	207

Jelen kötet kiadását a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (korábban OTKA) PD 108868 pályázata támogatta.

A könyv bizonyos fejezetei részben korábban megjelent tanulmányokra támaszkodnak, ezért köszönetet mondunk azoknak a folyóiratoknak és kiadóiknak, amelyek engedélyezték az anyagok újrafelhasználását és megjelentetését. Ilyen részeket tartalmaz a 8. fejezet, mely egy, a Lélekelemzés folyóiratban 2007-ben megjelent cikken alapul: „Figyelemirányítás, mint az analitikus terápia hatótényezője” címmel. Szintén a Lélekelemzés című folyóiratban, 2015-ben jelent meg a 10. fejezetben közölt anyag, melynek címe a következő: „Önéletrajzi emlékezet és narratív perspektívaváltás Ferenczinél és a mai terápiás gyakorlatban”. A 9. fejezet 2011-ben, a Pszichológia folyóiratban megjelent szöveget és táblázatot tartalmaz, ennek eredeti címe: „A szelf affektív bevonódása a pszichoterápiás folyamatba: érzelmi intenzitás kifejezése narratív perspektívahasználattal a terápia kezdeti szakaszában”. Végül a 11. fejezet szövegrészeket tartalmaz a Pszichológiai Szemle című folyóiratban 2012-ben megjelent írásunkból, melynek címe a következő: „A narratív perspektívaváltás figyelmi szabályozó szerepe a terápiás diskurzusban: két pszichoterápiás ülés részleteinek elemzése”.

Továbbá szeretnénk megköszönni a vizsgálatban szereplő pszichoterapeuták és kliensek segítségét abban, hogy részvételükkel lehetővé tették a Budapest Pszichoterápiás Adatbázis összegyűjtését, Czobor Pál segítségét a statisztikai számításokban, Berán Sára segítségét a narratív perspektíva modelljének és kódrendszerének kidolgozásában, valamint Antal Bacsó Péter és Császár Ajna segítségét a Központi Kapcsolati Konfliktus Téma kódolásában.

Csak olvasható

A díványon elbeszélt élet

A pszichoanalízisről egy kliens megjegyzése alapján a kezdetektől tudjuk, hogy beszélgető kúra. Mégis, fél évszázadon keresztül valamiféle naiv realiztikus világképi keretben nem az volt a fontos, ami a terápiás interakcióban történik, hanem amit ez a kliens súlyos, mintegy ontológiai valóságáról, rögzüléseiről, áttételeiről, fejlődéséről tükröz.

Ezt a helyzetet két mozzanat változtatta meg. Az egyik alulról, a dívány alá rejtett magnetofonból indult. Mialatt a nyelvész Hockett az 1950-es években kezdte klinikai beszélgetések során a habozásokat s hibázásokat mint a konfliktusok jegyeit tettenérni. A másik mozzanat a filozófia és az irodalomértelmezés világából eredt. Paul Ricoeur 1967-es könyve a freudi klinikai értelmező munkát az irodalmi műértelmezéshez hasonlítja, s ezzel elindítja a klinikai munkán belül is az elbeszélő fordulatot. A kliens egy élettörténetet ad elő egy sajátos perspektívából, s a terápia során egy új történet kialakítása zajlik.

Ezt az elbeszélő fordulatot valósította meg a magyar klinikumban Lust Iván, valamint szövegelemzési eszközök kidolgozásával a szociálpszichológiában László János. Berán Eszter és Unoka Zsolt könyve a klinikai narratív fordulat új szintje s új szintézise. Szintézisük elméletileg sok újat hoz. Összekapcsolják a klinikai narratív kutatást a mai „kemény kognitív” emlékeztelékten epizodikus és önéletrajzi konstrukciókat elemző törekvéseivel, s a klinikai beszélgetés mint társalgási kontextus William Labov indította szabályközpontú elemzésével.

A könyv klinikus olvasóinak azonban még fontosabb a könyv klinikai anyaga és a kínált elemzési módszerek. Itt már nem egyedi beszélgetési példákra van szó, s nem a klinikus intuícójának 'narratív rizsával' való megtámogatásáról. Szisztematikusan rögzített szövegeket kapunk, melyekhez jól követhető s mindenütt indokolt „nyelvtanozó elemzés” révén kapcsolódik egy olyan kódolás, ami a feszültségek nyelvi jegyeit a segítséget kereső ember perspektívakeresésének tüneteiként mutatja be.

A kötet elméleti útmutató, elgondolkasztató klinikai tárház és a klinikusok új elemzéseinek kis kátéja. Remélhetőleg sok feszültségjegyet nem mutató beszélgetések révén válik majd a hazai klinikusok új narratíváinak iránytűjévé.

Pléh Csaba

Csak olvasható

Bevezetés

A perspektívaváltás funkciói a pszichoterápiában

1.

A hosszú távú pszichoanalitikus terápiában jellemzően a kliens élettörténeteit vagy más néven önéletrajzi elbeszéléseit dolgozzák fel. Ez az a kiindulási anyag, amin maga a terápiás kezelés alapul. A történetek átírása vagy újraírása a terapeuta segítségével valósul meg, aki ennek a folyamatnak aktív részese: kérdéseivel, interpretációival segíti a klienst a történetek különféle aspektusainak kidolgozásában. A történetek tehát egy közös konstrukcióban jönnek létre a terapeuta és kliens részvételével. Ezt a folyamatot narratív interakciónak nevezzük (Becker, Quasthoff, 2005). Könyvünk célja, hogy részletes tudományos leírást adjon a pszichoterápiás ülésen megvalósuló narratív interakciónak a természetéről. Arra törekszünk, hogy a narratív interakciót lépésről lépésre kövessük nyomon, végigkísérve azokat a változásokat, amelyek végül, hosszú távon a szelf szerkezeti átalakulásához vezetnek. Célunk megvalósításának érdekében a szelfnarratívumok szerkezeti tulajdonságainak változását vizsgáljuk: a nézőpontváltozásokat és azok sorozatát.

A nézőpont vagy más néven narratív perspektíva (NP) az a szemszög, ahonnan az elbeszélő látja és látatja a történet eseményeit és szereplőit (Uspenski, 1973; Genette, 1970, 1980). A NP vizsgálatához kialakítottunk egy diskurzív nyelvi modellt. Ennek a modellnek a segítségével vizsgáljuk a terápiás ülésen elhangzott történeteket, és a történetek átalakulási folyamatait. A NP diskurzív nyelvi modelljéről részletesen az 5. fejezetben ejtünk szót. Itt csak annyit említünk meg, hogy ez a modell négy aspektus alapján vizsgálja az elbeszélő nézőpontját: 1. fizikai aspektus, 2. szubjektivitás aspektus, 3. intencionalitás aspektus, és 4. diskurzusszint aspektus. A fizikai aspektus a történet eseményeinek a narrátorhoz viszonyított téri, idői koordinátáit adja meg. A szubjektivitás aspektus az elbeszélő személyre, valamint annak a történet síkjához viszonyított pozíciójára vonatkozik. Az intencionalitás aspektus a narrátor tudását jeleníti meg saját és mások belső világáról, valamint arról, hogy másokat és saját magát intencionális ágensként kezeli-e az elbeszélő. A diskurzusszint aspektus azt mutatja meg, hogy az elbeszélő szubjektum milyen pozícióból beszél a terápiás ülés egy adott pillanatában (Bal, 1983; Chatman, 1986; Phelan, 2001): a narrátoréból, egy karakteréből vagy a terápiás jelen helyzetéből. A történetek újraírása során azonban nem pusztán maguknak a történeteknek az

újraírása, az új élettörténetek megalkotásában van a terápiás változás lényege, hanem a perspektívaváltások során implicit tanulás révén elsajátított új figyelemirányítási készségekben is.

A figyelem irányítása NP-váltással

A NP azért is megfelelő kiindulópont a terápiás ülésen megvalósuló narratív interakció elemzéséhez, mert az elbeszélés során folyamatosan változik (Uspenszky, 1973). A NP-váltások vizsgálatával tudjuk nyomon követni a kliens és a terapeuta nézőpontjában megvalósuló változásokat. Ugyanakkor a beszélők befolyásolhatják is egymás nézőpontváltásait. Például előfordulhat, hogy a kliens a terapeuta beszédét követően, az abban megvalósított perspektívát valósítja meg saját beszédében – vagyis saját beszédében a terapeuta perspektíváját „átvéve” hajt végre NP-váltást. Ezt a NP koordinációjának vagy más szóval kölcsönös szabályozásának nevezzük. Erről részletesen szintén az 5. fejezetben írunk. Itt tehát csak vázlatosan beszélünk erről a folyamatról.

A kölcsönös szabályozás egyik alapja, hogy a terapeuta és kliens egymásra koncentrálva egy közös figyelmi helyzetben kooperálnak a kommunikáció sikerességének érdekében (Clark, 1996). A közös figyelmi helyzetben a kommunikáció sikeressége a beszélgetésről létrehozott közös mentális reprezentációkon alapul (Garrod, Anderson, 1987; Garrod, Pickering, 2009). Garrod és Pickering szerint ez egy magasabb szintű cél, ami az alsóbb szinteken megvalósuló koordinációk segítségével érhető el. Ilyen alsóbb szintek a szerzők szerint például a testhelyzet, hangsúly, dialektus, szókincs, grammatikai szerkezet, és elméletünk szerint ilyen a NP is. Így tehát a NP segítségével, a koordináció során a beszélők befolyásolják egymás nézőpontváltásait.

A figyelemirányítás és perspektíva összefüggéséről beszél Chafe (1988, 1994) az intonációs egységek kapcsán. Az intonációs egység egy formálisan definiálható beszédsgemens, amit egy végső intonációs kontúr és opcionálisan egy rövid szünet határol be és választ el a következő intonációs egységtől. Chafe szerint az interakció során a hallgató és beszélő figyelme egyidejűleg erre az egységre irányul. Az intonációs egység ugyanakkor egy nyelvi perspektívával is jellemezhető. Amennyiben a hallgató és beszélő figyelme egyidejűleg az intonációs egységre irányul, az azt jellemző perspektivikus információ is befolyásolja mindkettejük mentális reprezentációját. Chafe elmélete kapcsán tehát szintén arra a következtetésre juthatunk, hogy a beszélők az interakció során befolyásolhatják egymás perspektívaváltásait. Az intonációs egységről részletesen a 2. és 4. fejezetben szólnunk. Elöljáróban annyit szeretnénk közölni, hogy vizsgálatainkban az intonációs egységet választottuk elemzési egységként a figyelem irányításában játszott szerepe, valamint formálisan definiálható volta miatt (szemben másfajta beszédsgem-

mensekkel, amelyek inkább tartalmi szempontból definiálhatóak, mint például a gondolati egység). Az intonációs egységben alkalmazott narratív perspektíva tükrözi a beszélő pillanatnyi kognitív tevékenységét, így ennek váltakozásainak megfigyelése a beszélők szubjektív állapotainak váltakozásába enged betekintést.

A nyelvileg felajánlott perspektíva és a szubjektíven megélt perspektíva kapcsolata

A terápiás ülésen zajló interakció verbális elemzése kapcsán tehát láthatjuk, hogy a narratív perspektíva, valamint a perspektívaváltás fontos szerepet játszik a mentális reprezentációk kialakulásában és változásában. Ugyanakkor felmerül a kérdés a nyelvi kifejezés és mentális reprezentáció együttállása kapcsán, hogy mennyire kell számolnunk ezek inkongruenciájának lehetőségével. Az inkongruencia nagyobb kognitív teherrel jár, mivel a hallott tartalom gátlása és egy parallel tartalom feldolgozása szükséges hozzá. Amennyiben akaratlagosan nem törekszik a beszélő arra, hogy gátolja a hallott szövegek megértését, a beszéd feldolgozása alatt a felkínált perspektíva által szervezett tartalmakat idéz fel. A másik eset, amikor a figyelem önkéntelenül befelé fordul, és ekkor a másik nyelvi közlésének a feldolgozása elmarad. A terapeuta által felkínált nyelvi perspektíva tehát hatással van a kliens figyelemirányítására és mentális tartalmak konstruálására, amennyiben nem gátolja szándékosan vagy nem zárja ki a terapeuta közléseinek feldolgozását.

A szubjektum struktúrái

A külső megfigyelő számára a pszichoterápiás párbeszédnek két résztvevője van, a kliens és a terapeuta, mint két különálló test, az egyik a jobb, a másik a bal oldalon ülve/feküdvé. Látszólag két különálló alanyként vesznek részt a terápiában. Azonban a párbeszéd során általuk felvett szubjektív pozíciók száma több mint kettő. Egy egyénben megfigyelhető több szubjektív pozíció jelenségét többféleképpen foglalmazták meg a különféle pszichoterápiás elméletalkotók: tárgykapcsolati diádok (Kernberg, 1985), introjektumok (Benjamin, Rothweiler, Critchfield, 2006), hangok (Stiles, 1999), polifonikus szelf (Hermans, 1996; Bahtyin, 2001). Az emberek elméje tárgykapcsolatok, introjektumok, hangok, azaz belsővé tett ágensek kollektívája. A szubjektív pozíciók sokasága lehetővé teszi, hogy rugalmasan váltszon a személy a különböző belsővé tett mások perspektívái között, azonban, ha nem alakult ki a perspektívaváltások készségepertoárja, akkor az egyes szubjektív pozíciók töredezetten, diszszociáltan jelennek a személyben. A narratívperspektíva-váltások tükrözik a beszélő által felvett szubjektív pozíciók váltakozásait. Jelen fejezetben

összefoglaljuk azt a fogalmi keretet, ami alapján felvázoljuk a szubjektum struktúráját, a terápiás beszélgetés során a terapeuta és a kliens által pillanatnyilag felvehető szubjektív pozíciókat, azok egymáshoz fűzött viszonyát. Reméljük, hogy ez a fogalmi keret útmutatásul szolgál a terápiás folyamat jobb megértéséhez. A narratív-perspektíva-váltások egyrészt tükrözik a szubjektív pozíciók közti váltást, másrészt eszközül szolgálnak a kívánt váltások elősegítésére. Az alábbiakban célunk az, hogy fogalmi térképet biztosítsunk a szubjektív pozíciók közti navigálásához.

A tudat egysége

A terápia egyik célja, hogy változás következzen be a résztvevők tudatában felmerülő tartalmakban. Hogy ezt a célt el tudjuk érni, meg kell értenünk, hogy a tudat tartalmi hogyan szerveződnek. A legelemibb szerveződési elv az, hogy aminek a tudatában vagyunk, ahhoz hozzájárul egy elsődleges első személyű élmény, azaz, hogy én vagyok tudatában az adott tartalomnak. Már Kant felhívta a figyelmet „A tiszta ész kritikája” című művében a transzcendentális appercepció szintetikus egységének, azaz a tudat egységének a problémájára. Ennek lényege, hogy a tudatomban adódó sokféle szemlélet, fogalom és képzet sorozata csak akkor tud összeállni, akkor tud szintetizálódni, ha mindegyikhez kapcsolódik a „Gondolkodom” képzet (Kant, 2004). A kanti gondolatot a mai nyelvezetre lefordítva ez azt jelenti, hogy amit érzékelek, érzek, gondolok, elképzelek, amire emlékezem, legyen a tárgya a külvilág, a testem, a saját vagy a másik kognitív folyamatai, akár a jelenben, akár a múltban vagy a jövőben, úgy jelennek meg a tudatomban, hogy velük jár az „én tapasztalom” („én érzem”, „én gondolom” stb.) képzete. A változó tudattartalmak mellett ez állandó marad, és ez adja a tudat egységét. A sokféle képzet nem lenne mind az én képzetem, ha nem tartoznának egyazon prereflektív öntudathoz (Gallagher, Zahavi, 2008), még ha magam nem is vagyok mindig tudatában ennek, nem reflektálok rá. Tehát a tapasztalatoknak kell, hogy legyen egy közös alanyuk. A reprezentációk nem csak képviselnek valamit, hanem valakinek a reprezentációi is. Ha nézek egy verebet, ha hallom az utca zajait, ha érzem a szerelmem illatát, a tudatom tárgyai különböznek, azonban minden tapasztalatomhoz hozzájárul az a változatlan élmény, hogy én vagyok az alanya a tapasztalataimnak, hogy én tapasztalom a tapasztalataimat. Kant szerint „csak azért nevezhetem valamennyi képzetemet az én képzeteimnek, mert sokféleségüket egyazon tudatban vagyok képes felfogni; hisz máskülönben oly sokszínű és változatos énem volna, amilyen sokfélék a képzetek, melyeknek tudatában vagyok” (Kant, 1995, 144–145 o.).

A Kant által felvetett probléma a sokszínű és változatos énről a pszichoterápiás tapasztalat központi problémája: dinamikusan változik az, hogy mi adódik a tudatomban sajátomként. Az embereknek valóban sokszínű és változatos énje

van, melyre csak egy másik ember segítségével képes rálátni. Azért szükséges a másik jelenléte, mert ez a változatosság nem adódik a prereflektív szinten, mert mindig csak az a tudatom része, amihez hozzákapcsolódik az „én tapasztalom” képzete. Az elme működése során zajló folyamatok jelentős része tudatosulás nélkül zajlik (kognitív tudattalan, tudatelőttes, dinamikus tudattalan), anélkül, hogy hozzájuk kapcsolódna az „én tapasztalom” képzete, így a tudaton kívül maradnak. Dinamikusan változik azon tartalmak halmaza az elmén belül, amelyekhez hozzákapcsolódik az „én tapasztalom” képzete, és ezáltal az öntudat részévé válik. A terapeuta a kliens által közölt tartalmakat mind a klienshez tartozónak tulajdonítja, így a kliens számára csak a különféle én-állapotaiban adódó, töredezett tartalmak a terapeuta által felajánlott összegző perspektívával azonosulva válhatnak egyszerre a tapasztalat tárgyává. A narratívperspektíva-váltás interaktív folyamatában nyomon követhetőek ezek a folyamatok.

A narratívperspektíva-váltás szempontjából fontos felhívni a figyelmet, hogy bármilyen perspektívát vesz föl a beszélő, az „én tapasztalom” képzete ott van a háttérben. A tapasztalás alanya, a *tapasztaló én*, az „én tapasztalom” tudatfolyamból kiemel tartalmakat, amelyek ezáltal szembeötlőek lesznek, nagyobb fokú szálenciával bírnak. Az egyes *tapasztaló én* pozíciók eltérő szálenciafokkal látnak el mentális tartalmakat. A szálencia azt jelenti, hogy milyen személyes fontossággal bír az adott tartalom a tapasztalatban. Például ha bemegyek a boltba, más-más áru válik szálenciássá, ha arra figyelek, hogy magamnak vegyek dolgokat, vagy ha a feleségemnek, vagy ha a kisebb vagy a nagyobb fiamnak, vagy ha az egész családnak. A felvett perspektíva a figyelmet ráirányítja az „én-tapasztalom”-ban adódó specifikus tartalmakra, és ezáltal kiemeli azokat a háttérből. Például ha a saját nézőpontomból („Dühös vagyok rá, mert késik.”) átváltok a partnerem perspektívájába („Utálok, hogy dühös rám a késésért.”), majd ráirányítom a figyelmet a viselkedésére (izzadtan, lihegve, sietős léptekkel jön), mindhárom esetben fennáll a háttérben az „én tapasztalom” alapvető képzete. A *tapasztaló én* több eltérő szubjektív pozíciót vehet fel, melyekben az „én tapasztalom” tartalmi eltérések. A terapeuta által felajánlott összegző perspektívákban a *tapasztaló én* olyan nézőpontba kerülhet, amelyben az eltérő szubjektív pozíciókban adódó tapasztalatok integrálódhatnak.

Az önreflexió: a *tapasztaló én* és a *megtapasztalt önmagam* közötti különbségtétel

Az önreflexió során megkettőződik az én-tudatunk, Kant szavaival élve különvállik az én, mint gondolkodó szubjektum és önmaga, mint elgondolt objektum között (Kant, 1995, 158. o.). James elkülöníti az „én”-t (angolul: I, a személyes

névmás alanyesete), mint alanyt és „magamat” (angolul: me, a személyes névmás tárgyесе), a tárgyá tett én-t (James, 1909; Pataki, 1982). Vegyünk például egy nem önreflektív élményt, melyet megfogalmazhatunk az alábbi kijelentésben: „Én utállak téged”, amiben különválnak az „én”, aki utál és a „téged”, aki az utálat tárgya; „Te utálsz engem”, amiben különválnak a „te”, aki utál és az „engem”, aki az utálat tárgya. Ebben az esetben az utálat alanya és az utálat tárgya különálló, de mindkettő az „én tapasztalom” háttérélmény halmazának része. Az önreflektív élményben, amit az alábbi módon fejezhetünk ki: „Én utálok magamat”, különválnak az én, aki utál és a magamat, akit utálok. Különválnak a *tapasztaló én* és a *megtapasztalt önmagam*. Van a tudatnak egy nem reflektált *tapasztaló énje* és egy reflektált tapasztalata, a *megtapasztalt önmagam*, amit tapasztalok, és ez esetben is mindkettőhöz hozzákapcsolódik az „én tapasztalom” háttérélménye.

A prereflektív tudatfolyamnak a *megtapasztalt önmagam* általi feltöredeződése

A prereflektív tudatfolyam elsődleges, „én tapasztalom” élményének minden tudattartalom a részét alkotja. A *tapasztaló én* a figyelem révén kiemel tartalmakat a prereflektív tudatfolyamból. Önreflexiókor a *tapasztaló én* a prereflektív tudatfolyamból kihaló darabot, a *megtapasztalt önmagam* darabját. A reflexióban adódó tartalmak a *tapasztaló én* által kijelölt reprezentációk. A *tapasztaló én* és a *megtapasztalt önmagam* között egyfajta hasadás van. Egyrészt, ez az időbeli eltolódásból fakad, mivel a reflexió tárgya mindig elmarad időben a reflexió aktuásától. Másrészt, tartalmi hasadás is van, mivel a *tapasztaló én* tárgya mindig a *megtapasztalt önmagam*, így a *tapasztaló én* közvetlenül nem ragadható meg. A *tapasztaló én* jelöli ki azt a halmazt, amelyben a *megtapasztalt önmagam* van, de maga nem része a halmaznak, hasonlóan a Russell–Zermelo-paradoxonhoz, mely szerint nem lehetséges a minden halmazt tartalmazó halmaz, mivel maga ez a halmaz nem halmaza önmagának. A *tapasztaló énre* a megtapasztalt tartalom-ból lehet következtetni. Ez a jelenség pszichoterápiás szempontból kiemelkedő kérdéseket vet fel. A *megtapasztalt önmagam*, illetve a tapasztalat többi tárgya, a többi személy, a tárgyi világ másként és másként adódik a terápia során, és ebből a változásból lehet következtetni a *tapasztaló én* változásaira. A későbbiekben, az önéletrajzi emlékezetéről szóló irodalmi áttekintésben bemutatjuk a *működő szelfre* vonatkozó conwayi elméletet. A működő szelf rendszerének az a funkciója, hogy a személy pillanatnyi céljainak megfelelően szervezze a dinamikus jelent az epizodikus munkamemória befolyásolásával és ezt a jelenséget írjuk le a *tapasztaló én* fogalommal. A konstruált önéletrajzi tartalmak pedig megfelelnek a *megtapasztalt önmagamnak*.

A reflexió és diádikus helyzet formális hasonlósága

Az önreflexióban, a másakra irányuló figyelemben és a másik ránk irányuló figyelemben van egy formális hasonlóság, az elsőben a *tapasztaló énnel* a tárgya a *megtapasztalt önmagam*, a másodikban a megtapasztalt másik, a harmadik esetben mi válunk a másik tapasztalatának a tárgyává. Az egyes önreflektív aktusokban a *tapasztaló énnel* a viszonyulása a *megtapasztalt önmagamhoz*, és az „én tapasztalom” tudatfolyamból a *megtapasztalt önmagamban* kiemelt reprezentációk minősége szoros kapcsolatot mutat a tényleges diádikus helyzetekben átélt kapcsolatokkal, illetve ezen diádikus kapcsolatok reprezentációival. Például az eredeti diádikus helyzetben: Az én megnyilvánulása („Félek”) – Másik reakciója (Apa: „Szégyelld magad!”; Anya: „Gyere, átöllelek!”; Nagyapa: „Megmutatom, hogy tudod megoldani.”). A diádikus helyzet félelemmel kapcsolatos reprezentációja, „ha félek, apám megszégyenít, anyám segít, nagyapám biztat, hogy én is meg tudom oldani”. Az önreflexió során a *tapasztaló én* azonosulhat az apa belsővé tett viszonyulásával és akkor a *megtapasztalt önmagamban* a félelem reprezentációjához társul a megszégyenítés reprezentációja, de azonosulhat az anya belsővé tett viszonyulásával, és akkor a *megtapasztalt önmagamban* a félelem reprezentációjához társul a társas segítség lehetősége, a nagyapával azonosulva pedig a félelem érzése aktiválja a saját megküzdési repertoárját. A narratív interakció elemzésével az önéletrajzi emlékek elbeszéléseiben megnyilvánuló folyamatokhoz férhetünk csak hozzá, az elbeszélésből kimaradt azonosulások, narratívperspektíva-váltásokon keresztül reprodukálhatók, amennyiben a kliens képes együttműködni a perspektíva-váltásokkal. Kernberg tárgykapcsolati diádjai keresztül mutatjuk be, hogy a klinikai helyzetben a *tapasztaló énnel* a különféle tárgykapcsolati diádokkal való azonosulása hogyan befolyásolja a *megtapasztalt önmagamban* megjelenő tartalmakat és a megtapasztalt másik reprezentációit.

Belsővé tett másik

Több pszichoterápiás modell elméletalkotója kiemelt jelentőséget tulajdonított a szubjektum szerveződésében a diádikus helyzeteknek és azok belsővé tett reprezentációinak.

Otto Kernberg tárgykapcsolatok elmélet modelljében a belsővé tett tárgykapcsolatok a pszichológiai struktúrák építőelemei (Kernberg, 1985). A tárgykapcsolati diádok három komponensből állnak: az önmagáról alkotott reprezentáció, a másiktól alkotott reprezentáció, amelyek egy affektus köré szerveződnek, ami

viszont egy ösztönkésztetést reprezentál, amely az önéletrajzi emlékezeti rendszer célhierarchiájának alapeleme. Kernberg hangsúlyozza, hogy önmagának és a másiknak a diádban reprezentált része se nem pontos reprezentációja önmagának vagy a másiknak, se nem pontos reprezentációja egy múltbeli interakciónak, hanem inkább önmagának és a másiknak egy olyan reprezentációja, amelynek alapja a korai fejlődés során megélt és internalizált heves érzelmi állapottal járó pillanat, amelyet később elsődleges affektusok és fantáziák tovább alakítottak. Ezt kiegészítenénk azzal, hogy a diád dinamikus jelenben konstruált jellemzőit a pillanatnyi helyzet komplex célstruktúrája szerint előhívott önéletrajzi emlékek is befolyásolják. A fejlődés során az affektíven intenzív tapasztalatok köré többféle diád alakult ki, melyek önmagunk és mások megismerésének a prototípusaivá váltak. A mellékelt ábrán bemutatjuk Kernberg (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015) néhány a korai diádokra vonatkozó példáját (1.1 ábra). Például a kielégítettség affektusához társul egy kielégített reprezentáció önmagáról és kielégítő reprezentáció a másikról. A tárgykapcsolati diádok reprezentációi az emlékezeti struktúrákban elraktározódtak. A tárgykapcsolati diádok egyik kiemelten fontos jellemzője, hogy az énnek vagy a másiknak nem az egészét reprezentálják, hanem bizonyos affektusokhoz kapcsolódó részreprezentációját. Például ugyanazon konkrét személy a másik szerepét többfajta tárgykapcsolati diádban töltheti be. Például az anya betöltheti az M1-M3 szerepét az 1.1 ábrán látható diádokban. A terápia során a tárgykapcsolati diádok aktiválódását Kernberg úgy írja le, mintha ezek szerepek lennének, amelyekkel azonosul a kliens és eljátssza azokat. A szubjektivitás strukturálódása szempontjából ezt úgy foghatjuk fel, hogy a kliens felveszi az É3 szubjektív pozícióját, azaz a *tapasztaló én* azonosul a diád egyik pozíciójával, például az É3-mal, és a terapeutát M3-ként éli meg. Sőt, ha ebben

Példák:

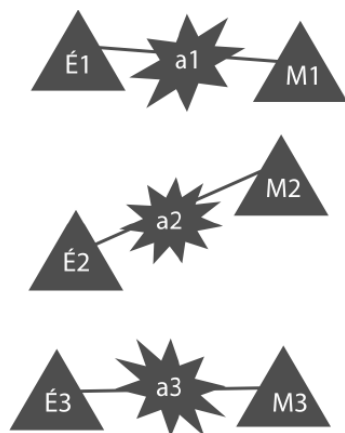
É1=Éhes, megfosztott én
M1=Szadista, megfosztott másik
a1=Félelem

~~~~~

É2=Éhes, majd kielégített én  
M2=Ideális, reagáló másik  
a2=Szeretet

~~~~~

É3=Erős, kontrolláló én
M3=Gyenge, rabszolgaszerű másik
a3=Harag



1.1. ábra. A tárgykapcsolati diádok kernbergi modellje (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015 alapján)

Megjegyzés: É = én reprezentáció; M = másik reprezentáció; a = affektus.

a pozícióban van, akkor, ha önreflexiót hajt végre, akkor önmaga lehetséges reprezentációiból a *megtapasztalt önmagamban* csak az erős kontrolláló reprezentációk bírnak az „én tapasztalom” minőségével. Sőt, ha az É3 szubjektív pozíciója által kijelölt „én tapasztalom” mezőjében a másik elméjére irányuló internális fokalizációt hajt végre, akkor a másik elméjére vonatkozó reprezentációk közül azok aktiválódnak, melyek szerint a másik őt erősnek és kontrollálónak, magát pedig gyengének és rabszolgaszerűnek éli meg.

Kernberg a diádon belüli szerepcserének nevezi azt a jelenséget, amikor a diád másik felével azonosul a személy. Az előbbi példát folytatva a kliens a korábban a diád M3-nak nevezett gyenge, rabszolgaszerű szubjektív pozícióját veszi fel, azaz a *tapasztaló én* azonosul ezzel a pozícióval, és ez megváltoztatja azt, hogy mi kerül bele az „én tapasztalom” halmazába. Ebben az esetben ha önreflektív módon magát figyelni, akkor a *megtapasztalt önmagam* gyenge, rabszolgaszerű reprezentációt tartalmaz. Ha a terapeuta róla alkotott képét figyelni, akkor abban úgyszintén a gyenge, rabszolgaszerű reprezentációk aktívak. Ha a kliens terapeutára vonatkozó reprezentációira irányul a figyelme, akkor a terapeuta lehetséges reprezentációi közül, az „én tapasztalom” halmazába az erős, kontrolláló terapeutavonások reprezentációi kerülnek. A diádok közötti váltásokra a kliensek többnyire nem látnak rá, azaz ha a diád egyik felével azonosul a *tapasztaló én*, akkor ezen szubjektív pozíció által aktívan tartott „én tapasztalom” tartalmak nem tartalmazzák a diád másik felével való azonosulásakor aktivált tartalmakat. Az aktivált diádok reflektálatlanul uralják a kevésbé értett személyiségű kliensek tudatát.

A narratívperspektíva-váltások egyrészt jelzik, hogy a kliens perspektívát váltott, másrészt a terapeuta perspektíva-váltásai befolyásolhatják a kliens által felvett nézőpontokat, és ez segíthet a tárgykapcsolati diád egyes pólusainak a kidolgozásában. Tisztázó intervencióiban a terapeuta internális fokalizáció alkalmazásával önreflexióra készítheti a klienst, és ráirányíthatja a figyelmet a kliens belső tartalmaira (P1: „Ön most milyennek éli meg magát?”); ráirányíthatja a figyelmet az affektusra (P2: „Mit érez most?”); ráirányíthatja a figyelmet arra, hogy milyennek tapasztalja a terapeutát (P3: „Milyennek él meg engem?”); vagy tisztázhatja, hogyan mentalizálja a terapeutát, a terapeuta mit gondol róla, hogy érezhet vele kapcsolatban (P3: „Mit gondolok magáról, mit érzek, hogyan élem meg önt?”) (1.2. ábra). Ezek a váltások segítenek a kliens által felvett szubjektív pozíció, például a diád egyik felével való azonosulás által aktivált, „én tapasztalom” reprezentációk narratív kidolgozásában, verbalizálásában.

Fontos különbséget tenni aközött, amikor a kliens teljesen azonosul a diád egyik pólusának a nézőpontjával és ebből a nézőpontból lát mindent, a *tapasztaló én* nem reflektált, csak a tapasztalás módjából tud a klinikus következtetni a tapasztaló jellemzőire, és aközött, amikor a kliens rálát a diádra és maga a diádikus munkamód válik önreflexiójának tárgyává. Az utóbbi esetben a *tapasztaló én* már nem azonosul a diád egyik felével, hanem egy olyan szubjektív pozíciót ölt fel, melyben a *megtapasztalt önmagam* a teljes diád (P4: 1.2. ábra). Ezt a perspek-

tívaváltást Kernberg a diádot leíró intervencióval éri el. Például “Észrevettem, hogy úgy reagál rám, mintha én egy ön felett totális kontrollt gyakorolni tudó ellensége lennék, mintha én lennék az ön börtönőre, és maga pedig az én rettegő, védtelen rabom lenne” (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015, 65. o.). A kliens hallgatva ezt az intervenciót egy olyan megfigyelő perspektívába kerül, amelyben a *tapasztaló én* kívülről tudja megfigyelni a benne aktiválódó diádot.

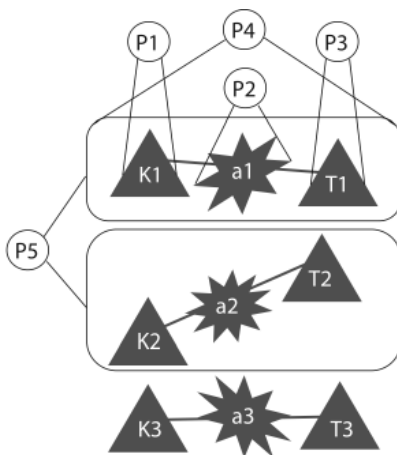
A diádok közötti váltásnak többnyire nincs tudatában a kliens. A diádok egymásutánosságát összefoglaló intervenció egy olyan narrátorperspektívát kínál fel a *tapasztaló énnel*, amelyben rálát a diádfelekkel való azonosulásainak sorára, és egy tapasztalatban tudja integrálni azokat. Például „Az óra elején nagyon határozottan elmondta, hogy hogyan kellene nekem viselkednem, ön olyan erőteljesen és dühösen (a1) beszélt és kihúzta magát, velem lenézően viselkedett, mintha ön lenne a tanárom (K1) és én meg egy gyenge kisgyerek (T1) lennék. Most meg azt veszem észre, hogy teljesen rémülten (a2) összekuporodik, és azt gondolja, hogy én dühös vagyok és meg fogom büntetni, mintha én egy olyan hatalommal bíró valaki lennék (T2), aki ezt meg is teheti önrel a kicsi, gyengével (K2). Olyan, mintha most én lennék a tanár- (T2) és maga a kisgyerek-pozícióban (K2). Ahogy most így egymás mellé helyeztem ezt a két eseményt, ön hogy látja ezt?” (P5, 1.2. ábra). Ez a retrospektív összefoglaló egy olyan narrátorperspektívát kínál fel a kliensnek, amelyben a *tapasztaló én* (P5) az általa korábban felvett karakterpozíciókat és az általuk lehetővé tett reprezentációkat egyszerre, egy nézőpontból képes tudatosítani. Ezeknek az intervencióknak a célja, hogy a kliensben kialakítsunk egy olyan narratív perspektívát, amely képes integrálni a korábban töredezetten megélt tartalmakat, azt, hogy váltakozva a diád mindkét felével azonosul a kliens, és ilyenkor másként éli meg önmagát és a terapeutáját.

Jelölések:

P1-P5: a terapeuta felkínált perspektívái (*tapasztaló én*)

K1, K2, K3: a kliens adott diádhhoz tartozó megtapasztalt önmagam reprezentációi

T1, T2, T3: a kliens adott diádhöz tartozó megtapasztalt terapeuta reprezentációi



1.2. ábra. A perspektívaváltások hatása a *tapasztaló énnel* és a megtapasztalt másik és a megtapasztalt önmagam diádspecifikus reprezentációinak tudatosulására

A kernbergi modell a másik és önmaga reprezentációinak az affektus valenciájának (pozitív-negatív, jó-rossz) mentén való integrálatlanságát, vagy a korábban integrált tartalmak hasítás általi különválasztását úgy írja le, hogy ugyanannak a megtapasztalt másiknak a reprezentációi, egymást követő időszakokban más-más tartalommal bírnak. Itt fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a másik teste vagy neve (anya, apa, terapeuta, Vera stb.) az önéletrajzi emlékezet olyan fogalmi kereteként működik, amely a változó tartalmak ellenére, azok számára egyfajta identitásalapot nyújt. Az előbbi példában, a megtapasztalt másik, a terapeuta (T1-T3) először kicsi és gyenge, másodsor meg hatalommal bíró, erős vonásokkal volt ellátva. A retrospektív összefoglaló által felkínált perspektívából a *tapasztaló én* számára lehetővé válik, hogy a hasítás révén a két eltérő szubjektív pozícióban (gyenge-alávetett, erős-hatalmas) lévő *tapasztaló én* által kétféle megtapasztalt másira egyszerre tud rátekinteni a személy, és így egy integráltabb reprezentációt lehetővé tevő perspektívát sajátít el (P5).

A továbbiakban a szelffejlődés és az önéletrajzi emlékezet és az önéletrajzi emlékek elbeszélési képességének a fejlődési vázlatát mutatjuk be tekintettel arra, hogy az önéletrajzi emlékek konstruálásának és azok elbeszélésének a készségeiben milyen szerepet játszik a társas interakciók minősége.

Az önéletrajzi emlékezet és elbeszélés fejlődése

Az önéletrajzi emlékezet és elbeszélés fejlődése szoros összefüggésben halad a szelf fejlődésével. A szakirodalom különbséget tesz a szelf két aspektusa között, a fejlődés legkorábbi szakaszától aktív *tapasztaló én* (én, szubjektum) és a fejlődés későbbi szakaszában megjelenő *megtapasztalt önmagam* (önmagam, kognitív szelf) között. Az utóbbira két művelet révén lehet szert tenni: az önreflexió által, valamint a társas eredetű visszajelzések monitorozásával. Az önéletrajzi emlékezet szempontjából jelentős a szelf ezen két fő aspektusának („én” és „önmagam”) megkülönböztetése. A *tapasztaló én* a fejlődés legkorábbi szakaszától megfigyelhető és alapvető szerepet játszik a csecsemők növekvő öntudatában és ágenciaérzésében. A *tapasztaló én* figyelmi preferenciáit társas helyzetekben a saját célok és a másik tudása, vágyai, céljai közti koordináció befolyásolja.

Megtapasztalt önmagam (kognitív szelf) a fejlődés későbbi szakaszában fokozatosan alakul ki, és megjelenése szükséges, ámde nem elégséges feltétele az önéletrajzi emlékezet kialakulásának. A *megtapasztalt önmagam* önmagam jellemzőire utal, olyan tulajdonságokra, amelyeket önmagamnak tulajdonítok. A *megtapasztalt önmagam* különbözik a gondolkozó, tudó, okozó ágenstől, a *tapasztaló éntől*. Én és önmagam elkülönítése az önéletrajzi emlékek szempontjából úgy írható le, mint a reflektáló alanynak és az önreflexió tárgyának az elkülö-

nítése, azaz az önéletrajzi emlékeket felidéző alanynak és az önéletrajzi emlékek szereplőjének és tulajdonságainak az elkülönítése.

Megtapasztalt önmagam vagy *kognitív szelf* körülbelül 2 éves korban stabilizálódik, és a későbbiekben az emlékezeti folyamatok enkódolásának, raktározásának és előhívásának olyan központi szervező elvévé válik, amely az emlékeket személyessé teszi. *Megtapasztalt önmagam*hoz kapcsolt emlékek nem pusztán valamire, hanem valami olyanra emlékezés, ami a velem történetekhez kapcsolódik (Courage, Howe, 2010). A *megtapasztalt önmagam* egy új tudásstruktúra létrejöttét teszi lehetővé, és ezáltal az információk és a tapasztalatok önéletrajzi-ként szerveződhetnek, mert hozzájuk kapcsolódik az „én tapasztalom” élménye. A *megtapasztalt önmagam* kialakulása előtt is tanulnak és emlékeznek a gyermekek, de a tapasztalataikat nem sajátjukként, nem úgy, mint ami „velem” történt, raktározzák el. A kognitív szelf 2 éves kori kifejlődésével egybeesik a felnőttek legkorábbi emlékeinek időpontja, ettől a kortól kezdve egyre több gyermekkori emlék válik hozzáférhetővé (Courage, Howe, 2010).

A *megtapasztalt önmagam* kifejlődésének az első empirikus jele az, amikor a gyermek felismeri magát a tükörben. Ezt a *tükör-önfelismerés teszttel* (mirror self-recognition test) vizsgálják. Anélkül, hogy észrevenné, egy pontot festenek az orrára. Az a gyermek, aki a tükörképében felismeri magát, meg fogja érinteni az orrára festett pontot. A *tükör-önfelismerés teszten* átment gyermekeknél az öntudat más jelei is megjelennek, például zavarba esnek (szégyenlős mosolygás, tekintet elkerülése) saját képük láttán, vagy elkezdik megnevezni önmagukat (Courage, Edison, Howe, 2004). Ezt megelőzően a csecsemők 3 hónapos kortól pozitív érdeklődést mutatnak tükörképük iránt, 4-5 hónapos korban már képesek különbséget tenni saját és mások videón vagy fényképen bemutatott testrészei között, de nem világos, hogy ez milyen fokú önismeret mutatója. Önmaga vizuális felismerése fejlett beszédkészséget nem igénylő, korai mutatója annak, hogy a gyermek magát, mint az ismeretei és képzelete tárgyát képes reprezentálni.

A *megtapasztalt önmagam*, a kognitív szelf az enkódolási, elraktározási, előhívási készségek, végrehajtó funkciók fejlődésével rohamos fejlődésnek indul és egyre több személyes, saját magunkra vonatkozó emlékünknél raktározódik el önmagunk fogalmához kötve, és így az önmagunkra vonatkozó reprezentációk, emlékek az önreflexió tárgyai lehetnek és önéletrajzi emlékként előhívhatóvá válhatnak. Traumatikus élmények hatására fellépő disszociált, deperszonalizált állapotokban a *tapasztaló én* elválik az eredeti *tapasztaló éntől*, megfigyelő perspektívát vesz fel (kívülről látja magát), és így ez alapjául szolgál egy alternatív *tapasztaló én* fejlődésének, amellyel azonosulva a *megtapasztalt önmagam* más reprezentációi válnak hozzáférhetővé. Az önéletrajzi emlékezetben párhuzamosan fejlődhet több *megtapasztalt önmagam*hoz kapcsolódó önéletrajzi tudásbázis. A terápiás munka egyik célja lehet a disszociált *tapasztaló én* állapotok közötti perspektíva-váltások ismétlése, és a több *tapasztaló én* állapot közötti mozgást megfigyelő, ezekre rálátó *tapasztaló én* nézőpont ismételt felvétele.

Közös visszaemlékezés és történetképzés szerepe a fejlődésben

Az önéletrajzi emlékezeti rendszerek fejlődésében fontos szerepet játszik a társas kognitív képességek fejlődése. A társas világ felfedezésének fontos eleme a másik tekintetének és társas jelzéseinek monitorozása. A korai időszakban a csecsemő főleg diádikus kapcsolatban keresi a másik tekintetét és monitorozza a másik reakcióit. A harmadik hónaptól az első év végéig fejlődik ki a triádikus, referenciális nézés detektálása, melyben a csecsemő figyeli a másikkal egy tárgyra irányuló tekintetét és monitorozza reakcióját (Striano, Rochat, 2000; Southgate, Chevallier, Csibra, 2010). A fejlődés későbbi szakaszában a gyermek által végrehajtott cselekedetek után saját tevékenysége társas következményeit kezdi el monitorozni, és egyúttal a társas visszajelzést beépíteni az önéletrajzi epizódokba. A közös figyelmi helyzetek kettős funkcióval bírnak: *tapasztaló énnel* implicit, társas helyzet specifikus figyelemirányítási készségei alakulnak ki; *megtapasztalt önmagába* helyzetspecifikusan beépülnek a másikkal rá, mint a figyelem tárgyára adott reakciói. Az előbbi az önéletrajzi emlékezetet generáló *működő szelf* társas módosításához vezethet, az utóbbi a *hosszú távú szelf* részeit alkotó *konceptuális szelf* és az *önéletrajzi tudásbázis* elemeit látja el társas tartalmakkal.

A társas célok megvalósításakor a társas cél szempontjából releváns önéletrajzi emlékek előhívása támogatja a cél megvalósítását. Az önéletrajzi emlékekbe ágyazott, a közös figyelmi helyzetekben elsajátított, a másik szempontjából releváns információk a társas kognitív célokat szolgálhatják, illetve a közölt tartalom társas relevanciájának azonosítását segíthetik elő. A beszélő kijelentéseiben használt narratív perspektívák egyik funkciója, hogy a másik szerint releváns szempontokra irányítsa a figyelmet. A célvezérelt emlékelőhívásra ez kettős hatással van, egyrészt a másik közlésének a megértési igénye, a befogadóban a *tapasztaló énnel* a figyelmét a releváns tartalmakra irányítja, tehát egy implicit figyelemirányítási készséget alakít ki, másrészt *megtapasztalt önmagában*, a deklaratív emlékezetben az előhívott tartalmakat társas előjellel látja el. A másikkal való ismételt kölcsönös figyelmi helyzetekben, amikor a gyermek volt a kölcsönös figyelem tárgya, a gyermek elsajátítja a másik figyelmi preferenciáit. A másik figyelmi preferenciái felhívják a figyelmét arra, hogy az adott kontextusban, az adott személy esetében, általánosan vagy kulturálisan mi a releváns belőle, és a későbbiekben a *tapasztaló én* ezt a készséget használja az önreflexió műveleteiben, és aktivál önéletrajzi emlékeket, melyek beépülnek *megtapasztalt önmagába*.

Az önéletrajzi emlékezet további differenciálódásában fontos szerepet játszik még a gyermek személyes élményeiről a felnőttekkel folytatott beszélgetés. A beszélgetések megtanítják arra, hogyan kell beszámolni élete eseményeiről, és arra, hogy milyen társas funkciókkal bír a múltból szóló beszélgetés (Fivush, 2011). A felnőttekkel folytatott beszélgetések során elsajátítja a figyelemirányítás nyelvi

eszköztárát, azáltal, hogy a felnőttek kérdéseikben, összefoglalásaikban, kiegészítéseikben alkalmazott narratívperspektíva-használattal ráirányítják a figyelmét a releváns témákra, példát mutatnak az önéletrajzi elbeszélések szervező elveire, releváns témákat jelölnek ki, és bizonyos témákat tiltanak. Ezek a beszélgetések és a rendelkezésre álló narratív eszközöket használó artefaktumok (mesék, mítoszok, szépirodalmi alkotások, önéletrajzi írások, filmek stb.) segítenek az embereknek abban, hogy nyelvi megformált önéletrajzi elbeszéléseket hozzanak létre. A kulturálisan átadott élettörténet sémák az önéletrajzi emlékezet szerveződésére is hatással vannak. Az ehhez szükséges nyelvi és narratív kompetencia az óvodáskor végére alakul ki. A gondozók verbális visszaemlékezési stílus befolyással van a gyermekek azon készségére, amellyel önéletrajzi emlékeiket nyelvi megformálják.

Az önéletrajzi történet közös konstruálásának kulturális funkciója

A szülő-gyermek beszélgetéseknek fontos szerepe van a gyermek alapvető biológiai meghatározott célstruktúráinak az adott kultúrába való integrálásában, illetve kulturálisan meghatározott célok kidolgozásában. A gyermek fejlődése folyamatosan egy interperszonális közegben zajlik. A gyermek folyamatos interakcióban van a szüleivel és a társadalom más kulturálisan kompetens tagjaival, akik úgy szervezik a gyermek életét, hogy biológiai késztetéseit az adott kultúra által elfogadható módon elégítse ki, és az adott kultúra szempontjából fontos tevékenységekben vegyen részt. A gyermek azáltal, hogy kulturálisan közvetített, társasan strukturált tevékenységekben vesz részt, megtanulja azokat a készségeket, amelyek szükségesek ahhoz, hogy kultúrájának kompetens tagja legyen (Vigotszkij, 1971; Fivush, 2011). Személyes múltunk elmesélése és megosztása másokkal egy kulturálisan közvetített tevékenység. Az önéletrajzi emlékezés és elbeszélés különböző formáit különböző kultúrákban, és egy adott kultúra különböző tagjai eltérő mértékben segítik elő és értékelik. Az életünk eseményeiről való társalgás és élettörténetünk elmesélése része a mindennapoknak, és a nyugati kultúrában a szülőktől elvárt, hogy gyermekeikkel rendszeresen beszélgessenek életük eseményeiről (Fivush, Haden, Reese, 2006). A gyermekek a szülők által irányított visszaemlékezésekben való részvétel során megtanulják a múltjukról való beszéls formáját és funkcióját.

Az anyák vagy más gondozók visszaemlékezési stílusának a kidolgozottsága nagyon változatos. A kidolgozott beszédstílusú anyákra jellemző, hogy sok nyílt végű kérdést tesznek fel („Mit csináltunk ma a játszótéren?”), amelyekben bizonyos információt nyújtanak a gyermeknek, és arra készítik őket, hogy további információkat idézzenek fel („Igen, homokoztunk. Mi történt a homo-

kozóban?”). Továbbá, a kidolgozott visszaemlékezési stílusú anyák a gyermek válaszait a formálódó elbeszélésbe integrálják, és egy történetté szövik össze, amely az elbeszélés egyre több alkotórészét (ki, mit, mikor és hol: „Ki volt még ott?”, „Mit csinált a kislány?”) integrálja a történetbe, valamint kulturális értékrend szerinti értékelésekkel látja el az elbeszélést („Ha elveszi az ásót, nem szabad az arcába dobni a homokot. Vissza kell kérni az ásót.”), többnyire valamilyen érzellemmel megerősítve az értékelést („A papa mérges rád, ha rászórod a homokot a kisgyerekek arcára. Szégyellj magad!”). A szülők a történet szereplőinek szándékait, érzéseit, vélekedéseit is beleszövik a történetbe, így segítve elő az automatikusan zajló mentalizációs folyamatok tudatosítását és verbális kifejezési képességét („A kislány nem akarta ellopni az ásót, csak játszani szeretett volna vele. Nagyon megijedt, amikor az arcába szórtad a homokot.”). A szülők a kulturálisan elfogadható viselkedésre nevelés közben egy kidolgozott forgatókönyvet nyújtanak a gyermekük számára („Ha valaki elveszi a lapátod, engedd meg neki, hogy játsszon vele egy kicsit, majd szépen kérd vissza tőle. Nem szabad bántani! Türelmesnek és kedvesnek kell lenni a többi gyerekkel!”). Ha a gyermeknek nem jut eszébe, mi történt, akkor a szülő a történet további elemeivel egészíti ki az elbeszélés folyamatát, és a gyermekét a közös visszaemlékezés tevékenységében segítve egy koherens történetet hoz vele együtt létre (Fivush, Haden, Reese, 2006).

Az alacsony kidolgozottságú visszaemlékezési stílussal bíró anyák többnyire igen-nem formájú kérdéseket tesznek fel („Homokoztunk?”). Ha a gyermek nem válaszol, az anya egyszerűen megismétli a kérdést. Arra szólítják fel a gyereket, hogy emlékezzen, anélkül, hogy további információkat szolgáltatnának, amely előrelendítené az emlékezést („Emlékszel?”). Longitudinális vizsgálatokban azt találták, hogy az anyák visszaemlékezési stílusa az évek során viszonylag stabil marad (Fivush, Haden, Reese, 2006; Reese, 2002; Reese, Haden, Fivush, 1993). A kidolgozott visszaemlékezési stílus és az anya beszédessége között nincs szoros kapcsolat. A különféle kontextusban sokat beszélő anyák nem feltétlenül rendelkeznek kidolgozottabb visszaemlékezési stílussal. A kidolgozottabb visszaemlékezési stílus mindegyik gyerekükkel kapcsolatban megnyilvánul. Az anyák visszaemlékezési stílusának a kidolgozottsága az óvodáskori visszaemlékezési helyzetekben előrejelző a későbbi emlékezés készségeit iskoláskorban és kamaszkorban (Fivush, Haden, Reese, 2006; Reese, 2002; Reese, Haden, Fivush, 1993).

Vizsgálatok szerint az anyák néhány napon keresztül tartó, kidolgozott emlékezésstílus-tréningje után a gyermekeiknél megfigyelhető volt, hogy előhívott emlékeiknek a részletessége és koherenciája arányban volt az anyák által elsajátított visszaemlékezési kidolgozottság fokával (Fivush, Haden, Reese, 2006; Boland, Haden, Ornstein, 2003; Peterson, Jesso, McCabe, 1999). Egy másik vizsgálatban, kísérleti körülmények között a gyermekek új eseményekre való visszaemlékezését különböző mértékben kidolgozott visszaemlékezési stílusban segítették a kísérletvezetők. A kidolgozott visszaemlékezési stílus, úgy tűnik, segített a gyermekek emlékeinek a konszolidációjában, olyannyira, hogy később

koherensebb és részletesebb beszámolót tudtak nyújtani az eseményekről (Fivush, 2011). Tehát a narratív interakció minősége hatással volt a *tapasztaló én* önéletrajzi emléket előhívó és elbeszélő készségeire.

Az emlékek szubjektív aspektusának megértéséhez is jelentős részben hozzájárul a kölcsönös visszaemlékezés. A gyermekek már viszonylag korán képesek automatikusan észlelni a másik személy övétől eltérő vizuális perspektíváját, és ennek megfelelően azt, hogy ő mást észlelhet, mint ők (Samson és mtsai, 2010), illetve egy másik ágensnek az övétől eltérő vélekedéseit egy implicit hamis vélekedés tesztben (Kovács, Téglás, Endress, 2010). Azonban a deklaratív emlékeikhez való viszonyukban fenntartanak egy objektív hozzáállást, amely szerint az emlék a valóság lenyomata. A múlt emlékeinek kölcsönös megosztása, a kölcsönös visszaemlékezések során válik a gyermekekben egyre tudatosabbá, hogy az emlékek reprezentációi és nem másolatai a múltnak, azaz, hogy az eseményekre az egyes emberek különbözően emlékeznek (Fivush, 2011). A kidolgozottabb visszaemlékezési stílusú anyák gyakrabban használják az internális fokalizációt, több gondolatra, érzésre, szándéokra, vágyra, tervre vonatkozó emléket hívnak elő, és ezeket az intencionális állapotokat is beleszövik a közös elbeszélésbe (Fivush, 2011). A belső állapotok felidézésével segítik azt, hogy az önéletrajzi emlékezésbe és az események elbeszélésébe a gyermekek expliciten és tudatosan számításba vegyék mások szubjektív szempontjait, hogy másoknak eltérő szubjektív perspektívája lehet ugyanarról az objektív eseményről. Ezzel felhívják a figyelmet a visszaemlékezés szubjektív természetére és az *emlékezetmásolat elméletéből* a gyerekeket átsegítik az *emlékezet perspektivikus elméletébe* (Fivush, 2011). Azoknak az anyáknak a gyerekei, akik a közös visszaemlékezéseik során gyermekük óvodáskorában több belső állapotra hívták fel a figyelmet, vagyis több belső fokalizációt használtak, az óvodás kor végére sokkal több belső állapotra utaló kifejezést használtak elbeszéléseikben és a szubjektív nézőpont jelenségéről. A gyermekek annak is inkább tudatában voltak, hogy egy másik személy egy eseményt másképpen élhet meg. Amennyiben sikerül kialakítani a másik, sajátunktól eltérő szubjektív perspektívájának a fogalmát, onnantól a másik perspektívája egy tartalommal betöltendő fogalommá válik az önéletrajzi visszaemlékezésben és az elbeszélésekben. Amint kiépült a másiknak a sajátunktól eltérő szubjektív perspektívájának a fogalma, az önéletrajzi tudásbázis és a konceptuális szelf emlékeinek raktározásában a másik szubjektív perspektívájára vonatkozó fogalom alá tartozó tapasztalatok gyűjtése és elraktározása is elkezdődik, és ezek felidézése és nyelvi megfogalmazása részévé válik egy koherens önéletrajzi emlék elbeszélésének. További kérdéseket vet fel, hogy ez a készség az implicit mentalizációs készség hiányában, és a másik vélekedéséről automatikusan begyűjtött információbázis hiányában milyen mentalizációs torzításokhoz vezet.

A kölcsönös visszaemlékezés a terápia során történt eseményekre és a visszaemlékezés során kliens és a terapeuta belső állapotainak felidézése és a két

szubjektív nézőpont közti különbségek és hasonlóságok átbeszélése segíthet a kliensnek abban, hogy képes legyen olyan nézőpontot felvenni, amelyben képes integrálni a saját és a terapeuta eltérő szubjektív értékelését. Ennek a készségnek az elsajátítása a későbbiekben elősegítheti az övétől eltérő perspektívák iránti érdeklődését, ami a továbbiakban a kognitív empátia fejlődését segítheti elő, azaz azt a képességet, hogy a saját nézőpontunkból kilépve megpróbáljuk a másik nézőpontját felvenni.

Az önéletrajzi emlékek előhívásának és történetekbe szervezésének tanult készségei aktiválódnak a terápia kezdetén, és a terápiás folyamat során a terapeuta narratívperspektíva-váltásainak sorozata az élettörténeti tudásbázis relevanciastruktúráját változtatja meg azáltal, hogy a saját és a kliens figyelmét a kliens élettörténetének új oldalaira irányítja, ezáltal relevanciáját hangsúlyozza. A társas figyelemirányításnak az önéletrajzi emlékek relevanciáját befolyásoló hatása függ attól, hogy a terapeuta perspektívaváltását a kliens minek tulajdonítja: a terapeuta pillanatnyi érzelmi állapotának, a terapeuta személyiségének, a terapeutának, mint aki a szakmája elvei szerint bánik a kliensekkel, a terapeutának, mint aki egy általános emberi tudást közvetít, vagy a terapeutának, mint aki egy kulturális normát közvetít. Ezek befolyásolják, hogy az adott perspektívaváltások által felmerülő tartalmak epizodikus emlékként raktározódnak el („múlt kedden, amikor dühös volt rám, a figyelmemet arra irányította, hogy mit éreztek a szüleim, amikor öngyilkossággal fenyegetőztem”), vagy önmagáról általánosan is releváns ismeretként („öngyilkossággal akkor szoktam fenyegetőzni, amikor tehetetlennek érzem magam a szeretteimmel szemben, és csak így tudok hatni rájuk”), vagy egy viselkedésformájára vonatkozó általános emberi reakcióként („az emberek annyira megrettennek az öngyilkosság lehetőségétől, hogy képtelenek empatizálni velem”), vagy a terápiás kapcsolatra vonatkozó ismeretként („a terapeutámnak beszélhetek az öngyilkossági gondolataimról, mert ő komolyan veszi a mögöttes fájdalomat”).

Az önéletrajzi emlékek közös felidézése és elbeszélése során az élet egészére vonatkozó tudást is átadnak a beszélgetőpartnerek. Habermas és Bluck *kanonikus életrajznak* (2000), Bernsten és Rubin *életforgatókönyvnek* (2004) nevezi azokat a kulturálisan átadott konstruktumokat, amelyekben megfogalmazódik az, hogy egy tipikus élet hogyan alakul; melyek a meghatározott fejlődési szakaszok meghatározott eseményei (például iskola, munka, házasság, gyerekek, karrier, nyugdíj, unokák, halál stb.). Ezek az *életforgatókönyvek* társadalmi és kulturális normákat közvetítenek, amelyeket az egyének felhasználhatnak életrajzuk konstruálásában. A forgatókönyv fogalmát Schank és Abelson vezette be a kognitív tudományba, és az eseményeknek egy meghatározott rend szerint bekövetkező sorozatát értik alatta, amely sorozatban minden esemény lehetővé teszi a következő esemény bekövetkeztét (Abelson, 1981). Az életforgatókönyv is az események egy sorozatát reprezentálja, amely események egy meghatározott rend szerint követik egymást és az élet menetének egy prototipikus, az adott

specifikus kultúrán belül elfogadott lefolyását reprezentálják (Rubin, Berntsen, 2003). A forgatókönyv egy olyan struktúra, amiben meghatározott sorrendben üres helyek vannak, és ki van jelölve, hogy mivel lehet betölteni ezeket a helyeket. Az életforgatókönyvben az üres helyek a kulturálisan jelentős *életrajzi események*, amely bekövetkeztének meghatározott sorrendje van, és van egy kulturális elvárás, hogy az élettörténet, mely körülírt életrajzi szakaszában kell, hogy az *életrajzi esemény* megtörténjen az egyénnel. Az életforgatókönyv elemeinek kritériumai: kulturális életkori normák, amelyek előírják a megfelelő életkort, amikor az eseménynek be kell következnie; kulturálisan előírt sorrendje legyen az eseményeknek (pl., iskola befejezése, állászerzés, megházasodás és az első gyerek születése). Ha „időben” történnek meg a kulturálisan fontos és elvárt *életrajzi események*, többnyire pozitív érzést váltanak ki és társadalmilag ünnepeket (például érettségi, diplomaosztás, házasság stb.), míg a „nem megfelelő időben” történt átmenetek (például kamaszkori szülés) erős stresszt okoznak és társadalmi stigmatizációval járnak. Például az 1990-es években Chicagóban (Settersten, Hagestad, 1996a, 1996b) az alábbi átlagos elvárt életkorok voltak nemek szerint (férfi/nő) a családi és a tanulmányi-munkahelyi *életrajzi eseményekhez* rendelve: 1) a *családi életrajzi események*: elköltözés otthonról (21,7/21,9), visszatérés az otthonba (27,1/28,2), házasság (27,9/26,0), szülővé válás (29,9/28,8), gyermekek felnevelésének lezárása (44,1/39,1), és nagyszülővé válás (52,3/51,0). 2) *tanulmányi és munkahelyi életrajzi események*: teljes idejű munkába lépés (22,8/21,7), a teljes idejű iskolai tanulmányok lezárása (26,4/25,5), a karrier vagy munkaterület megtalálása (29,0/28,9), a munkahelyi karrier csúcának elérése (41,7/39,8), nyugdíjba vonulás (61,3/59,3). A pszichoterápiába jelentkezőknél gyakran előfordul, hogy az életrajzi események késése vagy elmaradása okozta szegény áll a problémák hátterében.

Az egyes kultúrák eltérnek abból a szempontból, hogy milyen gazdag repertoárja van az életforgatókönyveknek. Például az elmúlt évszázadban a nemek számára előírt életforgatókönyvek jelentős gazdagodáson mentek át Európa egyes országaiban. A férfiak otthon maradhatnak gyeseen, nők egyetemet végezhetnek, szakmai karriert futhatnak be, politikai pályát választhatnak, dolgozhatnak a családi otthonon kívül, nem kell 18 éves korig férjhez menniük, azonos neműek házasodhatnak, a szingli élet elfogadottá vált, nemet válhatnak az egyének stb. Amennyiben kulturálisan elfogadott életforgatókönyvek állnak rendelkezésére egy egyénnek, akkor saját identitásának megfelelő elbeszélte életrajzot alkothat magának, ami jelentősen javítja az életminőségét. Egyre több adat szól amellett, hogy a különféle nemi identitású személyek számára társadalmilag konstruált és elfogadottá tett befogadó életforgatókönyvek kialakítása, legalizálása jelentősen javítja a többségi nemi identitástól eltérő identitású személyek életminőségét.

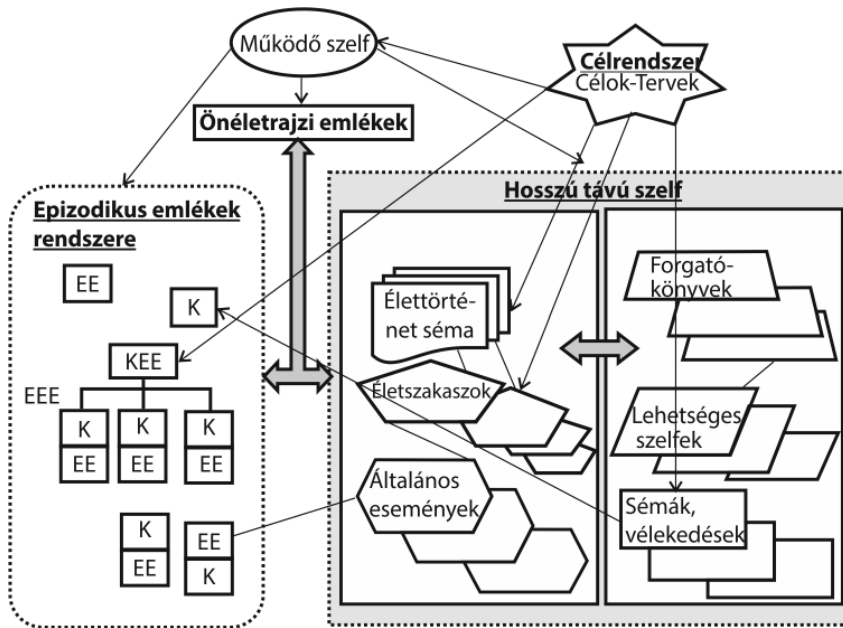
Az önéletrajzi emlékezet

A verbális pszichoterápiás munkában elsősorban élettörténeti elbeszélésekkel foglalkozunk, amelyek a terápiás kapcsolat speciális kontextusában születnek, és az elbeszélő változó céljai megvalósítását segítik. Az élettörténeti elbeszélések önéletrajzi emlékek elbeszélései. Ezek az emlékek időben különböző távolságra lehetnek tőlünk: gyerekkorunktól felnőttkorunkig, a terápia elejétől a mai óráig, az óra elejétől a legutóbbi párbeszéd felidézéséig. Sokféle emlék közül a pszichoterápiás munka szempontjából az önéletrajzi emlékeket tartjuk a legjelentősebbnek. Jelen könyvünkben tárgyalt narratívperspektíva-váltás az önéletrajzi emlékek közötti navigálás eszköze. Ezért fontosnak tartjuk, hogy az önéletrajzi emlékezzel kapcsolatos ismereteket összefoglaljuk, és felvázoljuk az önéletrajzi emlékezet egyfajta térképét, amely segíthet a navigálásban és segíthet a narratívperspektíva-váltás klinikai jelentőségének és a terápiás folyamat egyik rétegének, a párbeszédnek mint narratív interakciós folyamatnak a mélyebb megértésében.

Az önéletrajzi emlékezet és az önéletrajzi elbeszélés konstruálási folyamatának leírásában Martin A. Conway, Robyn Fivush, valamint Tilman Habermas elméletére támaszkodunk. Bemutatjuk az önéletrajzi emlékezet alkotórészeit, azok funkcióját, valamint a *szelfemlékezeti* rendszernek és a *működő szelfnek* az önéletrajzi emlékek konstruálásában játszott szerepét. Tárgyaljuk az *önéletrajzi elbeszélésnek*, az *élettörténet-sémának*, az *életforgatókönyvnek* és az *önéletrajzi érvelésnek* az önéletrajzi emlékek szerveződésében játszott szerepét, amelyek ismerete segíti annak megértését, hogy milyen elvek vezérlik a pszichoterápiás párbeszéd során az emlékek konstruálódását. Azt a tézist is körüljárjuk a pszichoterápiás párbeszéd szempontjából, hogy a *működő szelf* a személy aktuális céljainak eléréséhez szükséges információkat aktiválja az önéletrajzi emlékek előhívásakor, és gátolja a cél elérését akadályozó tartalmakat. Továbbá a narratívperspektíva-váltások funkcióját összekapcsoljuk az egyes emlékezeti rendszerek közötti navigálás pszichoterápiás jelentőségével.

Szelfemlékezeti rendszer és működő szelf

A *szelfemlékezeti rendszer* (Conway és Pleydell-Pearce, 2000) az önéletrajzi emlékezet és a szelf kapcsolatát modelláló elmélet. A szelfemlékezeti rendszer az *önéletrajzi tudásbázisból*, a *fogalmi szelfből* és a *működő szelfből* áll (1.3. ábra). A szelfemlékezeti rendszer modelljében az önéletrajzi emlékek konstruálását a *működő szelf* végzi. Ebben a modellben az önéletrajzi emlékek átmeneti mentális konstrukciók, amelyek a személy aktuális céljainak megvalósítását elősegítő modelleket nyújtanak a valóságról és ezt a célvezérelt emlékkonstrukciót a



1.3. ábra. A szelfemlékezeti rendszer (Conway, 2009; Conway, Singer, Tagini, 2004 alapján)

Megjegyzés: EE: epizodikus elemek, K: konceptuális keret, EEE: elemi epizodikus emlék, KEE: complex epizodikus emlék.

működő szelf szervezi. A *működő szelf* egyik fő tevékenysége, hogy céljaink koherens megvalósítását elősegítő mentális modelleket alkosson. A *működő szelf* a munkamemória kontrollfolyamatainak egyik aleggysége. Az egyén céljainak megfelelően elősegíti vagy gátolja bizonyos emlékek előhívását. A pillanatnyi célok az aktuális biológiai és társas szükségletek, a kontextuális információk mellett az egyén önéletrajzi tudástárjában elraktározott élettörténet-sémák, életszakasz-periódusok, életmodalitások és a konceptuális szelfben raktározott sémák, vélekedések által meghatározottak. A *pszichológiai jelen* szervezésében az aktuális cél elérését elősegítő mechanizmusok vesznek részt. Az önéletrajzi emlékek a tudásbázisunkból alkotott mentális modellek egy specifikus alcsoportja, melyek az alábbi megkülönböztető jellemzőkkel bírnak: epizodikus emlékeket tartalmaznak; önmagunkra vonatkozó tudást tartalmaznak; célok feldolgozásának az eredményei. A *működő szelf* a *pszichológiai jelen* dinamikus modelljét generálja a céljaink szempontjából releváns ismeretek és tapasztalatok kategorizálásával, értékelésével és elsőbbségi rangsorolásával. A *működő szelf* irányítása alatt állnak az emlékelőhívási folyamatok, és ezáltal befolyásolja, hogy az önéletrajzi tudásbázisból milyen tudás hozzáférhető, és mi jelenik meg az emlékezetben. Pillanatnyi céljaink előfeszítenek bizonyos tartalmakat és ez bizonyos emlékek előtérbe kerülésével jár. Emlékeink előhívása szempontjából ennek a céljaink megvalósi-

tását segítő, a tudásbázisban válogató rendszernek kétféle következménye van: a célokat segítő emlékek előhívását serkenti; cél szempontjából nem releváns, vagy a célt akadályozó emlékek gátlás alá kerülnek, így nem válnak tudatossá.

A párbeszédben az egyik univerzálisnak mondható cél az, hogy a másik közléseit megértsük, illetve hogy magunkat megértessük. A működő szelf a másik által felkínált narratív perspektíva felvétele és a perspektívának megfelelő tartalmak előhívása révén biztosítja a megértés célját, és ennek megfelelően válogat az önéletrajzi tudásbázisból. A felkínált perspektíva után előhívási blokkolás a működő szelfben reprezentált cél és a felkínált perspektíva által aktivált tartalom konfliktusát mutathatja, ami blokkolja az előhívási folyamatot. A terapeuta által ismételt felkínált perspektívaváltások olyan implicite elsajátított emlékelőhívási stratégiákat erősítenek meg, amelyek a működő szelf szintjén idéznek elő változásokat, és ez lehet a pszichoterápiás intervenciók egyik lehetséges hatásmechanizmusa.

A szelfemlékezeti rendszerben az epizodikus emlékek kölcsönös kapcsolatban vannak a működő szelftel és a hosszú távú szelftel. A *hosszú távú szelf az önéletrajzi tudásbázist* és a *konceptuális szelfet* tartalmazza. A hosszú távú szelf és az önéletrajzi tudásbázis komponensei a személy céljai köré szerveződnek.

Az önéletrajzi emlékek célvezérelt szerveződése

A *működő szelf* a munkamemóriában aktuálisan aktív célhierarchia szerint aktivál emlékeket (Conway, Pleydell-Pearce, 2000; Baddeley, 2000). A célok és alcélok komplex hierarchiájának funkciója, hogy csökkentse a diszkrepanciát a vágyott célállapot és a jelen állapot között, és így szabályozza a viselkedést. Az érzelmek a célok elérésének vagy kudarcának és a társas kontextusnak függvényében aktiválódnak. A célhierarchia határozza meg, hogy milyen új ismeretek kerülnek be a hosszú távú emlékezetbe és a működő szelf révén válnak hozzáférhetővé a korábbi ismeretek és konstruálódnak az emlékek. A működő szelf célhierarchiája határozza meg az emlékek enkódolását, az ismeretek hozzáférhetőségét a hosszú távú emlékezetből, és az emlékek konstrukcióját. A célok és alcélok komplex hierarchiája a fejlődés során, életszakaszonként folyamatosan változik. A legkorábbi szakaszban a biológiai szükségletek határozzák meg a célokat. A kötődési rendszeren keresztül, majd az enkulturálódás során a biológiai szükségletek a kultúra által kijelölt célrendszerekbe integrálódnak.

Az önéletrajzi emlékek elsődlegesen a célok elérésének a sikerét vagy kudarcát rögzítik. A működő szelf célstruktúrája a tudásbázis azon aspektusait teszi leginkább elérhetővé, amelyek a jelenlegi célokkal legszorosabb kapcsolatban vannak (Conway, Pleydel-Pierce, 2000). A működő szelf önéletrajzi emlék előhívását befolyásoló célok pillanatnyi dominanciáját az egyén személyiségjellemzői, életko-

ri szakasza, a kulturálisan adott célrendszerbe való beágyazottsága, az interperszonális kontextus és pillanatnyi fiziológiai állapotai határozzák meg.

A működő szelf céljai meghatározzák a tudásbázishoz való hozzáférést és ez a keresési folyamatot irányító előhívási modellek létrehozása segítségével történik. Ezek a modellek úgy segítik elő az emlékekhez való hozzáférést, hogy a kutatás-kidolgozás-értékelés előhívási ciklust segítő megszorításokat állítanak be. A megszorítások egyik szempontja, hogy a keresett információ, ha felidéződik, ne destabilizálja a működő szelf célstruktúráját. A célstruktúrát destabilizáló emlékek azok, amelyeknek felidézése önképünkben fokozza a belső ellentmondást, diszfunkcionális kötődési viselkedést indítana be, vagy heves érzelmi állapotot idéz elő. A célhoz kapcsolódó, érzelmileg erőteljes emlékek konstruálása azzal a veszéllyel jár, hogy ezeket az emlékeket szinte újraéljük, és az újraélés folyamatában a múltbeli célok újraaktiválódnak. Ez akadályozhatja a működő szelf célmegvalósító funkcióját, mert az újraaktivált cél interferálhat a jelenlegi céllal. Például az esküvő napján megjelenik a kamaszkori nagy szerelem, és előhívódnak azok a csodálatos emlékek, melyek azt a régi célt teszik újra aktívvá, hogy legyen együtt vele. Ezen esetben az emlékfelidezés akadályozhatja a célmegvalósítást, holott elvben az lenne a funkciója, hogy a cél megvalósításához szükséges háttérinformációt szolgáltatson. Poszttraumás stressz zavar esetén ez különösen sok problémát okoz a klienseknek, amikor egy nemi erőszak traumáját átélt kliensnél a szexuális együttlét valamely pillanata aktiválja a traumatikus emléket, amelyben a kliens célja a helyzetből való kimenekülés, a szexuális aktus megszakítása volt. Ebben az esetben az újraélt emlék által aktivált cél konfliktusba került a jelenlegi céljával, hogy szeretkezzen szerelmével (Conway, Pleydel-Pierce, 2000).

Amellett, hogy az egyik funkciója a szelfemlékezeti rendszernek az, hogy minimumra csökkentse a célmegszakítást, a másik funkciója, hogy fenntartsa a hozzáférést az erős érzelmekkel járó célhoz kapcsolódó emlékekhez. Ezen utóbbi emlékek olyan tapasztalatok felvételei, amelyekben meg kellett változtatni egy terv végrehajtását, és információt hordoznak a terv megváltoztatásának a kudarcáról vagy sikeréről.

Az alapvető célokkal kapcsolatos önéletrajzi emlékek alkotják az önéletrajzi tudásbázist. A célok hierarchiájának kialakításában fontos szerepet játszik az *önéletrajzi tudásbázishoz tartozó élettörténeti séma, életszakaszok, általános események*.

Hosszú távú szelf és önéletrajzi tudásbázis

A hosszú távú szelf részei az *önéletrajzi tudásbázis* és a *konceptuális szelf*.

Az önéletrajzi tudásbázis információkat tartalmaz önmagunkról, hogy milyenek voltunk, vagyunk és lehetünk. Ezeket az információkat négy nagy területre

osztja Conway: *eseményspecifikus tudás, általános események, életszakaszok és élettörténet-séma.*

Az eseményspecifikus tudás és az epizodikus emlékek jellemzői

Az epizodikus emlékek az önéletrajzi emlékezet leginkább tapasztalatközeli és specifikusabb alkotóelemei. A pszichoterápiás munka szempontjából is a legjelentősebbek, mert az érdemi változást az epizodikus emlékekkel folytatott munkával lehet elérni. Conway (2009) az epizodikus emlékek alábbi kilenc kritériumát határozta meg.

Az epizodikus emlékek a tapasztalat érzékelési-észlelési-fogalmi-affektív feldolgozása utáni összegzett felvételét tartalmazzák. Ez azt jelenti, hogy tapasztalatközeli, de nem pontos felvételei a tapasztalatnak. Bizonyos epizodikus emlékek, amelyek kiemelkedő mértékben fontosak számunkra és meghatározóak azzal kapcsolatban, hogy kik vagyunk, tartalmazhatnak olyan emléktöredékeket, amelyek közel állnak az eredeti tapasztalat pontos felvételéhez. Traumatikus emlékek és vakuemlékek esetében írtak le nagyon eleven, pontos részletekkel teli, teljesen valóságosnak tűnő emlékeket. Ezen emlékek esetében is előfordul, hogy az egyik eleme megfelel a valóságnak, másik eleme viszont nem. Kérdés, hogy a tapasztalat feldolgozása során hogyan jönnek létre az epizodikus emlékek. További kérdés, hogy az epizodikus emlékek előhívási folyamatában milyen szerepet játszanak az előhívási szavak és a narratív perspektíva, és a különböző előhívási módszerek hogyan módosítják az epizodikus emlékeket.

Az epizodikus emlék másik fontos jellemzője, hogy amint kialakult, az epizodikus emlék részleteiben rejlő információ eltérő mértékben és módon lehet hozzáférhető. Például gátlás alatt álló tartalmaknál előfordulhat, hogy csak az epizodikus emlék előhívására vonatkozik a gátlás, de, mint fogalmi, nem epizodikus reprezentációra nem, és ekként előhívhatóak (Racsmany, Conway, 2006). Az epizodikus gátlás azt jelenti, hogy bármely epizodikus emlék tartalmaira vonatkozóan az aktivációnak/gátlásnak egyfajta mintázata jellemző, amely meghatározza az epizodikus emlék egyes részleteinek a hozzáférhetőségét: a gátolt részletek nehezen hozzáférhetőek, az aktivált részletek előtérben állnak. Az aktiváció/gátlás szintjeit egy epizodikus emlék részleteiben sok tényező befolyásolja, és Conway szerint a tapasztalat cél-struktúrája fontos szerepet játszik ebben. A pontos emlékezés helyett fontosabb az adott helyzetben releváns szempontok szerint súlyozni az emlékek egyes részleteinek az előhívását, és ez is befolyásolhatja az aktiváció-gátlás mintázatát az egyes emlékek esetében. A terapeuta által felajánlott perspektívák változtatják azt, hogy társas szempontból melyek az emlék releváns részletei, így befolyásolhatják az epizodikus emlékek formálódását.

Kérdés, hogy az epizodikus emlékek újraformálódásához rendelkezésre áll-e egy olyan tapasztalati emlékbázis, melyből betölthetőek olyan tartalmak az epizodikus emlékekbe, melyek az eredeti alakulásukkor nem töltődtek be. Nagyon sok kutatási adat szól amellett, hogy az emlékek elfelejtett vagy gátolt aspektusai különböző előhívási stratégiák váltakozó alkalmazásával előhívhatóak, de erre a kérdésre még nincs tökéletes válasz.

Az epizodikus emlékek többnyire vizuális képek formájában jelentkeznek, amelyeket első személyű „mező” vagy harmadik személyű „megfigyelő” perspektívából látunk, e két perspektíva közti különbség pszichoterápiás jelentőségét később tárgyaljuk. Az imaginációs technikák alkalmazása elősegíti az emlékek eleven előhívását, és a figyelem ráirányítása a vizuális emlék egyes elemeire, más érzetminőségekre (akusztikus, szaglási, tapintási, testtartási, szomatoszenzoros) tovább módosíthatják az előhívott epizodikus emléket.

Az epizodikus emlékek egy konkrét korábbi tapasztalat időben rövid szakaszt ölelik fel. Kérdés, hogy mi határozza meg az epizodikus emlék által kiszakított szakasz határait. Williams és munkatársai (2007, 2008) szerint az epizodikus emlékek egy célirányos cselekedet köré szerveződnek, nyitó szakasza a cselekvés kezdetével, záró szakasza a cselekedet lezárulásával, eredményeinek a részleteivel végződik. Ez a meghatározás konzisztens azzal az általános elképzeléssel, hogy az epizodikus emlékek és az önéletrajzi emlékezet egészében az egyén célja által meghatározott: célok létrehozása, tervek végrehajtása, eredmények detektálása és azok értékelése. Ehhez a folyamathoz nyújt releváns háttér-információt az önéletrajzi emlékezet.

Az epizodikus emlékekre jellemző az időbeliség. Az emlékezés-elképzelés ablakon belül fenntartanak egy időbeli struktúrát, amely tartalmazza az előttiség és utániség érzetét, így biztosítva a sorrendiség meghatározott élményét (Conway, 2009). A célvezéreltség és cselekvésorientáltság is hozzájárul az időbeli struktúra rögzítéséhez, mivel a cselekedetek sorrendjének van egy rögzített sémája, mely időben nem összekeverhető.

A hosszú távú emlékezetben elraktározott epizodikus emlékek viszonylag gyorsan elfelejtődnek, és a tapasztalatot követő három napban rohamosan csökken az előhívható emlékek száma. Azonban egyre több kutatási eredmény megerősíti azt a feltevést, hogy epizodikus emlékeink akár egész életünk során megmaradnak a hosszú távú emlékezetben, csak nehezen hozzáférhetőek, azonban megfelelő előhívási jelekkel hozzáférhetőekké tehetők. Megfelelő perspektíva-váltásokkal aktiválható egy olyan emlékező-elképzelő ablak, amelyen keresztül beláthatunk a múltunk elfeledett pillanataiba.

Az epizodikus emlékek biztosítják az önéletrajzi emlékezet specifikusságát, és amikor hozzáférhetővé válnak, visszaemlékezés élményét adják. Kérdéses, hogy miért van szükség specifikus epizodikus emlékek fenntartására. Az egyik érv, az önéletrajzi emlékek célvezérelt szerveződéséből indul ki, és azt állítja, ahhoz, hogy megfelelően tudjunk tervezni, szükségünk van specifikus, részletes infor-

mációra, illetve a képzeleti ablakunkon keresztül is specifikus jeleneteket kell, hogy tudjunk elképzelni a megfelelő tervezéshez. Több vizsgálat kimutatta, hogy a túl általános emlékek előhívásával, illetve az emlékek alacsony specifitásával jellemzett önéletrajzi emlékezeti stílus tervezési nehézségekkel jár együtt (Williams és mtsai, 2007). A pszichoterápia során az ismételt perspektíva-váltásokkal a klinikus elősegítheti, hogy a kliens a túl általános emlékektől eljusson a specifikus epizodikus emlékekig, ennek ismétlésével jelentősen javítva a specifikus emlékek előhívásának képességét. Ez a folyamat befolyással van a tervezési készségek fejlődésére, a végrehajtott funkciókra és az érzelmek megfelelő feldolgozására (Conway, 2009).

Az epizodikus emlékek kapcsolatban vannak az önéletrajzi emlékezet más komponenseivel. Az egyik lényeges összefüggés az epizodikus emlékek és az általános, konceptuális ismeretek között van. Az epizodikus emlékek lényeges szerepet játszanak új ismeretek szerzésében és a tanulás folyamata során van egy szakasz, amikor az ismeret fokozatosan absztrahálódik az epizodikus emlékekből egy általánosabb, hosszú távú konceptuális ismeretvé. Az epizodikus ismeretek szoros kapcsolatban maradnak a hosszú távú konceptuális ismeretekkel, habár, többnyire, ha a konceptuális ismeretre szert tett az egyén, akkor a hozzáférés azokhoz az epizodikus emlékekhez, ahol a fogalmi ismeretre először szert tett, jelentősen lecsökken. Az epizodikus emlékek központi szerepet játszanak a fogalmak elsajátításában, és különösen fontos szerepet játszanak új ismeretek szerzésében. A pszichoterápiás munkában fontos szerepet játszanak az önéletrajzi emlékezetet szervező, általános, fogalmi ismeretek, melyek a személy önértékelésére vonatkoznak. Az önmagára vonatkozó negatív általános fogalmak módosításának egyik lehetősége, hogy a kialakulásukban szerepet játszó önéletrajzi epizodikus emlékek előhívása után az epizodikus emlékeket módosítjuk, illetve a fogalmi keret témájába illő más epizodikus emlékeket aktiválunk, így módosítva a fogalmi keret tapasztalati alapját (1.3. ábra). Az önéletrajzi emlékezetet szervező általános fogalmi ismeretek aktiválódása esetén a kliens figyelmét narratívperspektíva-váltások sorozatán keresztül a terapeuta különféle, a fogalmi kerethez kapcsolt epizodikus emlékekre irányíthatja, és az epizodikus emlékekben esetleg feltárható, a fogalmi keretbe nem integrálható tartalmakat aktiválhat újabb perspektívák felkínálásával, ami hozzájárulhat a fogalmi keret módosításához.

Az epizodikus emlék szerveződése

A pszichoterápiás munka során gyakran találkozunk azzal, hogy a kliensek olyan élménybetörésekről számolnak be, amelyeket nem tudnak értelmezni. Gyakori, hogy képek villannak be, vagy különböző testi érzetekre panaszkodnak, melyek értelmezhetetlenek számukra és valami betegség tünetének tartják szomatizáci-

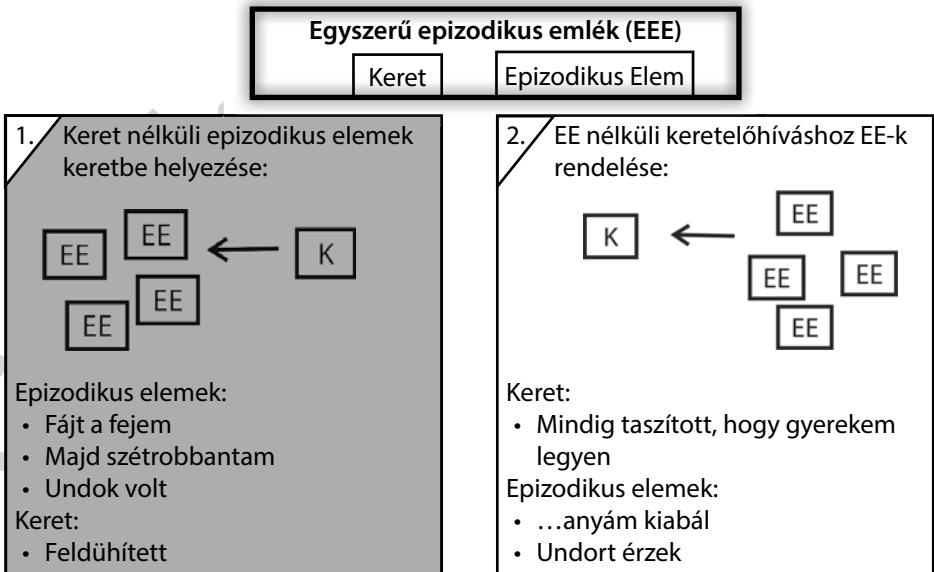
ós tüneteiket. Vannak kliensek, akik viszont bizonyos személyes élettörténetüket illető témákról nagyon általános szinten, absztrakt fogalmak használatával beszélnek, és tapasztalatközeli élményeket maguktól nem hívnak elő. Vannak, akik képesek emléktöredékeket előhívni, azonban nem képesek egy számukra értelmes összefüggésbe helyezni ezeket a töredékeket. A pszichoanalitikus elméletalkotók különböző fogalmi keretekben értelmezték ezeket a jelenségeket. Sigmund, majd Anna Freud az elfojtás és más elhárító mechanizmusok, mások disszociációs folyamatok következményének, Bion a kapcsolatok elleni támadás eredményének tekintette ezeket a tüneteket. Bion a Rács fejlődési tengelyén különbséget tett az elemi, konceptuális keretbe nem integrált béta-elemek és az egyre komplexebb konceptuális keretbe foglalt alfa elemek: az álmogondolatok, álmok, mítoszok, fogalomelőttés, fogalom és alapfogalom között. A béta-elemek és a többi fejlődési fok közti alapvető különbségtételt Bion azon kanti nézetre alapozza, hogy az érzékek fogalmak nélkül vakok, a fogalmak érzékek nélkül üresek (Kant, 2009). A béta-elemek értelem nélküli érzékszervi benyomások, melyek megemésztetlenek, összefüggéstelenek, a gondolkodás számára nem megfoghatóak, és noha lelki történések, mégis testi folyamatként számolnak be róluk. Erős frusztrációt okoznak, fenyegető, üldöző jellegük van, és erős készte-tést érez a személy arra, hogy megszabaduljon tőlük. Ezeket a pszichébe illesztett idegen testként élik meg a személyek, és eltávolításra törekcszenek (Bion, 2006, 2012; Symington, Symington, 1999). Az eltávolítás egyik módja, hogy testi folyamatokkal vagy a külvilág valamilyen zavaró aspektusával azonosítja a személy a béta-elemeket, másik módja a tényleges testibe fordítás önsértő magatartással, falásrohamokkal, szerhasználattal. A Bion által feltételezett béta-elemek nem alkalmasak a gondolkodásra, de az alfa-funkció révén átalakíthatóak olyan formába, amelyben a gondolkodás számára feldolgozhatóvá válnak. Habár Bion az alfa-funkciót ismeretlen műveletekből álló folyamatnak tekinti, a funkció egyik lényeges eleme az, hogy az elmén kívülre helyezett, személytelen jelenségeket a szubjektivitás élményével látja el. A pszichoanalitikus intervenciók célja az alfa-funkció aktiválása, azaz a béta-elemek alfa-funkcióval való ellátása. A béta-elemek megjelenése nagy feszültséget kelt a kliensben, és cselekvés révén üríti azokat. Az ürítés egyik eredménye, hogy az analitikusban ébred fel az azonosítatlan feszültség. Az analitikus feladata, hogy az alfa-funkció aktiválása révén szubjektivitás élményével lássa el a béta-elemeket. A szubjektivitás élménye szoros összefüggést mutat azzal, hogy mennyire sikerül az önéletrajzi emlékezeti rendszerbe integrálni a tapasztalatokat. Az önéletrajzi emlékezet kialakulásának társas jellegéből következően a másik jelenléte, a béta-elemek tartalmazására, alfa-funkciókkal való ellátásával való hajlandósága járul hozzá ehhez a folyamat-hoz. A nagy feszültségeket keltő béta-elemek, ha a másik figyelmének tárgyává válnak, és ha megjelenik a különféle narratív perspektívák felajánlásában tükröződő érdeklődés és befogadási hajlandóság, akkor az alfa-funkciók aktiválódhatnak. Az önéletrajzi emlékezeti rendszerbe való integrálás folyamata a béta-ele-

mek epizodikus emlékek aktiválása és a kliens célvezérelt reprezentációihoz való kötése révén történik.

Visszatérve az epizodikus emlék conwayi fogalmához, összefoglaljuk az epizodikus emlék szerveződésének elemeit: az epizodikus elemek, fogalmi keret, egyszerű epizodikus emlék és komplex epizodikus emlék.

Az egyszerű epizodikus emlék epizodikus elemekből és fogalmi keretből áll. Az *epizodikus elemek* (EE) leginkább eseményspecifikus, élményközeli reprezentációk a hosszú távú emlékezetben. Többnyire vizuális képek, testélmények, érzetek, és részben megfelleltethetőek a sterni „jelen pillanatoknak” (Stern, 2009). Az epizodikus elemek az emlékek korrespondencia funkcióját növelik. A fogalmi keret (K): konceptuális, kontextualizáló ismeret, amely egy vagy többnyire több EE-t egységbe szervez. A keret az epizodikus elemeket bekapcsolja egy bizonyos emlékstruktúrába, ezért a szelfkoherencia kialakításában van szerepe. A fogalmi keret az EE-k egyfajta értelmezése, mivel személyes jelentést ad az elemeknek (1.4. ábra).

Ennek illusztrálására egy példát mutatunk be: a kliens hosszasan arról beszél, hogy ő nem szerethető. De nem tud semmi konkrét élményt elmondani ezzel kapcsolatban, majd azt mondja: „Fejfájás gyötör és lüktet a homlokom és alig bírok nyugton feküdni az ágyban. Lehet, hogy agyvérzésem van.” Ezek a testi érzetek megfelleltethetőek az epizodikus elemeknek, és az agyvérzés egy fogalmi keretnek. A terapeuta a kliens figyelmét intervencióival ráirányítja az érzetek felléptekor átélt eseményekre, arra, hogy mi hangzott el a terápia során, hogyan reagált rá a terapeuta. Eközben a kliensben egy új fogalmi keret is felmerül, az,



1.4. ábra. Epizodikus emlék: epizodikus elemek (EE), konceptuális keret (K)

hogy dühös a terapeutájára, mert a terapeuta korlátozza őt abban a céljában, hogy a szeretett személy (terapeuta) folyamatosan rendelkezésére álljon, de nem meri ezt átélni, mert fél, hogy dühe megakadályozza abban a céljában, hogy a terapeuta szeresse őt, mert korábbi tapasztalatai szerint a dühére szeretetmegvonás következett (1.4. ábra).

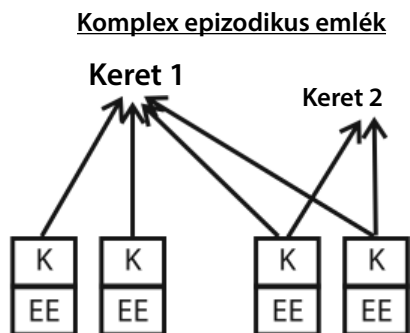
Az emlékekben *fogalmi keret nélküli epizodikus elemek* is felbukkanhatnak. A keret hiányozhat, vagy elveszett és az epizodikus elem betör a tudatba. Gyakori jelenség, amikor elemi disszociatív élményeket él át a kliens anélkül, hogy az önéletrajzi emlékezeti rendszerében el tudná helyezni, személyes jelentést tudna adni az élményeknek (1.4. ábra 1. blokk). Traumatikus események után gyakoriak ezek az élmények. Azonban a pszichoanalitikus irodalomban leírt tartalmazási folyamatok hiánya (Bion, 2006, 2012; Symington, Symington, 1999) is elvezethet oda, hogy sok epizodikus elem fogalmi keret nélkül marad, és ismételtelen és fenyegetően betör a tudatba, mint egy idegen élmény: pánikrohamok, disszociatív tünetek, szomatizációs zavarok, PTSD-ben intruzív emléktöredékek formájában.

A másik klinikailag jelentős jelenség, amikor az epizodikus elemek nélkül aktiválódik egy fogalmi keret, tehát az epizodikus elemekhez nincs hozzáférés, azonban az egyszerű epizodikus emlék fogalmi keretéhez való hozzáférés megmarad (1.4. ábra 2. blokk). Ez gyakran előfordul a depresszióban, borderline személyiségzavarban és PTSD-ben szenvedő személyeknél. Például amikor azt mondja a kliens a terapeutának, hogy az előző órán is ellenséges volt velem, és nem tudja felidézni, hogy pontosan mi történt, miről beszéltünk, hogy nyilvánult meg az ellenségességem, akkor a fogalmi keretre (ellenséges volt a terapeuta) emlékszik, de az epizodikus elemekre nem.

Az egyszerű epizodikus emlékek felidézésének két fő módja van: az epizodikus elemek tartalmának valamilyen módon megfelelő hívó szavakon vagy ingereken keresztül; a fogalmi kerethez kapcsolódó felidéző jeleken keresztül. Az akaratlanos előhívás többnyire a fogalmi keretre építve történik („Emlékszik, amikor a mai órán dühös volt rám?” – kérdésben a düh a fogalmi keret), a nem szándékos, vagy esetleges emlékek előhívása többnyire az epizodikus elemekhez kapcsolódó jelek révén („Pont olyan parfümöt használ, mint ami ráömlött a kabátomra az 1984-es szilveszteri bulin” – itt az illat az epizodikus elem). Kellően hatékony előhívási jelek esetén mindkét előhívási mód felléphet esetlegesen és szándékosan. Például egy keret nélküli epizodikus elem (illat, vizuális fantáziatöredék, testérzet stb.) lehet a szándékos előhívás hívójele, ha az a célunk, hogy az előhívott epizodikus emlék segítségével megfelelő fogalmi keretet találjunk hozzá. Ez azért, hogy személyes jelentést ad az emlékeknek, segíthet a betörő epizodikus elem önéletrajzi emlékezetbe integrálásában és a szelfkoherencia növelésében.

A *komplex epizodikus emlék* több egyszerű epizodikus emlékből áll, amelyeket közös, magasabb rendű konceptuális keret kapcsol össze (Conway, 2009). Például az előző terápiás ülés lehet egy komplex epizodikus emléknek a fogal-

mi kerete, azonban az ülés több egyszerű epizodikus emlékre bontható aszerint, hogy milyen fogalmi kereteket ajánlunk fel az ülés strukturálására. Például a kliens először az anyjáról beszélt, majd a terápiás kapcsolatról, végül a munkahelyi konfliktusairól. Azonban lehet más fogalmi keretek szerint is egyszerű epizodikus emlékekre osztani az órát: központi kapcsolati konfliktusok, aktivált tárgykapcsolati diádok, érzelmi állapotok stb. Ugyanakkor epizodikus elemeket is használhatunk előhívási jelként, például testi érzeteket: szédülés, fejfájás, fokozott szívverés stb.



1.5. ábra. Egyszerű epizodikus emlékek gyűjtésével a komplex emlék eredeti fogalmi kerete tarthatatlanná válik, új keret formálódik

Az epizodikus emlékek fejlődése

Az epizodikus elemek – azaz a nem verbális, érzékelési-észlelési-affektív tartalmak – adják a szemantikai fogalmi rendszer alapját. Az epizodikus elemek, melyek időben egymáshoz közel léptek fel, vagy valamilyen közös tartalomban osztoznak az emlékezetben, egy csoportban tárolódnak és más folyamatok aztán egy fogalmi keretet hoznak létre számukra. A fogalmi ismeretek kialakulása kezdetben az epizodikus emlékekre való támaszkodáson alapul felnőttkorban is. Az epizodikus emlékekből fogalmi ismeretek képzése az új ismeretek elsajátításának az általános jellemzője (Conway, 2009). A pszichoterápiás munkafolyamatnak egy központi vezérlőelve, hogy az epizodikus emlékek aktiválása útján tudunk új fogalmi kereteket létrehozni, ami új ismeretekhez és az önismeret fejlődéséhez, az önmagunkról és a világról kialakított reprezentációk átalakulásához vezethet. Ennek a folyamatnak az egyik lehetséges mechanizmusa, hogy az izolált epizodikus elemek csoportosulnak, és egy nem epizodikus reprezentációhoz kapcsolódnak, mint például a nyelv egy szava, vagy bármilyen szimbólum. Például amikor a szavakat tanulják a gyermekek, akkor a szó konkrét eseményekre utal, és csak a szóhoz kapcsolt különböző események epizodikus emlékeinek sorozatából tudja kivonni az eseményekben közös elemet.

Egy második, talán sokkal alapvetőbb és korábbi folyamat révén az érzelmi-észlelési-affektív epizodikus elemek automatikusan egy csoportot alkotva elraktározódnak a hosszú távú emlékezetben. A csoportosulás alapját a tartalmi hasonlóság vagy időbeli egymásra következés adhatja (Conway, 2009). A tartalmi hasonlóságra alapuló szerveződési elv, amikor a preverbális epizodikus elemek az érzelmi-észlelési-affektív tartalmak hasonlósága alapján csoportosulnak. Az időbeli szomszédosság elve szerint, oly módon csoportosulnak, hogy több epizodikus elem egy halmazt alkotva, ismétlődve felbukkannak, és egy fogalmi kerettel nem rendelkező *epizodikus emléket* alkotnak. A fogalmi keret nélküli egyszerű *epizodikus emlék* jellegzetessége, hogy nincsen bekapcsolva, integrálva az önéletrajzi emlékezeti rendszerbe, nem bír személyes jelentéssel, azonban testi érzetekként, észleletekként és affektív tartalmakként hatással vannak a tapasztalatra. Felnőttként, mivel nincs fogalmi keretük, akaratlagosan nehezen előhívhatóak, inkább esetleges módon valamelyik epizodikus elemhez hasonló előhívó jelek révén aktiválódnak.

A *proto-epizodikus emlékek* alapját adják azok az eleve adott struktúrák, amelyek valamilyen célvezérelt állapothoz tartoznak: affektív-érzelmi, motivációs, ösztön, szükséglet, társas struktúrák (Conway, 2009). Például az éhség, a szeparációs szorongás, a szexuális vágy, az érzelmi állapot több *epizodikus elem* rendszeres együttjárásával jár, és ezek alkotják a *proto-epizodikus emlékeket*. Az időbeli szomszédosság és a tartalmi azonosság alapján szerveződő preverbális *proto-epizodikus emlékek* a nyelv elsajátítása során fogalmi keretekbe rendeződnek és egyszerű epizodikus emlékké válnak, amelyek magasabb rendű fogalmi keretekhez kapcsolódva komplex epizodikus emlékekké válhatnak, amelyek generikus és más fogalmi önéletrajzi ismeretek és emlékek kialakulásának, illetve a fogalmi szelf alapjaiul szolgálhatnak.

A pszichoterápiás munka egyik célja, kevésbé szervezett személyiségeknél, hogy az előbb leírt struktúrák *proto-epizodikus emlékei*hez fogalmi keretet kapcsoljon és integrálni tudja a személy ezeket a saját önéletrajzi emlékezeti rendszerébe és ezáltal ezeket a személyesen hozzáférhetetlen célvezérelt struktúrákat tudatosíthatóvá, megnevezhetővé tegye, és a bennük rögzített specifikus tartalmakat fel tudja használni a tervezésben, céljai elérésében. A pszichoterápia másik célja, hogy a célvezérelt önéletrajzi emlékekben azonosítsa azokat, amelyek olyan konceptuális keretbe kerültek, amelynek része ezen célok tiltása, gátlása és ezért felfüggesztve várnak a megvalósulásra, és ezért állandóan betörnek a tudatba. Majd azonosításuk után, olyan konceptuális keretek kialakulásának elősegítése, melyekben differenciáltabban, kontextusfüggően van meghatározva a célok gátlásának és megvalósításának reprezentációja.

A fogalmi keret nélküli *epizodikus emlékek* elemei a kliens nyelvi megnyilvánulásaiban, mint saját független ágenciával bíró szelfrészek vagy tárgyak, vagy a szelf által elszenvedett páciencia jelennek meg. „Fejfájás kínoz”, „Hevesen lüktet a szívem”. Ezeknek a *proto-epizodikus emlékek*nek megfelelő fogalmi keret meg-

találása és ezáltal az önéletrajzi emlékezeti rendszerbe való integrálása oda vezet, hogy a személy számára érthetővé válnak, integrálódnak személyes célstruktúrái rendszerében és a személy visszanyeri ágenciáját ezekkel kapcsolatban. Például a passzívan elszenvedett „Fejfájás kínoz” helyett, „Dühös vagyok a főnökömre, mert vágyaim elérésében jogtalanul korlátoz, de ebben a pillanatban nem tehetek semmit, hogy megvédjem magam, ezért nem fejezem ki a dühömet, viszont majd szétrobban a fejem”. Ez utóbbi esetben a fejfájás egy az egyén saját identitásához tartozó hosszú távú cél (megtartom az állásom) eléréséhez szükséges, tudatosan vállalt lépésnek (nem fejezem ki a dühömet a főnököm felé) a velejárója.

Általános események, témák

Az *általános események* sokkal specifikusabbak, mint az élepszakaszok, és ismétlődő események vagy szekvenciák reprezentációit tartalmazzák. Az általános események egy közös téma köré klaszterekbe rendeződnek, így ha egy általános esemény emléke felidéződik, ez előhívója lehet más hasonló eseményeknek. Az emlékek ezen klaszterei többnyire egy személyes cél elérésére tett törekvés sikerének vagy kudarcának a témája köré szerveződnek. A célok elérésének vagy kudarcának ezek az emlékei fontos információt hordoznak önmagunkról (Conway, Singer, Tagini, 2004).

Az *általános események* szintjén helyezhetőek el azok az emlékek, amelyek a legalapvetőbb emberi személyes célok köré szerveződnek, mint az ösztöncélok, a kötődési célok, az autonómiát érintő célok. A terapeutáknak fontos pillanatról pillanatra tisztázni, hogy az éppen aktiválódott önéletrajzi emlék mely alapvető cél köré szerveződik. Különböző pszichoterápiás elméleti modellekben az alapvető célok más-más, de nagyjából átfedő listáját állították össze.

Az élettörténet-séma

Az *élettörténet-séma*, mint korábban említettük, az adott kultúrában megalkotott normatív élettörténetre vonatkozó tudása egy személynek. Az *élettörténeti perspektíva* felvételekor az egész élettörténetet vizsgáljuk. A személy számára rendelkezésre álló élettörténeti sémák befolyásolják az önéletrajzi emlékek közötti válogatást. Bluck és Habermas (2001) *önéletrajzi érvelésként* írja le ezt a mechanizmust. Amikor visszatekintünk, és egy élepszakaszt értékelünk, vagy egész életünk narratíváját alkotjuk meg, akkor az emlékezeti folyamatok mellett működésbe lép az önéletrajzi érvelés, ami egy önreflektív gondolkodás a személyes múltunkról. Ezek a folyamatok akkor lépnek működésbe, amikor

valaki elmeséli vagy leírja az élettörténetét. Az *élettörténet-séma* ezen elbeszélések szervezésében mutatkozik meg. Bartlett (1985) vezette be először a séma fogalmát, mint az emlékezési folyamatokat szervező mechanizmust. Minden alkalommal, amikor valaki elmesél egy részt az élettörténetéből és élettörténeti érvelésbe kezd, akkor az élettörténet-sémát használja az élettörténeti emlékek előhívásában. A séma aktiválja a releváns emlékeket és gátolja az oda nem illőket az elbeszélés helyzete által megszabott normák szerint. Az élettörténet-séma tartalmazza a különböző kontextusú és célú élettörténeti elbeszélésekre vonatkozó normákat. Az önéletrajzi érvelésben használjuk az élettörténet-sémát, amelynek a segítségével összekötjük életünk eseményeit egy élettörténetté. A terapeuta által felkínált perspektívák az élettörténeti sémának és az élettörténeti érvelésnek új formáit vezetheti be a kliens számára, mivel érdeklődése olyan területekre és olyan szempontokból irányulhat, ami új a kliens számára, nem egyezik korábbi, szüleivel vagy barátaival átélt, kölcsönös élettörténeti rekonstrukciós tapasztalataira. A kliens a terapeutával folytatott narratív interakciós tevékenység során új figyelemirányítási készségeket, egy újfajta közös önéletrajzi konstrukciós folyamatot tapasztalhat meg.

Az eseményeket emlékezetessé tevő vonások közé sorolják az emlék élnéességét, az esemény különlegességét, az emlék nyilvános vagy privát ismételt előhívását, az esemény érzelmi jelentőségét és valenciáját, valamint a fontosságát, azaz, hogy milyen következményekkel jár az esemény az ember céljainak megvalósítása szempontjából. Az események különlegességét, fontosságát, érzelmi jelentőségét a személy élettörténeti kontextusa határozza meg. Az emlékek elbeszélésének a folyamatát az elbeszélés közönségének (esetünkben a terapeutának) az érdeklődése és a kliens terapeutával kapcsolatos pillanatnyi céljai határozzák meg. Az élettörténet-séma szerveződését és az önéletrajzi érvelést négy koherenciaelv segíti elő (Bluck és Habermas, 2001).

Az *időbeli koherencia* elősegíti, hogy élettörténetünk eseményeit időbeli sorrendben helyezzük el. Az okság idői szabályait akkor tudjuk alkalmazni élettörténetünkkel kapcsolatos érvelésben, ha életünk eseményeit időbeli egymásutánban tudjuk elhelyezni. Az élettörténet szervezése eltérő a különböző életrészekben. A korai szakasz biológiai fejlődésszakaszai és a szülői döntések és az iskolarendszer által szervezett idő, amelyet a felnőttkortól az egyén döntései és a társadalmi elvárások által szervezett idő vált fel, majd amint túllép valaki az élete feltételezett felén, és már kevesebb idő vár rá, mint amennyit leélt, szintén újraszervezi az önéletrajzi emlékezetet és a jövőbeli önmagáról alkotott képet (Bluck és Habermas, 2001).

Az *önéletrajz kulturális fogalma által nyújtott koherencia* olyan az élettörténetre vonatkozó, internalizált kulturális normák szerint szervezi az önéletrajzi emlékezést, amelyek meghatározzák, hogy melyek az önéletrajzba illő témák. Tipikus élettörténeti szervező elvek: születés; belépés a közösségbe (keresztelő, körülmé-

télés stb.), családon kívüli közösségekbe lépés, bölcsőde, óvoda, iskola, érettségi, egyetem, diploma, munka, házasság, gyerekek, unokák, nyugdíjba vonulás stb. (Bluck és Habermas, 2001). Az *önéletrajz kulturális fogalma* ráirányítja a figyelmet a jelentős és normatív életszakasz-eseményekre, amelyek kulturálisan meghatározott életszakaszokban történtek, és az egyes önéletrajzi emlékek azáltal válnak különlegessé, fontossá, és nyernek el érzelmi valenciát, hogy ezen szakaszok megvalósulását elősegítették vagy hátráltatták (Bluck és Habermas, 2001). Az 5 éves, a 10 éves, a 15 éves és a 20 éves érettségi találkozó egy tipikus példája annak, hogyan érvényesül az önéletrajz kulturális fogalma abból a szempontból, hogy milyen elvárások vannak az egyes életszakaszokra vonatkozóan, és a közös múlt bizonyos emlékeinek az érzelmi jelentősége milyen előjelet kap.

A *tematikus koherencia* is gyakran használt szervezőelv az önéletrajzi elbeszélésekben. Az önéletrajzi elbeszélések egy téma köré szerveződnek, amely egyfajta üzenettel bír. Például az „életem a szeretetről szól”, „az életem egy küzdelem volt”, „az életem sikerek és kudarcok sorozata”, „az életem az önmegvalósítás és a szerelem konfliktusáról szól”. Az egyes életesemények egy témát alátámasztó vagy a téma kibontakozását hátráltató események. Bizonyos eseményeket ki kell hagyni, vagy mert nincs közük a témához, vagy mert a tematikus koherenciát fenyegetik. Az életcélok, az értékrendszerek, az élet értelmének a keresése, valamint az élet nagy döntéseit meghatározó események mind befolyásolják a tematikus koherenciát (Bluck és Habermas, 2001).

Az *okási koherencia* elvét használva az eseményeket, életszakaszokat és önmagunkról alkotott képet motivációk, okok vagy magyarázatok segítségével kapcsoljuk össze egy koherens élettörténetbe. Az elbeszélő a naiv pszichológia elméleteit használja annak megmagyarázására, hogy mi motiválja a szereplőket, vélekedéseik, érzéseik, vágyaik, céljaik alapján magyarázza az események alakulását. Az okási koherencia többnyire egy cél megvalósulásának-kudarcának a megmagyarázásában játszik szerepet (Bluck és Habermas, 2001).

Az élettörténeti sémák viszonylag stabilak, megváltozásukhoz hozzájárul az új életszakaszba lépés vagy új kulturális, szubkulturális közegbe kerülés, ami a célok megváltozásával jár, és ezek az új célok befolyásolják, hogy melyek a releváns élettörténeti emlékek, melyek a kevésbé azok. Tipikus krízishelyzet, ami miatt terápiába jelentkeznek a kliensek, az új életszakaszba váltás, amelyben a korábbi élettörténeti sémák már nem érvényesek.

Az önéletrajzi érvelés segíti a koherens szelf kontinuitását fenntartani azáltal, hogy a jelentős vagy érzelmileg meghatározó eseményeket integrálja az élettörténetbe oly módon, hogy amellet, hogy fenntartja a stabilitást, képes értelmet adni a váratlan életeseményeknek és azok következményeinek. Jelentős életesemények vagy traumatikus események után a személyek újraértelmezik az élettörténetüket, és újrakonstruálják emlékeiket múltbeli érzelmeikkel, eseményekkel vagy attitűdökkel kapcsolatban. Normatív és nem normatív életesemények

megnehezítik, hogy az egyén fenntartsa önmaga kontinuitásának érzését (Bluck és Habermas, 2001). Bizonyos esetben a legsúlyosabb traumákat átélt egyének is képesek egy olyan koherens élettörténetet alkotni, amelyben ők ágensként reprezentálják magukat, aki képes volt túlélni a traumákat és megküzdeni a nehézségekkel. Identitásdiffúzióhoz, elidegenedéshez, disszociációhoz vezet az, ha valaki nem képes életének eseményeit egy folyamatos és koherens történetben integrálni (Bluck és Habermas, 2001). A társas relevancia által szervezett tapasztaló én olyan történeteket alkot, amelyeknek van érdeklődő közönsége. A szégyellt életeseményeket nem tudja integrálni, mivel a feltételezett közönség büntetésétől tart. A pszichoterápia, mint a Freud által intézményesített párbeszéd, egy olyan közönséget teremtett az elbeszélőnek, aki számára a személy élettörténetének minden aspektusa releváns, és figyelmét kiegyenlített érdeklődéssel irányítja az egyén élettörténet-sémájába illő, és az abba nem illő, szégyellt történetek felé.

A pszichoterápiás munka egyik célja az élettörténet integrációja. Az egyes élettörténeti epizodikus emlékek, karakterpozíciók és több karakterpozíciót át-fogó perspektívák, narrátorpozíciók közötti ismételt váltások a terápiás munkában elősegítik, hogy a működő szelfben, implicit tanulás révén olyan figyelemirányítási kontrollfolyamatok alakuljanak ki, amelyek biztosítják a koherenciát az egyes emlékek között, és ennek következtében képes integráltabb szelfreprezentációk generálására az elme. Ebben szerepet játszik a terapeuta, mint egy olyan másik, akinek a figyelme egyaránt kiterjed az egyén számára integrálható és korábban integrálhatatlan tartalmakra, és az általa nyújtott perspektívákban egyszerre kerülnek elismerésre a már integrált és korábban integrálhatatlannak tartott önéletrajzi emlékek.

Életszakaszok

Az életszakaszok egy bizonyos témához, életterülethez kapcsoltnak egy időszaktól ölelnek fel az egyén életéből, melynek eleje és vége van, és az időszakra jellemző tevékenységekre, kapcsolatokra és helyszínekre vonatkozó ismereteket tartalmaz. Természetesen, átfedésekkel több életszakasz lehet párhuzamosan jelen. Például a zenekarom, az egyetemi évek, feleségemmel a kapcsolatom más-más életszakaszok, azonban részlegesen mindegyik átfedésben van egymással (Conway, Singer, Tagini, 2004).

A korrespondencia és a koherencia elve az önéletrajzi emlékezésben

Az önéletrajzi emlékezet két egymással versenyző elvárás eredménye: a célok végrehajtása közben a tapasztalatközeleli élmények folyamatos rögzítése; ezzel párhuzamosan miközben a világgal interakcióba lép a jelen pillanaton túlmutató, koherens és stabil szelfreprezentáció fenntartása (Conway, Singer, Tagini, 2004).

Az önéletrajzi emlékek formálódását tehát két elv vezérli, az adaptív korrespondencia elve (a céltevékenység tapasztalatközeleli, érzelmi-észleleti felvételei), és a szelfkoherencia elve (a konceptuális szelf és az autobiografikus tudásbázis absztraktabb és fogalmilag gazdag hosszú távú tárának belső koherenciája). Szelfemlékezeti rendszer szervezi ennek a két elvnek a megvalósulását az önéletrajzi emlékezet folyamatában. Ha az emlékek elsősorban a koherencia funkcióját szolgálják, azt, hogy az integrált élettörténetet támasszák alá, akkor az emlékek pontossága másodlagos. Ha az emlékekre, mint olyan reprezentációkra tekintünk, amelyek a valóságnak megfelelőek, akkor a koherencia másodlagos. A pszichoterápiás munkában a kliens pillanatnyi karakter- vagy narrátorpozíciója többnyire az adott pozíciónak megfelelő koherenciát preferálja, és a terapeuta által felajánlott perspektíva-váltások révén fokozódhat az emlék korrespondenciája, amely viszont az eredeti koherenciát megkérdőjelezheti, és az újjonnan aktivált reprezentációkat is integráló koherencia képzésére készíti a személyt.

A Piaget által leírt két mechanizmus, az asszimiláció és az akkomodáció hasonló jelenséget ír le. Az önéletrajzi emlékezetben található sémák a koherencia fenntartásában játszanak szerepet és az emlékek felidézésében, valamint az új tapasztalatok szerzésében az asszimiláció elvét segítik elő, és a sémába illő emlékeket aktiválják az önéletrajzi emlékekből, illetve az új tapasztalatokból is a sémába illő emlékeket raktározzák el az önéletrajzi emlékekbe. Az önéletrajzi emlékezeti rendszert szervező sémák többnyire társas figyelmi irányítás révén, a kölcsönös emlékezésekben elsajátított relevanciastruktúrát tartalmaznak, amelyek a *működő szelf*hez tartozó implicit figyelemirányítási készségként a másik figyelmé szempontjából releváns tartalmakat hívnak elő. A terapeuta által felkínált új nézőpontokból a kliens számára relevánssá válnak olyan tartalmak, amelyek ugyan a korrespondencia elve szerint eredetileg elraktározódtak, azonban a koherenciaelvnek megfelelően a sémákba nem illettek be és nem kerültek előhívásra. Ezek a tartalmak az előhívásuk révén a koherenciaelvet fenyegetik, ezért a kliens vagy érvényteleníti azokat, vagy elfeledkezik róluk, és így a pillanatnyi koherencia helyreáll. Piaget akkomodációnak nevezte azt a jelenséget, amikor az új, a korábbi sémába nem illő tartalmak okozta zavar úgy oldódik meg, hogy a séma módosul, és az új tartalmat is integrálja.

Az emlékezésből a tudásba váltás és a tudásból az emlékezetbe váltás

Conway és munkatársai (1997, 2009) több kutatásban vizsgálták azt a jelenséget, hogy az elsajátított ismeretek megtanulásának a körülményeire eleinte emlékeznek az emberek, majd hosszabb idő elteltével már nem tudják felidézni a tudás elsajátításának körülményeit (nem emlékeznek rá), azonban tudják, hogy mik az elsajátított ismeretek. Conway ezt a jelenséget az *emlékezésből a tudásba váltás* jelenségének nevezte el. Az *emlékezésből a tudásba váltás* jelensége két folyamat működésére utal: az epizodikus emlékek részleteinek gyors elvesztésére és a sematizált tudásstruktúra kialakulására, amely utóbbi automatikusan hozzáférhetővé válik a felidézés számára. Habár Conway kutatásai oktatási körülményekre vonatkoznak, nem kizárt, hogy a mindennapi helyzetekre is jellemzőek a fenti mechanizmusok. Klinikai beszámolókból ismert jelenség, hogy a szülők, tanárok, kortársak rendszeres verbális bántalmazása (a személy tulajdonságaira vonatkozó leértékelő, megszegyenítő kijelentések) sok esetben nem pusztán epizodikus emlékként raktározódnak el, hanem a személy konceptuális szelfjében elraktározott általánosan igaz tudásként. Ismételt verbális abúzus az élettörténetben szoros kapcsolatot mutat azzal, hogy a személyek testüket, viselkedésüket vagy önmagukat szégyellnivalónak tartásuk úgy általában. Egy klinikai példán mutatjuk be a jelenséget: egy magas IQ-jú kliens saját magát butának tartotta és ez az ismeret segítette abban, hogy ne tűzzön ki maga elé irreális célokat a továbbtanulással kapcsolatban, ezért szakmunkásnak tanult. Elmondta, hogy anyja rendszeresen mondta neki, hogy ő olyan buta, mint az apja, és menjen kőművesnek, mert nincs elég esze. Az idő múlásával az, hogy ő buta, egy olyan tudásként volt jelen számára, amelynek felidézésekor anyja megjegyzéseinek az emléke már nem jelent meg.

A pszichoterápiás munka során az önéletrajzi visszaemlékezés a túl általános emlékek szintjén többnyire elakad, és sémaszintű, fogalmi ismeretekről esik szó, melyekről a kliensek tudják, hogy igazak rájuk. A pszichoterápiás munka egyik célja a *tudásból az emlékezésbe váltás*. A konceptuális szelfben elraktározott önmagunkra vonatkozó általános tudás („Buta vagyok”), epizodikus emlékek előhívásával újra kontextualizálható, és ez által az önmagunkról alkotott általánosan igaznak tartott fogalmakat, sémákat a kialakulásuk körülményeihez tudjuk kötni, így univerzalitásukat meg tudjuk kérdőjelezni. A fenti klinikai példában, a magát butának tartó kliens esetében sikerült előhívni az anyjával kapcsolatos epizodikus emlékeket, amelyekben megszerezte ezt az ismeretet magáról. A tanulás kontextusának azonosítása segített neki abban, hogy a „buta vagyok” ismerethez felidézzen emlékeket, amelyekben anyja ismételten azt mondta neki, hogy „Buta vagy”, és ez az általánosan igaznak vélt ismeret egy specifi-

kus kontextushoz volt köthető. A kliens a terapeuta segítségével előhívott olyan epizodikus emlékeket, amelyekben intelligenciája megnyilvánult és sikeresen megoldott komplex problémákat. Így a saját intellektuális képességére vonatkozó tudásbázisban, a „buta vagyok” sémában változások következtek be, a séma akkomodációja következett be, és jobban hozzáférhetővé váltak számára a saját „eszességére” vonatkozó emlékek, melyek előhívása segítette nehéz feladatok elvállalásában.

Konzeptuális szelf

A *konzeptuális szelf* meghatározott időponthoz nem köthető, olyan konceptuális szelfstruktúrákhoz kapcsolható, mint a személyes forгатókönyvek (Demorest, 1995; Tomkins, Demos, 1995), lehetséges szelfek (Markus & Nurius, 1986), ön-maga a másikkal egységek (Ogilvie & Rose, 1995), belső munkamodellek fogalmi aspektusai (Bowlby, 1969, 1973, 1980), kapcsolati sémák (Baldwin, 1992), attitűdök, értékek és hiedelmek, korai maladaptív sémák (Young, Klosko, Weishaar, 2003). Ezek az absztrakció révén létrejött tudásstruktúrák függetlenek a specifikus időponthoz kötött emlékektől. Ugyanakkor hozzá vannak kapcsolva az önéletrajzi ismeretekhez és az epizodikus emlékezeti rendszerhez. Ezáltal aktiválhatóak olyan specifikus események, amelyek szemléltetik, kontextusát adják, és megalapozzák a *konzeptuális szelf*hez kapcsolt mögöttes témákat vagy fogalmakat. A konceptuális szelf elemei alapvető emberi célok, ösztönök, motivációk, szükségletek köré szerveződnek. A *konzeptuális szelf* egységei társasan konstruált sémák és kategóriák, amelyek segítenek önmagunk, mások és tipikus célvezérelt interakcióink definiálásában. Ezek a családi és kortárs szocializáció, iskola, mesék, mítoszok befolyása hatására formálódnak (Bruner, 1990; Pasupathi, 2001). Az *önéletrajzi tudásbázis* és a *konzeptuális szelf* tartalmi kölcsönösen informálják és korlátozzák egymást.

A pszichoterápiás folyamat egyik célja a legalapvetőbb emberi célok, ösztönök, motivációk, szükségletek köré szerveződött a konceptuális szelfben elraktározott merev, diszfunkcionális tárgykapcsolati reprezentációk, kötődési munkamodellek, kapcsolati sémák megismerése és repertoárjuk gazdagítása, valamint helyzetspecifikus alkalmazásuk elősegítése. A konceptuális szelf tartalmainak módosítását a *tudásból az emlékezésbe váltás* folyamatai facilitálhatják a konceptuális szelf diszfunkcionális tartalmi és a specifikus epizodikus tartalmak közötti perspektíva-váltások révén. Ha a terapeuta az önéletrajzi tudásbázisban a konceptuális szelf sémáival nem kongruens tartalmakra irányíthatja a figyelmet, akkor az új tartalmak a sémák akkomodációját teszik szükségessé.

Mikor az én magára tekint: megfigyelő és mezőperspektíva

Az önéletrajzi emlékek felidézhetőek egyes szám első személyű és harmadik személyű vizuális perspektívában egyaránt. Az első személyű perspektívát mező-, a harmadik személyűt megfigyelő perspektívának nevezik a szakirodalomban. Amikor első személyű perspektívában hívjuk elő az emlékeket, akkor az egyének az emlékekben zajló eseményeket saját szemükkal látják, mintha újraélnék az eseményeket. A harmadik személyű perspektívában felidézett emlékekben az egyének önmagukat kívülről látják, mintha megfigyelőként néznék a felidézett emléket (Nigro, Neisser, 1983). A kutatások szerint spontán felidézéskor az önéletrajzi emlékek egyharmada harmadik személyű perspektívában idéződik fel a többi első személyű perspektívában (Nigro, Neisser, 1983; Robinson, Swanson, 1993).

A vizuális perspektíva jelentőségét több kutató felismerte. Freud (1899/1959) a fedőemlékről szóló tanulmányában felhívja a figyelmet a korai gyermekkori emlékekben megfigyelhető kétféle vizuális perspektíva használatára: az első és a harmadik személy nézőpontú emlékekre. A harmadik személyű perspektíva használata véleménye szerint az emlékek konstruált, fedőemlék volta utal. A fedőemlékek olyan gyermekkori emlékek, amelyek tisztán, részletgazdagon és tolokodóan jelentkeznek, ugyanakkor tartalmuk látszólag jelentéktelen (Laplanche, Pontalis, 1994). A fedőemlék természete Freud szerint hasonlít egy tünetre, amely az elfojtott elemek és az elhárítás közötti kompromisszum terméke. Az időben visszaható fedőemlékek akkor képződnek, amikor egy jelenbeli gondolat elfojtódik, és asszociatív kapcsolatot talál valamilyen korábbi emlékekkel. A fedőemlék a felidéző személynek a felidézés jelenében fennálló gondját képviseli. Többnyire vizuálisan felidézett jelenetek formáját ölti. Felidezésük időpontjára jellemző élethelyzet az a kontextus, amit figyelembe kell venni értelmezésükkor. Habár ezen emlékek funkciója az, hogy elfedjenek valamit, ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy maguk a felidézett emlékek teljes mértékben koholmányok, habár valamilyen mértékben módosulhatnak. Fontos kiemelni, hogy a Freud által hozott fedőemlékpéldák minőségükben az epizodikus emlékeknek felelnek meg. Freud a fedőemlékek kapcsán felveti, hogy vannak-e egyáltalán olyan gyermekkori emlékek, amelyek a gyermekkorunkból bukkannak elő, vagy csak olyanok, amelyek a gyermekkorunkra vonatkoznak (Laplanche, Pontalis, 1994).

A fedőemlékek egyik jellegzetessége, hogy a személy magát az emlékekben megfigyelőként kívülről látja, gyermekkori cselekvő énje és megfigyelő énje különválik az emlékekben. A cselekvő és megfigyelő én különválása Freud szerint annak jele, hogy az eredeti emlék átdolgozás ment keresztül. Maga Freud is felveti annak lehetőségét, hogy nem minden megfigyelő nézőpontú emlék átdolgozás eredménye. Nigro és Neisser (1983) is érveket hoz fel emellett, hogy az elraktározandó, közvetlen élmény is átélhető megfigyelői perspektívából. Valószínű, hogy

az olyan helyzetek, amelyekben az egyént ténylegesen megfigyelik és értékelik, és ő maga ennek tudatában van, gyakran vezet ahhoz, hogy megfigyelői nézőpontból élje meg az eseményt, és ez a helyzet későbbiekben megfigyelő nézőpontú emlékként idéződjön fel. Az erős testi fájdalommal vagy érzelmi megrázkódtatással járó traumákat is van, aki megfigyelői perspektívában, magát kívülről látva éli át. Nigro és Neisser (1983) vizsgálataiban az emlékek tartalma, az előhívásra adott utasítások, az emlékek időbeli távolsága az előhívástól mind befolyásolják, hogy melyik perspektíva a meghatározó az emlékekben. Ha az utasításban az érzelmek előhívásán volt a hangsúly, akkor gyakrabban mezőperspektívából jelent meg az emlék, ha a környezet objektív leírásán, akkor gyakrabban a megfigyelő perspektívából jelent meg az emlék. A közeli emlékekre a mező-, a távolabbi emlékekre a megfigyelő perspektíva volt jellemző. A magasabb önreflexiót igénylő helyzetek előhívásakor a megfigyelő perspektíva volt a meghatározó (Nigro, Neisser, 1983).

Minél hosszabb az esemény kódolása és előhívása között eltelt idő mértéke, annál valószínűbb a harmadik személyű perspektíva használata (Berntsen, Rubin, 2006; Nigro, Neisser, 1983). Újabb keletű önéletrajzi emlékeket inkább első személyben, míg régebbi emlékek, különösen a korai gyermekkori emlékek harmadik személyben hívódnak elő (Berntsen, Rubin, 2006; Nigro, Neisser, 1983; Talarico, LaBar, Rubin, 2004). A harmadik személyű emlékek aránya fokozódik a felnőttkor során (Piolino és mtsai, 2006). A vakuemlékek kivételt képeznek, mert a többi emlékekkel szemben, amelyeknél fokozódik a harmadik személyű perspektíva aránya, a vakuemlékeknél az a perspektíva marad meg, amelyet közvetlenül az esemény után alkalmaztak. Azok az emlékek, amelyek spontán harmadik személyű perspektívában idéződtek fel, kevésbé adják az újraélés élményét, kevesebb vizuális képpel járnak, kevesebb szenzoros információt tartalmaznak és kevésbé bizonyos a személy abban, hogy az esemény megtörtént (Berntsen, Rubin, 2006).

A harmadik személyű perspektíva használatának eltávolító funkciója van, amikor a személy jelenlegi önképével nem kongruens esemény emlékét hívja elő (Libby, Eibach, Gilovich, 2005). Traumatikus emlékeket gyakrabban hívják elő harmadik személyű perspektívában, feltehetően a pszichológiai (McIsaac, Eich, 2004; Kenny, Bryant, 2007) és fizikai fájdalom eltávolítása céljából (McNamara, Benson, McGeeney, Brown, Albert, 2005).

Érzelmileg magas intenzitású vagy nagyon stresszes emlékek, amelyek az enkódolás idején önmagukra irányított figyelemmel jártak együtt (például előadás tartása) sokkal inkább harmadik személyű perspektívában hívódtak elő. Szociális fóbiában szenvedő felnőttek egészségesekkel szemben gyakrabban megfigyelő módon hívják elő emlékeiket, amikor magas szorongást kiváltó szociális helyzetek emlékeit kellett előhívniuk (Clark and Wells, 1995). Míg az alacsonyabb érzelmi intenzitású emlékeket, amelyekben nem irányult fokozott figyelem az alanyra, inkább első személyű perspektívában hívták elő. Klinikai kutatások szerint a ma-

1.1. táblázat. A mező és a megfigyelő perspektíva jellemzői

	Mező 1. személyű perspektíva	Megfigyelő 3. személyű perspektíva
Az enkódoláskor az emlék jellemzői		
Időbeli távolság	Közelebbi emlék	Távolabbi emlék
Érzelmi intenzitás	Ritkább	Gyakoribb
Önmagára fókuszáló helyzetek: szégyen, büszkeség	Ritkább	Gyakoribb
Az előhíváskori jellemzők		
Érzelmelek felidézése a feladat	Gyakoribb	Ritkább
Környezet objektív leírása a feladat	Ritkább	Gyakoribb
Az eredeti élmény megfigyelői perspektívában	Ritkább	Gyakoribb
Emlék inkongruens az önképpel	Ritkább	Gyakoribb
Traumatikus emlék	Ritkább	Gyakoribb
Traumatikus emlék okozta érzelmi és testi fájdalom	Magasabb	Alacsonyabb
Érzelmileg pozitív vagy negatív emlék	Gyakoribb	Ritkább
Neutrális emlék	Ritkább	Gyakoribb
Cselekedetek értékelése	Konkrét szinten	Absztrakt szint (egy vesztes vagyok)
Traumaemlék	Több affektus, testi érzés, pszichológiai állapotleírás	Több térbeli részlet leírása, a szereplők külsejének, cselekedeteinek leírása, kevesebb szorongás
Intruzív emlékek	Fokozott érzelmi átélés	Elidegenedés, tompaság

gas érzelmi hőfokú és stresszes eseményeknél a harmadik személyű perspektíva már az enkódolásnál megjelenik. Például PTSD-ben szenvedő személyek vizsgálatánál azt találták, hogy azoknak, akik harmadik személyű perspektívában hívták elő a traumatikus emlékeiket, a fele arról számolt be, hogy az eredeti traumatikus élményt is a megfigyelő perspektívában élték át, ám ezeknek a retrospektív beszámolóknak az érvényessége nehezen megítélhető (McIsaac, Eich, 2004). Összességében azt mondhatjuk, hogy a harmadik személyű perspektíva egy kognitív stratégiaként szolgálhat a traumával járó szorongás csökkentésére.

A felidezés idején az egyénre jellemző motivációs és érzelmi állapot szintén befolyásolja a felidézett emlékre jellemző perspektívát. Akiket arra készítettek, hogy egy tapasztalattal kapcsolatos érzelmekre fókuszáljanak, azok sokkal valószínűbben idézték fel az emlékeket első személyben, míg akiknek az emlékek konkrét, objektív körülményeire kellett fókuszálnia, azok inkább harmadik személyben hívták elő az emlékeiket (Nigro, Neisser, 1983). Ha az egyén előhívás

közben negatívan vagy pozitívan éli meg az emléket, akkor inkább az első személyű perspektíva a gyakoribb, ha neutrálisnak élik meg, akkor inkább a harmadik személyű perspektíva (D'Argembeau, Comblain, Van der Linden, 2003). Viszont, ha az enkódolás idején önmagára fókuszált, mert öntudati érzelmeket (például szégyen, büszkeség) élt át, akkor viszont előhíváskor a harmadik személyű perspektíva volt a domináns. Összefoglalva, az érzelmi állapot intenzitásának kettős hatása van a vizuális perspektívára. Ha az enkódoláskor magas az érzelmi hőfok, akkor gyakoribb, hogy az emlék harmadik személyű perspektívájú. Ha azonban az előhíváskor magas az érzelmi hőfok, akkor az előhívott emlékre az első személyű perspektíva a jellemzőbb.

Terápiás megfontolások

Az elismerésűzésre, önlátetésre és elsősorban mások szándékait, elvárásait monitorozó mentalizációs stílusra hajló személyekre jellemző, hogy a megfigyelő perspektívát használják és vagy kívülről figyelik meg a felidézett emlékekben az eseményeket, vagy átváltanak a másik nézőpontjára. A terápia egyik célja, hogy az ilyen emlékekben a klienst arra készítsék, hogy az első személyű, mezőnézőpontba váltsanak át, melyből jobban hozzáférhető lesz számukra a saját belső állapotuk. Így jobban kapcsolatba tudnak kerülni érzéseikkel, szükségleteikkel, melyeknek a tudatosulását blokkolták, hogy ne terelje el figyelmüket a másik monitorozásáról.

Az előhívási utasításban a személy agenciája is befolyásolja, hogy milyen perspektívájú emlék idéződik fel. Libby (2003) kétféle utasítással kérte meg a résztvevőket arra, hogy gyermekkori emlékeket idézzenek fel a gyermekkori események sztenderd listájából: „Mire emlékeznek, hogy mit csinálnak?” illetve: „Mi történt?”. A „Mire emlékeznek, hogy mit csinálnak?” kérdésre többen első személyű emlékekről számoltak be, míg a résztvevők a „Mi történt?” kérdésre előhívott emlékeire a harmadik személyű emlékek voltak jellemzőbbek.

A vizuális perspektíva korrelátumai és következményei

Az önéletrajzi emlékek előhívásakor az előhívott emlékre vonatkozó önéletrajzi érvelést befolyásolja az előhívás vizuális perspektívája. Az egyének sokkal több diszpozíciós attribútumot tulajdonítanak viselkedésüknek, ha harmadik személyű perspektívában hívják elő emlékeiket, akár spontán, akár manipulálva, mint ha első személyű perspektívából hívnák elő őket (Frank, Gilovich, 1989). Disz-

pozicionális attribúciók esetében saját személyiségjegyeiket, attitűdjeiket, hangulatukat tekintik viselkedésük okozójának, szituációs attribúciók esetén a környezet, a beszélgetésben részt vevő másik személy a tulajdonított oka az egyén viselkedésének. Az első személyű perspektívában a személy a cselekvővel azonosul, míg a harmadik személyű perspektívában a megfigyelővel. A cselekvők hajlanak arra, hogy szituációs attribúciókat tegyenek meg viselkedésük okainak, míg a megfigyelők ezzel szemben arra hajlanak, hogy diszpozíciós attribúciókat használjanak ugyanannak a cselekvőnek a viselkedésére, mert számukra a cselekvő a meghatározó személy a vizuális mezőben (Jones, Nisbett, 1971; Taylor, Fiske, 1978). Továbbá, ha a szereplők vizuális perspektíváját megváltoztatják, például az által, hogy róluk készült videófilmet mutatnak nekik, arról a helyzetről, amelyet korábban saját nézőpontjukból értékeltek, akkor több diszpozíciós attribúciót tulajdonítanak saját viselkedésüknek, mint ahogy egy megfigyelő teszi (Storms, 1973). Minél fokozottabb az objektív öntudatosság, amit például tükrök elhelyezésével lehet manipulálni, amelyekben kívülről látja magát a személy, annál inkább használnak diszpozíciós önattribúciókat (Buss, Scheier, 1976). Az idő elteltével sokkal inkább használunk megfigyelői perspektívát, így sokkal inkább hajlunk a diszpozíciós ítéletek alkotására. A terápiában ha a kliens megfigyelő perspektívában van az emlékfelidezés során, akkor hajlik arra, hogy saját személyiség jegyeinek tulajdonítsa az események lefolyását (azért bántalmazott apám, mert rossz vagyok). Azonban, ha a kliens első személyű, mező perspektívába van az emlék felidézésekor, akkor a kliens jobban hajlik szituációs attribúciókat használni az események megmagyarázásában használt oksági érvelésében (apám részeg volt, és dühös volt, mert anyám megcsalta, és csak én voltam a közelben, akin kitölthette a dühét). A pszichoterápiára vonatkozó tanulmányként itt felmerül, hogy a konceptuális szelfben raktározott információkra alapozott diszpozíciós önattribúciók csökkentését, megváltoztatását a mezőperspektíva felvételével könnyebb elérni, mert ebből a perspektívából a személyek inkább hajlanak a szituációs jegyeket használni viselkedésük magyarázására.

Klinikai kutatási eredmények szerint a két vizuális perspektíva használata eltérő módon befolyásolja a traumatikus emlékek minőségét, illetve eltérő terápiás hatásaik vannak (McIsaac, Eich, 2004). Az első személyű perspektívában előhívott traumaemlékekben több utalás van az affektív reakciókra, testi érzetekre, és a pszichológiai állapotokra, míg a harmadik személyű emlékekben több utalás van a térbeli viszonyokra, önmegfigyelésre és a perifériális részletekre. A harmadik személyű traumaemlékeknek van egy eltávolító hatása, melynek célja a trauma hatásainak tompítása. A tünetek súlyossága azonban nem függött össze azzal, hogy milyen perspektívában hívták elő a betegek az emlékeiket. Nem klinikai mintán is vizsgálták a traumaemlékek és a nézőpont kapcsolatát, és azt találták, hogy akik megfeleltek a PTSD kritériumainak, azok inkább harmadik személyben hívták elő az emlékeiket, míg a hasonló traumatörténetű, de a PTSD-tünetek nélküli személyek inkább első személyben hívták elő traumaem-

lékeiket (Berntsen, Willert, Rubin, 2003). Kérdés, hogy a tünet súlyossággal jár-e együtt a perspektívaválasztás, vagy a perspektívaválasztás része egy olyan kognitív stratégiának, az elkerülésnek, ami hozzájárul a tünetek fennmaradásához. A PTSD-ben szenvedő diákok az elkerülő magatartást gyakrabban használták, azaz traumaemlékeiket harmadik személyű perspektívában hívták elő. A kutatás eredményei szerint a PTSD-ben szenvedők traumaemlékek felidézésében kerülnek a mezőperspektívát, és ez csökkenti a trauma érzelmi újraélését.

A traumaterápiák központi eleme a traumaemlékek újraélése, például a traumadeszenzitizációra alapuló terápiákban. A traumadeszenzitizáció során a terapeuta figyelnie kell arra, hogy a kliens milyen perspektívában éli újra a traumaemléket, mert a harmadik személyű perspektíva csökkentheti a deszenzitizáció hatékonyságát.

Megfigyelő perspektíva, mint kognitív elkerülő stratégia

Azok a személyek, akik az intruzív emlékeiket megfigyelő perspektívában hívták elő, nagyobb fokú elidegenedést és tompaságot éltek meg, mint azok, akik első személyű perspektívából hívták elő emlékeiket (Williams, Moulds, 2007). A megfigyelő perspektíva hasonlóan az elnyomás technikáihoz, kognitív elkerülő mechanizmusnak tekinthető. Az egyik funkciója, hogy megakadályozza az emlék újraélését azáltal, hogy a kliens egy elidegenedett nézővé válik, ami gyakran előfordul katasztrófák áldozatai és támadások átélői körében (McIsaac, Eich, 2004). Elméletileg az is lehetséges, hogy a megfigyelő perspektíva használata megakadályozza a trauma eseményének érzelmi feldolgozását. Az érzelmi feldolgozáshoz szükséges az intruzív emlékek affektív és kognitív komponenseinek az integrációja. A megfigyelő perspektíva alkalmazása megakadályozhatja az emlék affektív komponensének az integrációját azáltal, hogy gátolja, hogy az érzelmi komponensekhez hozzáférjen az egyén. Ennek oka, hogy ez a perspektíva inkább az eredeti tapasztalat konkrét és objektív részleteihez való hozzáférést serkenti, más szóval az internális fokalizáció helyett az externális fokalizációt állítja előtérbe (McIsaac, Eich, 2004).

Mivel az érzelmek aktiválása és az érzelmi információk integrálása kiemelten fontos az intruzív emlékek gyakoriságának a csökkentésében, ezért a megfigyelő perspektíva használata akadályozhatja az expozíció alapuló terápiák hatékonyságát (McIsaac & Eich, 2004), és hozzájárulhat az intrúziók fenntartásához mind PTSD-ben, mind depresszióban. Az intruzív emlékek mezőperspektívában való felidézése elősegítheti az emlékek érzelmi komponenseinek a feldolgozását, és ez az intrúziók ritkábbá válásához vezethet. Azok a pszichoterápiás technikák, amelyeket az érzelmi feldolgozás elősegítésére dolgoztak ki, az események érzel-

mi újraélését segítik elő és ezek mezőperspektívában gyakorolhatják a legerőteljesebb hatást. Az elidegenítő, érzelmi tompultsággal járó megfigyelő perspektívában előhívott emlékek gátolhatják ezt a folyamatot. Hasonlóan a rumináció tevékenységében is elkülöníthetünk két eltérő feldolgozási stílust: analitikus, kognitív síkon elakadó, maladaptív rumináció; élményalapú, újraélésen alapuló (tudatos jelenléttel járó), adaptív rumináció (Watkins, Moulds, 2005; Watkins, Teasdale, 2004).

Trauma és vizuális perspektíva használata

A traumaemlékek felidézésekor alkalmazott mindkét eddig tárgyalt perspektívának, mező- vagy megfigyelő, egyaránt vannak előnyei és hátrányai is. A megfigyelő perspektíva érzelmileg adaptívabb, mivel segíti abban az egyént, hogy újraélés nélkül tudjon szembenézni a traumával (Wilson, Ross, 2003). A harmadik személyű perspektíva lehetővé teszi az egyén számára, hogy sokkal objektívebben meg tudja figyelni a helyzetet és azt követően újra keretezze, átdolgozza és végül maga mögött hagyja a traumatikus tapasztalatot. Talán könnyebb részt venni az élmény újrakonstruálási folyamatában, amikor az egyén el tudja távolítani magát a traumához kapcsolódó érzelmi fájdalomtól.

A PTSD kognitív modelljei szerint az elkerülés, azaz a traumatikus élmény újraélésének elkerülése, fontos szerepet játszik mind a PTSD kialakulásában, mind a fenntartásában (Brewin, Dalgleish, Joseph, 1996). A traumaemlékek elkerülése korlátozza a traumaemlékek és társult érzelmek feldolgozását, ami fenntartja a PTSD-t. Ezt az elképzelést alátámasztják a traumához kapcsolódó tartalmak elkerülése és a PTSD közötti kapcsolatra vonatkozó kutatási eredmények (Dunmore, Clark, & Ehlers, 1999; Harvey, Bryant, Dang, 1998). Az elkerülés ellenére, a PTSD-ben szenvedő egyénekre a traumáikra való gyakori visszaemlékezés jellemzi (McMillen, North, Smith, 2000; Reynolds, Brewin, 1998). A traumatikus emlékekre való gyakori visszaemlékezés ténye felveti azt a kérdést, hogy a traumaemlékek gyakori expozíciója miért nem vezet feldolgozáshoz és megoldáshoz. Az egyik lehetséges válasz a szakirodalom szerint az, hogy a PTSD-ben szenvedő személyek a megfigyelő perspektíva használatával minimalizálják az emlékek érzelmi hatását. Kenny és munkatársai (2009) 1101 balesetet átélt személyt vizsgáltak meg a balesetet követő 1–47 napon belül, és ezek közül 947 képes volt azonosítani a traumaemlékek nézőpontját. A PTSD tüneteit strukturált klinikai interjúval mérték fel. Majd ugyanezt a procedúrát végrehajtották 12 hónap múlva is. Azt az 54 embert, akiknél nem volt egyértelmű, hogy melyik nézőpontban idézték fel az emléket, kizárták a későbbi elemzésből. Az elemzésben maradt személyek 86%-a első személyű nézőpontot használt, 14%-a megfigyelő nézőpontot használt az emlékek felidézésekor. 12 hónap után 80% első

személyű, és 20% megfigyelő nézőpontot használt. A megfigyelő perspektíva használata az első vizsgálati időpontban a PTSD nagyobb fokú tünetsúlyosságával járt, mint az első személyű perspektíva használata. Sőt, 12 hónap múlva megkétszerezte annak valószínűségét, hogy valaki PTSD-ben szenvedjen. Akik az első személyű perspektívából a megfigyelő perspektívába váltottak, egy év múlva súlyosabb PTSD-tüneteket mutattak. Ez az eredmény arra utal, hogy a megfigyelő perspektíva használata előrejósolja a későbbi PTSD kialakulását, és trauma után az első személyű perspektíva használatának bátorítása esetleg jó hatással lehet a traumaemlékek érzelmi feldolgozására. Az egyik leghatásosabb kezelése a PTSD-nek az expozíciós terápia, amelyben azt kérik a résztvevőktől, hogy első személyű perspektívában idézzék fel az emlékeket (Bryant és mtsai, 2008). Későbbi kutatás tárgya lehet, hogy ha a terapeuták célzottan befolyásolják, hogy a traumaemlékek előhívásakor a kliensek egyik csoportja az első személyű, míg a másik csoportja a megfigyelő perspektívát használja, az hogyan befolyásolja a PTSD-tünetek alakulását.

Összefoglalás

Könyvünk a terapeuta és a kliens narratív interakciójának, pontosabban a narratívperspektíva-váltásnak a változásban játszott szerepét vizsgálja. Feltetésünk szerint a pszichoterápia hatására bekövetkezett változás egyik oka az, hogy a kliens elsajátítja a terapeuta által felkínált perspektíva-váltásokat, így egy új implicit figyelemirányítási készségre tesz szert, amely befolyásolja azt, hogy önmagáról milyen képet alkot. A *tapasztaló én* vagy a *működő szelf* változásának a folyamatát próbáljuk megragadni a narratívperspektíva-váltások kölcsönös szabályozásának az elemzésével. A terapeuta számára csak a kliens *megtapasztalt önmagára* és a *megtapasztalt másokra* vonatkozó önéletrajzi emlékeinek az elbeszélései hozzáférhetőek, és intervenciói hatása ezen elbeszélések módosulásában érhetőek tetten. A narratív perspektíva nyelvi alkotóelemei befolyásolják az emlékek előhívását, és segítik az önéletrajzi emlékezeti struktúrák közötti navigálást. Bemutattuk, hogy az önéletrajzi emlékek előhívása milyen érzékeny a társas kontextusra és az intervenciók megfogalmazására. Tisztában vagyunk módszerünk korlátaival, hogy elemzéseink kizárólag a kliens nyelvi leg kifejezett megnyilvánulásaira alapulnak, és a kliens nyelvi ki nem fejezett tapasztalatait, tudattalan folyamatait, illetve megfigyelhető viselkedése kimarad az elemzésünkéből. Fejezetünkben próbáltuk bemutatni a nyelvi viselkedés hátterében álló önéletrajzi emlékezeti struktúrákat és azok szervező elveit. Ezzel az volt a célunk, hogy bemutassuk, a narratívperspektíva-váltás milyen kognitív struktúrákat aktivál, és ezeknek mi a funkciójuk az önéletrajzi emlékek és a szelf rekonstrukciójában.

Csak olvasható

A pszichoterápiás folyamat kutatása szövegközeli módszerekkel – új módszer az interakció vizsgálatához

2.

A terápiás folyamat vizsgálatának jelentőségét napjainkban kevés klinikai szakember vitatja. A terápiás folyamat és hatékonyság vizsgálata, és ennél fogva az evidencián alapuló terápiás beavatkozások használatának előnye, hogy egy adott lelki probléma esetében különféle betegcsoportok részére specifikus kezelési módszerek kerülhetnek kidolgozásra. A Norcross és Wampold (2011), valamint Roth és Fónagy (1996) által megfogalmazott kérdésfelvetés: *What works for whom?*¹ óta kiderült, hogy nemcsak a kutatók, de a terápiás kezelés szolgáltatói és igénybevevői szempontjából is fontos kérdés a megfelelő terápiás módszer kiválasztása, amely figyelembe veszi a kliensek közötti egyéni különbségeket és az egyénre szabott szükségleteket.

A terápiás kezelések történetében ez a mintegy húsz évvel ezelőttre datálható irányzatnak, az evidenciaalapú kezelési módszerek alkalmazásának kitétele, hogy az adott kliens számára a pszichés probléma vagy diagnosztikai kategória alapján igazoltan működő módszereket alkalmaznak. Más szóval az irányzat képviselői arra törekednek, hogy a klinikai gyakorlatot átfogó kutatásokra alapozzák. Az evidencián alapuló kezelés a legjobb kutatási eredményeket párosítja a klinikai szakértelemmel, a kliens személyiségvonásaival, értékrendjével (kulturális értékek, vallás stb.), és preferenciáival (például a terapeuta neve).

Ezen túlmenően a kezelés megkezdésekor figyelembe veszik a kliens pszichés felkészültségét a változásra. Ebből a szempontból Prochaska, Norcross és Diclemente (1995) 6 fokozatot különít el: a fontolgatás előtti stádium, megfontolás, felkészülés, cselekvés, fenntartás és befejezés stádiumait. A fontolgatás előtti szakaszban a kliens még nem ismeri fel a problémát, nem áll készen a változásra. A megfontolási szakaszban megtörténik a problémával való szembesülés. A kliens változást szeretne, de nem tudja, hogyan érhetné el célját. A felkészülés szakaszában a kliens és a terapeuta részletes terveket készítenek a változás eléréséhez, míg a cselekvés szakaszában megvalósul az új viselkedés, a változás. A fenntartás szakaszában az új viselkedés megtartása még tudatos erőfeszítést igényel, míg a befejezés szakaszában már állandósult a változás. A terápiás kezelés megkezdése előtt a változási készség stádiumának megfelelően válogatnak a különféle terápia típusok között.

1 Magyarul: Kinél mi működik?

Összességében elmondható, hogy az evidenciaalapú megközelítés felhívta a figyelmet a pszichoterápiás kezelési módszerek kutatásának fontosságára. A következőkben röviden összefoglaljuk először Wallerstein történeti alapú felosztását a pszichoterápiás folyamat vizsgálati módszereiről, majd ezt követően Thomä és Kächele módszertani alapú felosztását ismertetjük. Az alábbiakban a szövegközeli kutatások ismertetése – ezen belül a diskurzív interaktív megközelítések valamivel részletesebb leírása – következik, majd ezek között elhelyezzük saját megközelítésünket.

Wallerstein elmélete a pszichoterápiás kutatásról

A pszichoterápiás módszerek vizsgálatában a célkitűzés szempontjából két nagy csoportot különíthetünk el (Wallerstein, 1986, 1988a, 1988b, 1995, 2005). Az első csoportba tartoznak azok a vizsgálatok, amelyek a terápiák hatékonyságát a kliens javulásának függvényeként, vagyis a végeredmény alapján vizsgálják, és arra kérdeznék rá, hogy miben tapasztalható javulás az adott terápia végére a kezdetekhez képest. A másik csoportba azok a vizsgálatok tartoznak, amelyek magát a terápiás folyamatot veszik górcső alá, és a változás mikéntjére kérdeznék rá, vagyis arra, hogy hogyan és milyen terápiás módszerek, intervenciók segítségével volt elérhető a kliens javulása. A kétféle kérdésfeltevés, ahogy Wallerstein is felhívja rá a figyelmet, a gyakorlatban nem egykönnyen vizsgálható egymástól függetlenül, hiszen amennyiben a terápia végeredményére fókuszálunk, meg kell állapítanunk az eredményesség kritériumát, amihez mindenképp szükségünk van valamiféle koncepcióra a betegség természetét és a változás folyamatát illetően. Ugyanakkor, amennyiben a terápiás folyamatot vizsgáljuk, és a kiválasztott változók közötti változást jelentő mintázatokat hasonlítjuk össze a terápiás folyamat több időpontjában, akkor rövid és hosszabb távon az adott terápia eredményességét vizsgáljuk.

Wallerstein történeti alapon a pszichoterápiás folyamat vizsgálatának négy generációját különítette el. Az első generációs vizsgálatok 1917-ben kezdődtek, módszertani jellegzetességük a sikeres és kevésbé eredményes terápiáknak a kezelő terapeuta által történő megítélésén, majd a számszerűsített kategóriák statisztikai összegzésén alapult. Ide sorolható Coirat (1917), Fenichel (1930), Ernest Jones (1936), Alexander (1937), Kessel és Hyman (1933), Knight (1941) Menninger Klinikai vizsgálata, A Central Fact Gathering Committee of the American Psychoanalytic Association (Hamburg, és mtsai, 1967) összegző vizsgálata, és Feldman Kaliforniai vizsgálata (1968).

A második generációba tartozó vizsgálatok szisztematikusabb összesítő módszereken alapultak, a kezelő analitikus szubjektív megítélése helyett kér-

dőívek segítségével, skálákkal mérve értékelték ki a kliens állapotát a terápia kezdeti és későbbi vagy végső szakaszában, valamint több ide tartozó kutatás évekkel később megismételt követő vizsgálatokkal összesítette a hosszú távú változást. A második generációs kutatások közé tartoznak a viszonylag nagy mintával dolgozó amerikai kutatások, ahol a terápiát követően szupervíziós beszélgetéseket folytattak a kliensekkel, s ez alapján determinálták a terápia sikerességét. Ide tartoznak például a Boston (Sashin és mtsai, 1975), és a Columbia (Bachrach és mtsai, 1985; Weber és mtsai, 1985a, 1985b, 1985c), valamint a New York (Erle, Goldberg, 1979, 1984) pszichoanalitikus intézetek által folytatott vizsgálatok, valamint a kis számú individuális vizsgálatokon alapuló New York-i (Pfeffer, 1959, 1961, 1963), San Franciscó-i (Norman és mtsai, 1976; Oremland és mtsai, 1975) és a chicagói (Schlessinger, Robbins, 1974, 1975, 1983) kutatások.

A harmadik generációt a két fenti technika ötvözése, a terápiás folyamat és hatékonyság vizsgálatának kombinálása jellemzi. Az ide tartozó vizsgálatok, mint például az újabb Boston Psychoanalytic Studies kutatásban (Kantrowitz és mtsai, 1986; Kantrowitz, 1996), és a Menninger Alapítvány Psychoanalytic Research Projectjében (Wallerstein, 1986, 1988b) egy olyan tesztsomagot alkalmaztak, mely kutatásokban az érzelmi hozzáférhetőséget és modulációt, a tárgykapcsolatokat, a valóságtesztelés megfelelőségét, és a változásra való motivációt összegezték. Ezenkívül egy évvel a kezelés befejezése után megismételték a teszteseteket, és interjúkat készítettek a kliensekkel és a kezelő terapeutákkal, amit 5-10 évvel ezt követően megismételtek.

Végül, a negyedik generációs kutatások többsége a terápiás folyamat vizsgálatára fókuszál, vagyis arra, hogy miként valósul meg a személyiség strukturális változása a terápiás kezelés folyamán és annak eredményeképpen. Ezek a kutatások a terápiás ülések vizuális és hangrögzítésére alapulnak, mely technika segítségével lehetővé vált a terápiás folyamat pillanatról pillanatra történő mikroelemzése. Az így nyert adatbázisokat aztán különféle módszerekkel, többek között automatizált tartalomelemző módszerekkel is vizsgálják. A negyedik generációs kutatások kérdésselvetésében az az igény tükröződött, hogy a különböző tünetek, általános jóllét, és bizonyos viselkedési mintázatok mérésén túlmutató módszereket dolgozzanak ki, amelyek az ezeket megalapozó személyiség szerkezeti vonásait, valamint a terápia során bekövetkező szerkezeti változásokat is mérni tudják. Ilyen kutatásokat foglaltak össze például Dahl és Teller (1994) kutatásai, a Dahl és munkatársai által szerkesztett *Psychoanalytic Process Research Strategies* (1988) című könyv, valamint a Thomä és Kächele által vezetett Ulmi kutatócsoportnak az Ulmi szövegbank elemzéseivel foglalkozó vizsgálatai (Thomä, Kächele, 2006). Ide tartoznak még Wilma Bucci (1997, 2000, 2002a, 2002b), Mergenthaler (1996, 2002) kutatásai, valamint saját modellünk; a NP szerepét a terápiás diskurzusban vizsgáló kutatásunk szintén a negyedik generációs folyamatkutatások közé sorolható.

Thomä és Kächele: a terápiás folyamat kutatásának módszertani kategóriái

Thomä és Kächele (2006) Sargent (1961) javaslatát követő módszertani megközelítésükben 4 típusát különítik el a pszichoanalitikus terápiás folyamat vizsgálatának, melyet *Pszichoanalitikus Terápia* című magyarul is megjelent könyvükben fejtenek ki:

- 1. típus: klinikai és esettanulmány**
- 2. típus: szisztematikus klinikai leírás**
- 3. típus: koncepciózus klinikai becslési folyamatok**
- 4. típus: nyelvészeti és számítógépes szövegelemzések**

A terápiás folyamat vizsgálatának e négy módszerét a szerzők egyfajta progresszív sorrendben sorolják fel – vagyis az objektivitás és hatékonyság szempontjából az első módszert tekintik a legkezdetlegesebbnek, míg a negyediket a legelőrehaladottabbnak, amivel jelen írás szerzői nem feltétlenül értenek egyet.

A klinikai és esettanulmány a személyiség egyedi problémáira és kezeléstörténetére összpontosít, ugyanakkor az egyedi esetből általánosan érvényes következtetések levonására törekszik. Ide sorolhatóak Freud eredeti esettanulmányai, mint például a Kis Hans esete vagy a Patkányember. A klinikus saját leírása betegéről azt a nézőpontot mutatja be, ahogy a terapeuta a kezelés során megélte és értelmezte kliense problémáit, ami természetesen egy szubjektív leírást jelent, ugyanakkor a terapeuta mint „részlet vevő megfigyelő” leírása hitelesség és ökonómiai validitás szempontjából előnyt élvez más módszerekkel szemben. Az egyedi eset általánosíthatósága pedig az esetből levont következtetések absztrakciós szintjének függvénye.

A kutatás következő szintje Thomä és Kächele szerint a szisztematikus klinikai leírás, ami általános kezeléstechnikai szempontok alapján strukturálja az esetleírásokat, mint például különféle diagnosztikai leírások, jelen külső élethelyzet, jelenlegi kapcsolatok, tünetterület, szexualitás, tárgykapcsolatok, kapcsolat az analitikussal és így tovább. Ez a módszer szisztematikussága miatt lehetővé teszi az esetleírás más esetekkel történő összevetését, ugyanakkor kizárja a viszontáttételi jelenségek ismertetését, mivel a terápiában expliciten megfogalmazott anyagokból (jegyzőkönyv, hangfelvétel) indul ki.

A harmadik típusú kutatási módszerek a „koncepciózus klinikai becslési folyamatok”, mely címszó alatt különféle szövegközeli kutatási módszereket tárgyalnak a szerzők. Ezeknek a módszereknek a segítségével az analitikus terápiák hangrögzített anyagának átíratán végeznek elemzéseket, melyek egy adott problematikus téma alapján jellemzik a terápiás ülést, valamint mérik a kliens pszichés struktúráinak hosszú távú terápiás változását. Ebbe a viszonylag tág ka-

tegóriába tartozik a Core Conflictual Relationship Theme² (Központi Kapcsolati Konfliktus Téma) módszere (Luborsky, 1977). Ez a módszer feltételezi, hogy van egy központi kapcsolati probléma, mely meghatározza a kliens interperszonális viszonyulásait, s ennek megváltoztatása a terápia célja. Szintén ide sorolható a Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures (Alapvető ismételt és maladaptív érzelmi válaszok) (Dahl, Teller, 1994) módszere. Ez a módszer a narratív elemzés egy formája, mely beazonosítja a változatlan, ismétlődő szerkezeti elemeket a kliens történeteinek érzelmi jellemzőiben. Megemlíthetjük még a Plan Formulation Method (Tervelemzés) (Weis és mtsai, 1986) módszerét. Ez a módszer a tudattalan elhárító folyamatokat vizsgálja, feltételezve, hogy a terápia célja a nagyobb kontroll elsajátítása ezek felett. Szintén ide sorolhatók az olyan narratív pszichológiai kutatások, amelyek a kliensre fókuszálva, a strukturális változásokat bizonyos narratív szerkezeti sajátosságokhoz kötik (például Pennebaker, 2001; Stephenson, László, Ehmann, Lefever, Lefever, 1997).

A koncepciózus klinikai becslési folyamatok közé tartoznak a terápiás interakció kutatására kidolgozott módszerek is, melyek átfogó folyamatskálákat, a terápiás diskurzus mérésére alkalmas skálákat, a terapeuta intervencióinak hatását vizsgáló módszereket jelentenek. Ide sorolható a Psychotherapy Process Q-set (Q-típusú elemzés) (Jones, 2000), a Comparative Psychotherapy Process Scale (Blagys, Hilsenroth, 2000, 2002), az Analytic Process Scale (Waldron és mtsai, 2002, 2004), a Therapeutic Cycles Model (Mergenthaler, 1996, 2002), valamint a referenciális folyamatok különféle mérései (Bucci, 1997, 2002). Mivel jelen kutatás a terápiás interakcióra fókuszál, az utóbbi kategóriába tartozó vizsgálati módszerekkel érdemes részletesen megismerkedni.

Jonnes Q-típusú elemzése, egy 100 itemből álló állításrendszer, olyan kijelentésekkel, mint „a dialógus egyik fókusza az énkép”, vagy „a kliens beszél arról, hogy elválni vagy távolságot tartani akar a terapeutaától”. A kiértékelő, képzett kutató az ülés átirata alapján a kliens-terapeuta interakcióit megítélve egy hatfokú skálán jelöli meg, hogy az adott item mennyire jellemzi a klinikai anyagot, vagyis hat kategóriába szortírozza a leírásokat. Az itemek között szerepelnek olyanok, melyek leírják a kliens vagy terapeuta viselkedését vagy cselekedeteit és magatartását, valamint olyanok, amelyek a kliens és terapeuta közti interakciót ragadják meg, mint a fenti példa is mutatja. A Q-típusú elemzés a terápiás folyamat bizonyos aspektusainak kiértékelése, valamint a kliens viselkedésének hagyományosabb tünetkategóriákba történő besorolása alapján működik. Több nyelven megjelent változatai magas inter-rater reliabilitást, item reliabilitást, diszkriminatív és prediktív validitást mutatnak.

A Comparative Psychotherapy Process Scale (Összehasonlító Pszichoterápiás Folyamat Skála) a pszichodinamikus interperszonális terápiát hasonlítja össze a

2 A Központi Kapcsolati Konfliktus Téma módszerét a 12. fejezetben tárgyaljuk részletesen.

kognitív behaviorista terápiával. Ítemei a mindkét terápiatípusra jellemző kulcsfontosságú jellemzőket külön alskálákon tartalmazzák. A pszichodinamikus ítemek az affektus, és érzelemkifejezésre, az interperszonális élmény minőségére, a korai tapasztalatokra, a központi problematikus témák beazonosítására, az álom- és fantáziavilág jellemzésére, valamint az elkerülés-ellenállás jellemzésére irányulnak. A behaviorista és kognitív ítemek a gondolkodási mintázatok és vélekedésszisztemek beazonosítására, az oktatói skillekre, a házi feladatokra és az adott ülés tevékenységének irányára fókuszálnak. A CPPS ítemeit a raterek egymástól függetlenül, teljes ülések videófelvétele alapján kódolják le. A modell magas inter-rater és inter-item reliabilitása kimutatható volt mindkét alskála kapcsán. Mivel a módszer viszonylag új, átfogó vizsgálatokat még nem végeztek vele, magyar változat sem készült.

Az Analytic Process Scale (Analitikus Folyamat Skála) különféle változói az analitikus és a kliens beszédsgzgmenseiben a kapcsolathoz való hozzájárulásukat vizsgálják, központi fontosságú, élményközeli, klinikai nyelven megfogalmazott módon. Rövid tréning után tapasztalt analitikusok könnyen elsajátították a módszert. További tesztelése folyamatban van, magyar változat még nem készült.

A felsorolt vizsgálati módszerek közös jellegzetessége, hogy terápiás elméletekből levezetett komplex konceptuális kategóriák alapján osztályozzák a terápiás interakció jellegzetességeit, mely kategóriák diskurzív-kognitív szempontból nem kapcsolódnak szorosan a kommunikáció nyelvi szerkezeti jellemzőihez, ehelyett nagyobb egységek átfogó tartalmi összefüggéseit írják le.

Ezzel szemben Thomä és Kächele által a negyedik típusba sorolt kutatások – általában a nyelvi módszerekkel dolgozó diskurzus és narratív elméleteken alapuló vizsgálatok – közös jellemzője, hogy magának a szövegnek a tulajdonságaira alapozva hoznak létre elemzési kategóriákat, és ezeket manuális vagy számítógépes kódolási módszerekkel összesítik a szövegben.

Ez utóbbi elmondható a korábban említett Therapeutic Cycles Modelről is. Ide tartoznak még a terápiás interakciót különféle diskurzív nyelvészeti elemző módszerrel vizsgáló kutatások (például Peräkylä és mtsai, 2008; Labov, Fanshel, 1977; Ferrara, 1994). Ezek a vizsgálatok az esettanulmányokkal és szisztematikus esetleírásokkal ellentétben nem a teljes kezelés folyamatáról vagy hatékonyságáról számolnak be. Ehelyett egy másfajta betekintést nyújtanak a terápiás interakcióba (Péley, 2008), amit az alábbi összehasonlító táblázatban foglaltunk össze (2.1. táblázat).

Diskurzus-interakción alapuló megközelítések

Elméleti kérdésfelvetését tekintve a perspektívaváltás szabályozó szerepének vizsgálata a terápiás folyamatban a folyamatvizsgálatokhoz sorolható, mivel célja

2.1. táblázat. A szövegközeli pszichoterápiás folyamatkutatás két fő típusa

A vizsgálat	Koncepciózus folyamatkutatási módszerek	Diskurzív, nyelvészeti elemzések
Cél	az eredeti konstruktum alapján történő tartalomelemzés	a konkrét interakciós mintázatok és interakciós gyakorlat feltárása
Fókusz	a kezelés teljes időtartama vagy hosszú távú megfigyelt szegmense	a terápiás interakció pillanatról pillanatra, a megnyilvánulások lépésről lépésre történő leírása
Adatok	pszichoterápiák hangrögzített, vagy videórögzített lejegyzett anyaga	pszichoterápiák hangrögzített, videórögzített lejegyzett anyaga
Módszerek	deduktív módszer	induktív módszer

a narratív interakció során a NP változásának lépésről lépésre történő nyomon követése, valamint a terapeuta interaktív szabályozó viselkedésének vizsgálata. Ugyanakkor a NP diskurzív vizsgálata a wallersteini besorolás negyedik generációs kutatásai közé tartozik, míg módszertani szempontból a nyelvi elemzésen alapuló, diskurzus-interakciót nyelvészeti eszközökkel vizsgáló kutatásokhoz (Thomä és Kächele szerint a 4. csoport), ezért a fejezet további részében ezeket a kutatásokat fogjuk röviden ismertetni.

A pszichoterápiák diskurzusalapú megközelítésének története a 60-as évekig nyúlik vissza, amikor Pittinger és munkatársai 1961-ben megjelentették *The First Five Minutes*³ című könyvüket (Pléh, 2012). A könyvben az első interjú hangrögzített anyagát elemezték lépésről lépésre. Céljuk az volt, hogy megértsék és tudományos eszközökkel leírják, hogy valójában mi is történik az első interjú interakció során. Pittinger és munkatársai az implicit jelentéseket vizsgálta a diskurzusban, lexikai választások, prozódia (tónus, hangerő, beszédsebesség) tanulmányozása során. Motivációjuk nem pusztán tudományos kíváncsiság volt, fontosnak tartották a kérdést a terapeuták képzésének szempontjából is. Ugyanakkor ez a munka módszertanában és kérdésfeltevésében is megalapozta a későbbi diskurzusalapú terápiás szövegelemzéseket.

Peräkylä és munkatársai (2008) egy összefoglaló tanulmányukban a téma egyik úttörő kutatásaként Scheflen (1973) vizsgálatát jelöli meg. A szerző a terápiás interakció nonverbális kommunikációs aspektusait vizsgálta egy családterápiás helyzetben, konkrétan a testtartást és pozitúraváltásokat. Scheflen kimutatta, hogy a beszélők a prozódiával összefüggően szem-, fej- és kézmozgások közötti koordinációt valósítottak meg. A testtartásokat és gesztusokat kommunikatív jelentésük alapján elkülönítve különféle pozitúrákat írt le, és kimutatta, hogy az egyes beszélők testtartás-változtatása összefüggést mutatott az interakciós partnerek között.

³ Az első öt perc.

Labov és Fanshell (1977) volt a következő szerzőpáros, akik hozzájárultak a pszichoterápiás diskurzus vizsgálatához. Könyvükben (*Therapeutic Discourse: psychotherapy as conversation*) egy pszichodinamikus terápiás ülés 15 percének hanganyagát elemzik, egy évészavarban szenvedő klienssel. Az általuk alkalmazott módszer az interakció keresztmetszeti vizsgálata: a diskurzus különböző szintjeinek elemzését foglalja magába. Kezdve az interakció kereteinek meghatározásától – a tágabbtól a szűkebb diskurzus kontextusok felé haladva: terápia, ülés, narratívum, családi stílus – a fonológiai markerekig. A Labov és Fanshell által meghatározott elemzési szintek a következők:

1. Paralingvisztikai támpontok: hangmagasság, intonáció, beszédtempó, sírás, köhögés, nevetés stb., ezek a nonverbális érzelm kifejezés eszközei (például feszültség, idegesség).
2. Propozíciók: kijelentések, állítások, amelyek az elhangzott kommunikáció esszenciáját teszik ki. A propozíciók kiterjesztése adja meg a beszélgetés jelentését.
3. Interakció: Milyen cselekedetet hajtunk végre azzal, amit mondunk; amire a beszélők valójában gondoltak (a valójában legmélyebb értelmében).

Beszédaktusok leírása: magának a beszédnek a szabályozásával kapcsolatos aktus, amikor a beszélő mást is csinál, mint hogy beszél, amikor éppen sorra kerül. A beszédaktusok maguk is több rétegből állnak. Labov és Fanshell négy alaptípusát különbözteti el a beszédaktusoknak: a) metanyelvi, b) reprezentációs, c) kérés és d) kihívás.

A terápiás beszélgetés e rétegeinek elemzése során olyan, terápiás szempontból klasszikusnak számító problémákat vizsgáltak, mint az érzelmi állapotok és az elfojtás.

Labov és Fanshell nyomdokait követve Ferrara (1994) a társalgáselemzés (conversation analysis, CA) módszerét használva egy nagyobb adatbázist vizsgált, összesen 48 ülést, amit hat különböző terapeutától és tíz klientsől gyűjtött össze Texas államban, az USA-ban. Ferrara a terápiás interakció általa jellegzetesnek tartott diskurzustevékenységeit elemezte, mint például egy adott élettörténet újramondását a terápia egy későbbi időpontjában, a kliens megnyilvánulásainak ismétlését a terapeuta részéről, az álomfeldolgozást, a terapeuta metaforahasználatát és a „közös produkciónak” nevezett stratégiát. Ez utóbbi összetartozó megnyilvánulásból áll, ahol az egyik beszélő kijelentését a másik beszélő szintaktikailag és szemantikailag konzisztens módon kiegészíti, befejezi. Ferrara munkájának célja túlmutat a terápiás diskurzusra vonatkozó leíráson: a pszichoterápiát kulturális gyakorlatként értelmezi, és annak, mint munkahelyi diskurzusnak a tanulmányozásával a diskurzuselemzés ezen területéhez kíván hozzájárulni.

Peräkylä, Antaki, Vehviläinen és Leudar (2008) szintén a CA módszerét használták vizsgálataikban. Az általuk szerkesztett kötet 11 független fejezete psi-

choanalitikus, narratív, és gyermek-csoportterápiás ülések vizsgálatával foglalkozik. A fejezetek a terápiás diskurzus számos aspektusát megvizsgálják, mint például azt a kérdést, hogy a terapeuta miként fogalmazza újra a kliens szavait, hogyan reagál a kliens a terapeuta interpretációira, miként jelenik meg, és mi a funkciója a lexikai behelyettesítésnek a terapeuta újfogalmazásaiban, hogyan nyilvánul meg az affektus a terápiás üléseken, hogyan küzdi le a kliens saját ellenállását a terapeuta segítségével, és így tovább. Több fejezet érinti a CA módszer és pszichoanalízis viszonyát is, valamint, hogy a terapeuták miként vélekednek a CA megközelítésről, és miért lehet számukra hasznos.

A CA megközelítésről most részletesebben szót ejtünk, hiszen ez a megközelítés áll legközelebb saját kutatási módszerünkhöz a felsoroltak közül. A CA megközelítés célja, hogy a pszichoterápiás gyakorlat jellegzetes interakciós mintázatait definiálja és elemezze. A CA közel áll a szociológiai megközelítésekhez és az etnográfiai módszerekhez (Garfinkel, 1967), amennyiben a hétköznapi nyelvhasználatot vizsgálja, és ennek különféle interakciós helyzetekhez kötött leírását adja. A CA módszer lényege a kommunikáció szekvenciális elemzése. Peräkylä és munkatársai megfigyeléseiket az interakció egymást követő szekvenciáira alapozzák, azzal a céllal, hogy felfedjék a résztvevők szerepét ezeknek az alapvető mechanizmusoknak a létrejöttében. A legalapvetőbb ilyen mechanizmus az ún. Turn Construction Unit (TCU) megvalósítása, amit először a társalgás beszélőváltás műveletének leírására használt Sacks (Sacks és mtsai, 1974). A TCU eszerint egy olyan beszédsegment, mely önmagában teljes, s mint ilyen, lehetővé teszi a következő beszélő megszólalását. Ford és Thompson részletesebb definíciót dolgozott ki a TCU-ra három egymással interakcióban lévő paraméter alapján. Ezek a prozódiai, szintaktikai és pragmatikai befejezettség fogalmát vonják be a TCU vizsgálatába.

Peräkylä és munkatársaival szemben azonban saját kutatásunkban egy formálisan definiálható egységet, az intonációs egységet vettük alapul a terápiás diskurzus elemzéséhez. A TCU-hoz képest ez egy rövidebb beszédsegment, amit egy jellegzetes végső intonációs kontúr és rövid szünet is határolhat, és választhat el a következő intonációs egységtől (Chafe, 1994; Clark, 1996; Németh, 1996).

Az intonációs egység a beszédprodukció és megértés kognitív-diskurzív egysége, amennyiben a beszélgetés során a közös figyelmi helyzetben a hallgató és beszélő figyelme egyidejűleg erre a beszédsegmentre irányul. Chafe (1994) szerint az intonációs egységet egyfajta kognitív kényszer határolja be, ami meghatározza az egység maximális hosszát. Ez a limit a beszélő és hallgató elméjében rövid időtartamon belül aktiválható információ mennyiségére vonatkozik, ami nagyjából megfelel az egy tagmondatban megjeleníthető információnak. Minden egyes intonációs egység tehát egy adott mennyiségű információt verbalizál, ami része a beszélő mentális valóságának, melyre figyelme az adott pillanatban fókuszál. A hallgató figyelme ugyanakkor, egy kis késéssel szintén erre az egységre fókuszálódik. Ez a folyamat a beszélő és hallgató figyelmének egy dinamikus, egymást szorosan követő aktivációját adja.

A intonációs egység e két jellemzője – a formai meghatározottság és a figyelmi folyamatban játszott szerepe – kutatásunk szempontjából alkalmassá teszi ezt az egységet a beszédfolyam tagolására. Ugyanakkor az intonációs egység használatának további előnye, hogy minden intonációs egység egy adott nyelvi perspektívát jelenít meg. A NP-t tehát az egyes intonációs egységen tudjuk értelmezni. Kivételt képeznek ez alól a máshova nem tartozó, szabad és töredékes intonációs egységek, vagy például a terapeuta minimál válaszai (hm, ühüm, aha), amelyek nem jelenítenek perspektivikus információt, ezért a NP-t ezekre nem tudjuk értelmezni.

Jelen megközelítés újdonsága és előnyei

A fenti módszereket összevetve a narratív perspektíva diskurzusszabályozási szerepének vizsgálatával kapcsolatban azt mondhatjuk, hogy vizsgálati módszerünk több szempontból is újat hoz a fent vázolt módszerekhez képest. Modellünknek ezek az előnyös tulajdonságai következnek:

1. Eddig szisztematikusan nem vizsgált jelenséget, a perspektívaváltás terápiás interakcióban betöltött szabályozó szerepét vizsgálja.
2. A narratív perspektíva általunk kidolgozott modellje a terápiás folyamat szempontjából releváns változókat vizsgál, melyek segítségével leírható a szelf szerkezeti átalakulása a pszichoanalitikus kezelés során, és ezen keresztül az élettörténetek újraírási folyamata;
3. Objektív, kognitív és diskurzív módon definiálható elemzési egységre épül: az intonációs egységre, ami lehetővé teszi, mint ahogy e kötetben bemutatjuk, mind a kvantitatív, mind pedig a kvalitatív elemzést;
4. Az elméleti konstruktum és az elemzési egység egymást kiegészítő (kongruens) viszonyban áll: az elmélet az egy intonációs egységre definiált NP figyelmi és érzelmi szabályozó szerepét vizsgálja;
5. Az elemzési módszer segítségével lehetővé válik a terápiás interakció lépésről lépésre történő nyomon követése, valamint a terápiás intervenciók hatásának nyomon követése a NP-váltások tükrében;
6. A modell egy általános, kognitív elméleteken alapuló kommunikációs elméletet alkalmaz a terápiás diskurzus vizsgálatára, az élettörténetek terapeutával közös újraírását, konkrétan a narratív interakciót vizsgálja.
7. Az alkalmazott módszer a fenti módszerekhez képest könnyebben elérhető, magyar nyelvre kidolgozott, viszonylag egyszerűen elsajátítható módszer, amit mind gyakorló klinikusok, mind pedig kutatók elsajátíthatnak a kódolási kézikönyv alapján.

Az 1. és 4. ponttal kapcsolatban megemlítendő, hogy a NP-váltás diskurzív szabályozó szerepét a terápiás diskurzusban még nem vizsgálták empirikus, kvantitatív módszerekkel. Ennek a vizsgálati módszernek az újdonsága és ugyanakkor erőssége is az, hogy egy konkrétan meghatározott nyelvi kommunikációs egységhez kapcsolja a terápiás diskurzus pillanatról pillanatra bekövetkező érzelmi és figyelmi változásait, valamint ennek szabályozását.

A 2. ponttal kapcsolatban az ún. szegmentálási probléma kérdésére vonatkozóan – ami az elméleti kategóriáknak a terápiás szövegen történő értelmezésével függ össze – Wilma Bucci (2005) így ír:

This methodological problem, which may appear mundane and technical, has been a central challenge for collaborative research. At present, the field relies mainly on either segmentation by idea units (Stinson, és mtsai, 1994), which requires agreement on boundaries by judges prior to scoring and is thus relatively labor intensive, or arbitrary computerized segmentation by word blocks, which cuts across unit boundaries, and do not adequately reflect the actual patterns of the clinical interaction.⁴ (325. o.)

Míg tehát a fenti vizsgálatok alapvető elemzési kategóriáit a terápiás szövegek átiratán belül nehezen meghatározható és egymással nem összeegyeztethető szegmentumok képezik, addig a jelen kutatásban a narratív perspektívát egy, a diskurzív elmélettel és a NP szabályozó szerepével elméleti szinten egybevágó élőbeszéd-szegmentálási alapegység használatával közelítjük meg. Ez az egység az intonációs egység. Amennyiben szegmentálási módszerünk reliabilitását a magas megbízhatóságát inter-rater adatok igazolják, egy olyan, más területeken már elismert elemzési egység használatát vezetnénk be a klinikai interakció elemzésének kutatásába, amelynek két előnye is van. Egyfelől kognitív megalapozottsággal bír a beszédfeldolgozás szempontjából, másfelől rövid, viszonylag kevés gyakorlással jól elsajátítható és már a kutatás korai szakaszában, a lejegyzés idején alkalmazható.

A 3. ponttal kapcsolatban a NP-modell alkalmazása, más narratív módszerekhez hasonlóan (Bucci, 2005), a szöveg szerkezeti tulajdonságait alapvető kognitív és kommunikatív funkciókkal párosítja, úgy, mint a figyelmi és érzelmi szabályozás, melyek nem kötöttek egy adott terápiás elmélet vagy módszer alkalmazásához. Ugyanakkor az elmélet újdonsága, hogy a nyelvhasználaton keresztül a beszélő kognitív állapotváltozásait pillanatról pillanatra követi nyomon, vala-

4 Ez a módszertani probléma, bár hétköznapi és technikainak tűnik, a kutatási összefogások központi nehézsége. Jelenleg a területen vagy a gondolati egységet (Stinson és mtsai, 1994) használják a szöveg szegmentálására, amely megköveteli az ítézők egyetértését a határok megállapításában már a kódolás előtt, és ennél fogva viszonylag munkaigényes, vagy önkényesen meghatározott szövegblokkokat különítenek el számítógépes módszerrel, ami átvágja az egységek határait, és nem tükrözi megfelelően a klinikai interakció valóságos mintázatait.

mint az, hogy a terapeuta szerepét és kliensre gyakorolt hatását a kliens azonnali reakciójából szintén ki tudjuk mutatni. Ez által az ún. nem specifikus összetevőket vizsgálhatjuk a terápiás hatékonyságban, ugyanakkor jól elkülöníthetjük azokat a specifikusan az adott módszerre vagy strukturális probléma kezelésére jellemző NP váltási stratégiákat, amelyek a leghatékonyabbnak mutatkoznak a különféle kezelések során.

Az 5. és 6. ponttal kapcsolatban a könyvben kifejtett NP-modell fenti tulajdonságainál fogva alkalmas a pszichoterápiában használt gyakorlati módszerek és az ezek háttérében álló kognitív diskurzív folyamatok közötti elméleti szakadék áthidalására, amennyiben egy véleményünk szerint általánosan érvényes diskurzív elméletet alkalmaz a terápiás diskurzus elemzésére.

A terápiás ülésen elhangzott társalgást vizsgálatunkban egy intézményi diskurzusnak fogjuk fel (Labov és Fanshel, 1977), ahol a diskurzusban részt vevő felek eleve meghatározott céllal és intézményes keretek között vesznek részt, ellenében például egy baráti beszélgetéssel. A terápia célja egy segítő beavatkozás a terapeuta részéről a kliens pszichés problémáinak megoldása érdekében. Ennek során a terápiás diskurzusban részt vevő felek intézményileg meghatározott eltérő szerepekkel rendelkeznek, és ennek megfelelően viselkednek a terápiás térben, vagyis a terápiás üléseken. Az ülésen elhangzott történetek, melyek tipikusan a kezelt személy vagy kliens történetei, a terapeuta és kliens együttműködésével konstruálódnak meg, vagyis egy közös konstrukcióban jönnek létre az adott szituáción belül (Berán, Unoka, 2004; Gergen, 1999; Beacker és Quasthoff, 2005). Ezért indokolt, hogy vizsgálatukhoz egy interaktív diskurzuselemző módszert választottunk.

Ebben a fejezetben először a terápiás diskurzus intézményi kereteit tárgyaljuk, majd rátérünk a terápiás ülésen folyó interaktív narratív konstrukciós folyamat (más néven narratív interakció) jelentőségének megvitatására.

Ahogy korábbi írásainkban már kifejtettük (Berán, 2009; Berán, Unoka, 2014), a terápiás helyzetben megvalósuló narratív konstrukciós folyamatot meghatározzák azok az intézményes keretek, melyeken belül ez a diskurzus létrejön. „A terápiás helyzet tehát már önmagában is hordoz olyan jellegzetességeket, melyek behatárolják azt, hogy miféle párbeszéd alakulhat ki az interakcióban részt vevő felek között, miféle történetek konstruálódhatnak, és milyen irányban és céllal jön létre ezek rekonstrukciója – még mielőtt a kezelés kezdetét vette volna.” (Berán, Unoka, 2014, 209. o.)

A terápiás diskurzust befolyásoló intézményi tényezők a következők:

1. A terápiás szerződés vagy megállapodás, mely a terápia kezdetén jön létre a felek között.
 - a) A terápiás diskurzus megvalósulásának konkrét intézményes keretei
 - b) Az intézményen belül meghatározott interakciós szerepek
2. A terápiás elmélet, ami az intervenciók kiindulópontjául szolgál a terapeuta részéről.
3. Lokális és tág értelemben vett szövegkontextusok értelmezése.

A terápiás szerződés

A terápiás szerződés a terapeuta és kliens között jön létre, melynek során a felek általában explicit módon tisztázzák a terápiás viszony sajátosságait. A terápiás szerződés célja az, hogy meghatározza a terápiás kezelésnek a hétköznapi beszélgetéstől eltérő keretét (Thomä és Kächele, 1985). Ide tartozik az ülés időtartama és helyszíne (pl. szakorvosi klinika, magánrendelő stb.), a beszélgető felek testhelyzete (pl. a kliens díványon fekszik vagy szemben ül a terapeutával, esetleg változtatják a helyüket), a résztvevők száma (csoportos vagy egyéni ülés), a terapeuta díjazása (esetleg ingyenes), a terápia célja (célzott, problémaorientált rövid, vagy hosszú távú önismereti célú terápia). Fontos kitétel továbbá, hogy a találkozások tisztán szakmai alapon folynak. A társas érintkezés egyéb formáinak irányába tett lépések mindkét fél részéről tiltottak a terápiás kezelés alatt, esetleg azt követően is. Ezen felül a bizalmi légkör létrejöttének alapfeltétele a terapeuta titoktartási kötelezettsége.

A terápiás diskurzusban a kliens és terapeuta eltérő szerepekkel rendelkeznek. A hosszú távú pszichodinamikus terápia célja a kliens személyiségének strukturális megváltoztatása, a megfelelőbb alkalmazkodás (boldogulás) érdekében. Ennek során a szelf változásáról beszélhetünk, vagy más szóval a kliens szelfreprezentációinak megváltozásáról. Ez a folyamat a gyakorlatban azzal jár, hogy a találkozásokon egyoldalúan a kliens élettörténeteinek részleteit dolgozzák fel, és ritkábban fordul elő, hogy a terapeuta megemlíti egy eseményt a saját életéből. A terapeuta személyiségét ilyen értelemben homály fedi, míg a kliens ezzel ellentétben minél inkább kitérül, és saját érzelmeiről minél kötetlenebb módon próbál kommunikálni a terapeutával. Ugyanakkor a diskurzus során a terapeuta szaktudására alapozva irányíthatja a kliens történeteinek rekonstrukciós folyamatát.

A terápiás diskurzust összehasonlítva egy baráti beszélgetéssel, azt találjuk, hogy a terápiás ülés keretei sokkal szélesebb körű tematika feldolgozását teszik lehetővé. Ennek fő oka, hogy a tematikában lazábban kezelhető az illem kérdése, a presztízsvesztés vagy arculatvesztés (Goffman, 2005) veszélye is kevésbé fenyegető, nincsenek társas következményei a botlásoknak. Ugyanakkor a fent említett szereposztásból adódó egyenlőtlenségek behatárolják a kapcsolat érzelmi fejlődésvonalát is, amennyiben nem alakulhat ki kölcsönös barátság, inkább csak egyfajta partnerség és kooperáció valósul meg a felek között. Ennek talán látszólag ellentmond a dinamikus terápiákban használt „áttétel” fogalma (Freud, 1912), ami pontosan a kliensnek a terapeutára vonatkozó pozitív affektusát használja ki a terápiás fejlődés előmozdításának érdekében. Ez a fogalom azonban a terápiás kapcsolaton belül értelmezendő, tehát alapjaiban nem változtat annak külső, intézményes keretein.

A terápiás kezelés háttérében álló elméletek

A terápiás beszélgetés során a terapeuta intervencióit nagymértékben meghatározzák az általa elfogadott elméletek, és ezek gyakorlati alkalmazásának technikái (Thomä és Kächele, 1985). Az értelmezések és intervenciók alapjául szolgáló elméletek szerepét itt természetesen nem doktrínák szoros követéseként értjük. Azonban a mód, ahogyan a terapeuta közbelép, kérdez vagy felvet egy gondolatot, mind a terápiás célkitűzés érdekében történik, s mint ilyen, a terapeuta elméleti és módszertani meggyőződésein alapul. A dinamikus terápiának számos iskolája van, s ezek elméleti feltevéseire s a diskurzus alakulására gyakorolt specifikus hatásaira itt nem tudunk kitérni, de ez a hatás kimutatható a terápiás ülések szövegeiből.

Lokális és tágabb értelemben vett szövegkontextusok

A terápiás diskurzus értelmezésének egyik fontos mozzanata az, hogy egy adott diskurzusszegmensben kifejeződik az a múltbeli ismeretanyag és tapasztalat, amellyel a felek egymásról és a világ egyéb dolgairól rendelkeznek. Labov és Fanshell (1977) munkájukban, mint azt az előző fejezetben említettük, a terápiás interakció jelentésének eltérő szintjeit, kereteit különítették el, mint például a terápiás kezelés, mint legtágabb szövegértelmezési kontextus, ezen belül az első alkalom, ami egyben egy interjú is a klienssel. Még szűkebb keret az adott történet (narratívum), amit a kliens konkrétan elmesél evészavarára vonatkozóan, és végül legszűkebb kontextusként a családi diskurzus, amit a kliens kijelentéseinek pontosabb értelmezésére használ a terapeuta.

A terápiás szövegek elemzésekor tehát fontos szempont az, hogy mind a terápiás ülések sorozatának szélesebb kontextusában, mind pedig egy szűkebb, lokális szövegkontextus vizsgálatakor figyelembe vegyük, hogy a kimondott megnyilvánulások milyen egyéb, nem explicit információt hordoznak magukban (Labov és Fanshell, 1977). Meghatározó lehet ugyanis például, hogy egy kezdeti fázisban járó vagy már évek óta folyó terápiát vizsgálunk, ahol a felek már annyira összecsiszolódtak, és sokat tudnak egymásról, hogy az explicit szövegtartalmak utalásszerűen magukba foglalják a közös történetet vagy a kliens történetének darabjait. Ilyen esetben egy-egy perspektívaváltás előzménye akár hosszú évek munkája is lehet, és ezt a tágabb kontextust is figyelembe kell vennünk az adott diskurzusszegmens értelmezésénél.

A narratív interakció jelentősége a terápiás diskurzusban

A terápiás narratív konstrukcióban létrejött történetek a kliens szempontjából és a terápia céljának szempontjából nagy jelentőséggel bírnak (Berán, Unoka, 2014). Mint azt korábbi írásunkban kifejtettük: „...maga a figyelem és jelentőségtulajdonítás, amely a terapeuta, mint hallgató oldaláról a terápiás helyzetben megvalósul, része annak a folyamatnak, ami elősegíti a kliens fejlődését, vagyis megalapozza a kliens és terapeuta közti pozitív érzelmi kapcsolat, a kötődés és bizalmi légkör kialakulását” (Berán, Unoka, 2014, 210. o.). Mint ilyen, segíti a terápiás diskurzus céljának megvalósulását. A történetek elmondásának akusására és a történeteknek az értelmezésére irányuló pozitív terápiás figyelem kiterjed mind a könnyen elmondható, mind pedig a kliens számára érzelmi jelentőségük miatt nehezebben megfogalmazható, esetleg töredékesen előadott történetekre.

A terápiás diskurzusnak a szelfre vonatkozó történetek újrakonstruálását számos elmélet a narratív szelf rekonstrukciós folyamatként értelmezi (Bruner, 1986; 1990; Gergen, 1999; Shafer, 1980, 1992; Spence, 1982). Amikor narratív szelfről beszélünk, a folyamatosan változó, a szelfre vonatkozó történeteket és az azokból formált idői rendezettséggel bíró koherens élettörténetet és jelentésadást értjük alatta (McAdams, 1988). A narratív szelf rekonstrukciója során a szelfre vonatkozó reprezentációk megváltoznak, újraértelmeződnek, és a kliens szempontjából „jobb” vagy „élhetőbb” történetek alakulnak ki (Berán, Unoka, 2014). Ebben a folyamatban a terapeuta intervenciói is aktív szerepet játszanak. Ugyanakkor a narratív szelf történeteinek átírása szorosan kapcsolódik a kliens önéletrajzi emlékezeti folyamataihoz, mint azt korábban kifejtettük. A terápiás narratív interakcióban közösen újraírt történetek jelentése és jelentősége az ismételt érzelmi átélés közben a kliens számára újrafogalmazódik. Az újrafogalmazott történetek azután ebben a módosult formában épülnek be a kliens önéletrajzi emlékezeti rendszerébe (Conway, 1992, 1996).

A terápiás ülésen elhangzott történetek diskurzív keretben történő vizsgálatának egyik fontos oka, hogy ezek a narratívumok szorosan egybefonódnak a terápiára jellemző más típusú diskurzustevékenységekkel. Tematikailag mélyen beágyazottak, és nehezen elkülöníthetőek az olyan diskurzustevékenységektől, mint például a terapeuta intervenciói, a kliens és terapeuta által megvalósuló közös értelmezés, történetek különféle szempontból való összekapcsolása (Berán, Unoka, 2014).

A dinamikus terápiákra jellemző szabad asszociációs beszédmód hozzájárul a narratívumok formai atipikusságához (Berán, Unoka, 2014). A szabad asszociáció során a kliens „feladata”, hogy gondolatainak áramlását ne akadályozza, és egyik gondolatról a másikra áttérve, a hagyományos társalgási szokásokat

figyelmen kívül hagyva mondja ki, ami eszébe jut (Thomä és Kächele, 1985). Az ilyen módon előadott történetek általában szerteágazóak és nem rendelkeznek egyszerű lineáris időbeli vagy kauzális szerkezettel. Hasonló típusú történetek azok a gyermekkori emlékeket vagy traumákat felelevenítő elbeszélések, melyeknek elmondása akár már az emlékezeti felidőzés szintjén akadályokba ütközik.

A terápiában elhangzott történetek közös újrakonstruálásának vagy más szóval rekonstrukciójának fontos eleme az adott történet elbeszélői perspektívájának módosítása. A perspektívaváltások sorozatának vizsgálata során leírhatók a narratív szelf változásai. Kutatásunk célja ennek a változásnak a nyomon követése, minél pontosabb leírása és megértése.

Csak olvasható

A NP váltás diskurzív vizsgálatával foglalkozó kutatásunkban egy pszichoanalitikus terápiás ülések hangfelvételeiből álló magyar nyelvű adatbázist hoztunk létre, melyet Budapest Pszichoterápiás Adatbázisnak neveztünk el. A következőkben ismertetjük az adatgyűjtésre, az adatok kezelésére vonatkozó módszereinket, valamint kitérünk a hangrögzített ülések lejegyzésének, kódolásának kérdéseire is.

Vizsgálati személyek

Kutatásunk során két hosszú távú pszichoanalitikus terápiát folytató terapeuta-kliens páros terápiás üléseiről természetes megfigyelés módszerével készítettünk hangfelvételeket. Az összes vizsgálati személy – 2 kliens (1 férfi és 1 nő) és 2 terapeuta (1 férfi és 1 nő) – önkéntesen vállalta részvételét a kutatásban. A vizsgálati személyeknek nem volt tudomása a NP-váltás elméletéről, sem arról, hogy milyen módszert használunk a szövegek elemzésekor.

A vizsgálatban közreműködő személyek kiválasztása

Terapeuták kiválasztása: Az általunk felkért terapeuták pszichiáter/klinikai szakpszichológusi és pszichoterapeuta-szakvizsgával rendelkező, tapasztalt pszichoanalitikusok, a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület tagjai. Aláírták a tájékoztató-beleegyező nyilatkozatot, ezáltal vállalták a kezelés hangrögzítését, és engedélyezték az így nyert anyag tudományos célú elemzését.

Kezelt személyek: Önként jelentkező ambuláns kliensek. Nem szenvedtek pszichotikus zavarban, organikus pszichoszindrómában, sem mentális retardációban. Rendszeres pszichoterápiás segítséget igényeltek, és alkalmasak a felajánlott pszichoterápiás kezelési módban való részvételre. A kezelt személyek beleegyeztek az audiorögzítésbe és az így kapott anyag anonim tudományos célú felhasználásába. A vizsgálatban való részvételért járó anyagi kompenzáció nem volt.

- *Női kliens (Klára):* Az alkalmazott kezelés pszichoanalízis volt, heti 3-4 alkalommal. A terapeuta kitöltötte a Clinical Data Form (CDF) adatlapot, ami a kliensről szóló beszámoló. A CDF számos változót összesít, mint például a demográfiai változók, diagnózis és a lelki zavarok etiológiája (Westen, Shedler, Durrett, Glass, & Martens, 2003).

A kliens húszas éveiben járó egyetemi hallgató. Budapesten él. A terapeuta CDF leírása alapján a kliens általános szorongásos zavarban, szexuális diszfunkcióban és dependens személyiségzavarban szenved. Emellett a kliens képes volt stabil baráti kapcsolatok kialakítására, az egyetem végzése mellett dolgozott, mindkét aktivitását hatékonyan végezve. Családi háttere hozzájárult betegségéhez: instabil családban nőtt fel, szülei elváltak, amikor 13 éves volt. Anyja szorongásos zavarban és evészavarban szenvedett, apja alkoholfüggőségben.

- *Férfi kliens (Szilárd):* Az alkalmazott kezelés pszichoanalízis volt, heti 2-3 alkalommal. A terapeutája szintén kitöltötte a Clinical Data Form (CDF) adatlapot.

A kliens 40-es éveiben járó, egyetemi végzettséggel rendelkező középosztálybeli férfi, soha nem házasodott, a terápia során részben egyedül, részben édesanyjával él.

Diagnózisa, melyet a terapeuta állított fel, a következő: dysthymia és pánikzavar, obszesszív-kompulzív személyiség, valamint paranoid személyiségzavar narcisztikus vonásokkal. Kórtörténete magában foglalta, hogy gyermekkorában rendszeresen fizikai abúzus érte, 12 évesen pszichiátriai kezelést kapott, valamint egyszer öngyilkosságot kísérelt meg, amelynek során orvosi segítségre volt szüksége. Családi háttere kaotikus, hideg és hosztilis, anyjával tartós rossz viszonya hozzájárult a kliens problémáihoz. Az anya szorongásos zavarban, alkoholizmusban és borderline személyiségzavarban szenved, az apa pedig szorongásos zavarban és enyhe személyiségzavar tünetekben.

A kliens romantikus kapcsolatai és barátságai érzelmileg nem kielégítőek, munkahelyi viselkedése alacsony szintű, a terápiás megfigyelés ideje alatt munkanélküli. Munkáját interperszonális konfliktusok miatt veszítette el.

A megfigyelés ideje alatt gyógyszeres kezelésben részesül: SSRI-t és benzodiazepint (Xanax) szed.

Adatgyűjtés

A terápiás ülések a vizsgálat teljes ideje alatt ugyanott történnek, ahol az adott terapeuta más esetben is tartja kezeléseit. A terápiás üléseket Sony mini-disk

digitális felvevőkészülékkel rögzítette a vizsgálatban részt vevő terapeuta, más személy tehát nem volt jelen az üléseken.

Mintavétel: a vizsgálati időszak 2004 szeptemberétől 2006 júniusáig tartott. Az adatgyűjtés mindkét vizsgált diád esetében 15 terápiás ülésre terjed ki. Minden terápia esetében a vizsgált időszak első, középső és utolsó harmadában 5 ülést vettük fel. Az első vizsgálati szakasz a terápia kezdeti szakaszára, a második és harmadik szakasz a terápia munkaszakaszára esik. A megfigyelési szakasz után mindkét terápia további évekig folytatódott.

4.1. táblázat. A terápiás ülések hangrögzítésének időpontjai

Férfi terapeuta, férfi kliens	2004. november	2005. április	2006. május
	2004. december	2005. május	2006. június
Női terapeuta, női kliens	2004. november	2005. november	2006. május
	2004. december	2005. december	

Etikai megfontolások

A kliensek anonimitásának védelmében a kutatók személyesen nem találkoztak velük. A vizsgálat során a kutatókhoz kerülő összes adatot bizalmasan kezeltük. Semmilyen személyi információ vagy más anyag, amely felfedhetné a résztvevők személyazonosságát, nem került ki, valamint a jövőben sem fog a vizsgálattal kapcsolatos publikációkban megjelenni. A vizsgálati személyek anonimitásának védelmében bármilyen, az esettel kapcsolatos leírás vagy szövegrészlet közzététele csak a személyes adatok törlésével és más, a személyazonosítást lehetetlenné tevő nevek, illetve leírások behelyettesítésével történik. Minden vizsgálatban részt vevő személy megfelelő tájékoztatást kapott a vizsgálat céljáról, és a vizsgálat kezdete előtt beleegyezett a hangfelvétel készítésébe, a szövegek tudományos célú elemzésébe és vizsgálatába. Ezt a Tájékoztató és Beleegyezési Nyilatkozat aláírásával jelezték a személyek. A Semmelweis Egyetem Tudományos Etikai Bizottsága (TUKEB) 2004. október 6-tól adott engedélyt a vizsgálat lefolytatására.

A természetes megfigyelés mint módszer nehézségei

A megfigyelési paradoxon – az a kitétel, hogy maga a megfigyelés aktusa megváltoztatja a megfigyelt viselkedését – érvényes a mi kutatásunkra is. A vizsgálati személyek a rögzített üléseken többször is hangot adtak annak, hogy zavarja őket

a magnófelvétel, érzékelték saját viselkedésük, valamint a terapeuta viselkedésének megváltozását azokon az órákon, amikor hangfelvétel készült. Ugyanakkor, ha kutatni akarjuk azt, ami a terápiás ülésen zajlik, az órán elhangzott beszélgetés szövegelemzése hasznos módszernek bizonyul.

A pszichoterápiás kezelésben használt módszerek

Mindkét kliens esetében az alkalmazott módszer pszichoanalízis volt, ezen belül tárgy-kapcsolat elmélet. A kliensek fekvő helyzetben vettek részt az órán.

Az adatfeldolgozás folyamatai

A FELVETT HANGANYAG LEJEGYZÉSE

A hangrögzített terápiák a CHILDES kódrendszerben kerültek átírásra (MacWhinney, 1995), az átíratot a CHILDES kódrendszerrel kapcsolatosan tapasztalattal rendelkező első szerző készítette. Az átíratban kóddal jelölve szerepel a résztvevők neve, információ a felvétel idejéről, helyéről. A megnyilvánulások intonációs egységekre lebontva, külön sorokban szerepelnek. A lejegyzés alapegysége az intonációs egység. Az intonációs egységre azért esett a választásunk, mert az az élőbeszéd szegmentálásának olyan egysége, amelyre a beszélő és hallgató figyelme a kommunikáció során egyidejűleg fókuszál (Chafe, 1995), és formailag jól elkülöníthető karakterdallammal és végső intonációs kontúrral rendelkezik. Ez lehet a beszédhangsúly le- vagy felvitele, esetleg szinten tartása, lebegtetése. Az intonációs egység végét egy 40–80 ms opcionális szünet jelezheti a magyar nyelvben (Németh, 1996). Az intonációs egységek lehetnek teljesekek vagy töredékesek (befejezetlenek). Az intonációs egységhez legközelebb álló szintaktikai kategória a mellékmondat. Az alábbiakban egy példát mutatunk be egy intonációs egységenként lejegyzett ülés szövegéből:

- 1 @Begin
- 2 @Participants: TER terapeuta, KLI kliens
- 3 @Time: 2004, November
- 4 @Situation: psychoanalytic session
- 5 @Sex of KLI: male
- 6 @Sex of TER: male
- 7 @Age of KLI: 45 years
- 8 *KLI: nehéz így# +...
- 9 *KLI: +, kitalálni, hogy miről is, miről is

folymon a beszélgetés.

10 %com: szünet 30 s

11 *KLI: teszem azt a múltkor miután ezokról+...

12 *KLI: +, a gyerekekről ahogy beszélgettünk meg minden,

13 *KLI: azért# +/

14 *KLI: +, azért az+...

15 *KLI: +, az úgy, úgy nem állt meg az agyam ezen+...

16 *KLI: +, az akkor amikor innen elmentem.

17 *TER: s mik jutottak eszébe?

18 %com: szünet 10 s

A LEJEGYZÉS SORÁN HASZNÁLT CHILDES KÓDOK

Minden egyes lejegyzett sor egy intonációs egységet jelent. A sor elején álló szám a teljes ülés lejegyzett szövegére vonatkozik, vagyis az adott sor sorszámát jelzi a teljes szövegen belül. A KLI vagy TER jelölés arra vonatkozik, hogy az adott szövegsor a kliens vagy a terapeuta szájából hangzik-e el. Intonációs jelek:

Befejezett és félbehagyott intonációs egység véghangsúlyának jelölése:

- félbehagyott intonációs egység
- . befejezett intonációs egység eső hangsúly
- ? kérdő hangsúly
- ! felkiáltó hangsúly
- , folytatódó, befejezetlen intonációs egység

Félbehagyott intonációs egységek végének jelölése:

- +... befejezetlen grammatikai egység
- +// másik beszélő közbevágása
- +/. saját megnyilvánulás félbeszakítása a beszélő részéről
- + , félbeszakított intonációs egység utáni folytatás kezdetének jele
- < > hamis kezdés

Véghangsúlyok (befejezett és félbehagyott intonációs egységek végén):

- . eső
- , lebegő
- ? emelkedő

Befejezetlen intonációs egységek

- +... befejezetlen intonációs egység, mondattöredék

Hangsúlyos szó, szótag előtt:

/

Szünet: # = 1 s, ## = 2 s

Az intonációs egységekre bontás vagyis szegmentálás megbízhatóságának vizsgálatát elvégeztük, úgy, hogy egy teljes ülést egy második személy is lejegyzett, intonációs egységekre szegmentálva a beszédet. A terápiás ülés szövegének szegmentálásában a két rater közötti egyezés 88,08% volt (χ^2 -négyzet = 13,79, $p < 0,01$). Intra-class korreláció inter-rater reliabilitás (ICC) (Shrout–Fleiss reliabilitás pont) = 0,99, $p < 0,01$ volt. Ez az érték az intonációs egységekre bontás magas megbízhatóságát mutatja.

A NP kódolása

A szegmentálást követően a NP változói alapján (részletesen lásd 5. fejezet) kódoltuk le az egyes intonációs egységeket, az általunk erre a célra elkészített kódolási kézikönyvben rögzített szabályok alapján (Berán, 2009). A kódolásban használt változók a következők voltak:

1. Igeidő: múlt (1), jelen (2), jövő (3)
2. Deixis: közelítő (1), távolító, vegyes, nincs
3. Diegézis: homodiegetikus (1), heterodiegetikus (2), pszeudodiegetikus (3)
4. Ige szám: egyes szám (1), többes szám (2)
5. Ige személy: első (1), második (2), harmadik (3)
6. Fokalizáló mód: externális (1), internális (2)
7. Ágencia: szelf (1), szelfrész (2), más személy (3), élettelen tárgy vagy folyamat (4) nincs (5)
8. Páciencia: szelf (1), szelfrész (2), más személy (3), élettelen tárgy vagy folyamat (4) nincs (5)
9. Diskurzusszint: terápiás jelen itt és most szintje (1), narrátorszint (2), karakterszint (3)

A szöveg kódolásában súlyozott Cohen's kappa-változónként a 0,56 és 0,80 közötti tartományban volt, ez alól kivétel a diegézisváltozó, ahol a kappa-érték valamivel alacsonyabb, 0,37 volt. Súlyozott Cohen's kappa-értékek az egyes változókra: igeidő: 0,76; ige szám: 0,69; ige személy: 0,72; fokalizáló mód: 0,70; diskurzusszint: 0,56, deixis: 0,80; ágencia: 0,67; páciencia: 0,54. A kódolás esetében a reliabilitásvizsgálat közepes inter-rater reliabilitást mutatott, ami a kódolási módszer megbízhatóságát jelzi.

Könyvünk későbbi, elemzésekkel foglalkozó fejezeteiben a terápiák lejegyzett és kódolt szövegeit használjuk fel kiindulópontként.

A narratív perspektíva diskurzusalapú modellje és szerepe a diskurzus szabályozásában

5.

A narratív perspektíva (NP) fogalma Uspenski (1973) és Genette (1970, 1980) nevéhez köthető és azt a nézőpontot jelenti, melyen keresztül a hallgató/olvasó számára a történet szereplői és eseményei megjelenítődnek az írott vagy hallott szövegben. Más szóval a NP az elbeszélő szubjektív nézőpontját jelenti, ami kifejezi a narrátor viszonyát a történet szereplőihöz és eseményeihez. A NP-t úgy képzelhetjük el, mint egy folyamatosan mozgó ablakot, melyen keresztül a narrátor nézőpontjából látunk rá a történet eseményeire és szereplőire. Mint ilyen, a NP a narratívum folyamatosan változó szerkezeti jellemzője (Uspenski, 1973).

A NP-t számos kutatási paradigmában különféle változókval vizsgálták (Black és mtsai, 1979; Morrow és mtsai, 1987, 1989; Zubin, Hewitt, 1994; László 2005). Eredetileg, mint említettük, Uszpenszkij (1975) és Genette (1970) alkalmazták a narratológia területén, ahol irodalmi szövegek elemzésére használták a fogalmat. Ezekben az elemzésekben a NP arra szolgál, hogy az elbeszélés síkjához, idejéhez, helyéhez, eseményeihez, szereplőihöz viszonyítva definiáljuk a narrátor pozícióját: aki néz és amit néz, valamint ezek viszonyát. A kognitív megközelítésben (Ericson, Kintsch, 1995; Zubin, Hewitt, 1994) a NP egy olyan, az olvasó által a szövegről alkotott, folyamatosan módosuló reprezentáció (modell), amely kijelöli az elbeszélés alanyának tárgyakhoz viszonyított pozícióját, valamint ezeket idői-téri indexeléssel (deixissel) látja el, vagyis kijelöli és tartalmazza a narrátor karakterviszonyát azokhoz a tárgyakhoz, amelyekről beszél: a narratívum szereplőihöz és tárgyaihoz. A narratív pszichológiai definíció szerint (László, 2005) a NP megmutatja a narrátor és az általa meghatározott tárgyak viszonyát. Eszerint a NP-ben kifejezett szerkezeti sajátosságok leképezhetők más, pszichés funkciók közötti szerkezeti viszonyokra, ezek sajátosságaira. A NP diskurzív definíciója szerint (Chafe, 1994; Berán, Unoka, 2005b, 2007) a NP a beszédpartner számára egy adott információszegmens kommunikálása során megadott pozíció, melynek kommunikatív funkciója a partner figyelmének irányítása, valamint az érzelmi szabályozás. A narratív interakcióban ennek a nézőpontnak a folyamatos változása valósul meg az önszabályozás és kölcsönös szabályozás során.

A NP-t a terápiás diskurzus elemzésének céljából, egy négy aspektusból álló modellben foglaltuk össze. Jelen fejezetben részletesen kifejtyük ezeket az aspektusokat, valamint összefoglaljuk a NP terápiás diskurzusban betöltött szabályozó szerepét.

A NP négy aspektusa a következő:

- a) Fizikai aspektus,
- b) Szubjektivitás aspektus,
- c) Intencionalitás aspektus,
- d) Diskurzusszint aspektus.

Az egyes aspektusokat nyelvi szempontból jól definiálható változókkal operacionalizáltuk. A NP vizsgálatára szolgáló változókat az olyan objektív grammatikai kategórián alapuló perspektivikus markerekből állítottuk össze, mint az igeidő, szám, személy és deixis (Benveniste, 1971; Palmer, 1981), ágensség (Bremond, 1973; van Dijk, 1975), valamint az összetettebb, a narratológiában kidolgozott konstruktumok alapján meghatározott változókból, mint a diegézis (Todorov, 1981) és a fokalizáló mód (Genette, 1980; Brooks, Warren, 1959; Bal, 1983).

A NP fizikai aspektusa

A NP fizikai aspektusa egy konkrét idői és téri koordináta rendszerben határozza meg a narrátor pozícióját, valamint a történetben megjelenített téri idői síkoknak a narrátorhoz és a narrátor aktuális (jelenben elfoglalt) pozíciójához való viszonyát. A fizikai aspektus megmutatja a narrátornak az elbeszélt eseményekhez és a többi szereplőkhöz való téri és idői viszonyulását és a narrátor szubjektív időélményét. A diskurzusban számos eszköz áll rendelkezésre a NP fizikai aspektusának kifejezésére. Ezek például az igeidő (magyarban az igei toldalékban jelenik meg), valamint a helyre, időre, valamint ezeknek a viszonyoknak a leírására használt deiktikus kifejezések, mozgást és mozgás irányt kifejező igék. Kutatásunkban a NP fizikai aspektusát két változó alapján vizsgáltuk. Ezek az igeidő és a deixis (itt a szűken értelmezett deixisre, mint szintaktikai kategóriára gondolunk).

Kutatásunkban az idő kifejeződésére az igei toldalékban megjelenített igeidőt vettük alapul. A magyar nyelvben háromféle grammatikai igeidőt kifejező eset létezik: múlt, jelen és jövő. A narrátor/karakternek a diskurzusban értelmezett szubjektív időélményét vagy a hallgató számára dramatizált idő kifejezésének diskurzív funkcióit a grammatikai igeidők használatának kombinálásával vagy váltakozó használatával fejezi ki a beszélő (Wolfson, 1979; Tannen, 1989; Shiffrin, 1981; Pólya, 2005). Kutatásunkban a grammatikai igeidők variálásával kifejezhető árnyalatokat a kvalitatív elemzésekkel foglalkozó részekben, valamint a kvantitatív eredmények értelmezésekor figyelembe vettük. Magában az igeidő kódolásában azonban a fent említett három grammatikai igeidőt hasz-

náltuk. Ennek oka egyrészt az, hogy előtérbe helyeztük az objektivitás, illetve replikálhatóság szempontjait és az igeidő ily módon történő definiálása volt a legkézenfekvőbb. A másik ok szintén gyakorlati jellegű: amennyiben a szövegben a szubjektív időélmény kifejeződését keressük, az egymást követő intonációs egységek lekódolt változata alapján a grammatikai idők kombinálásának vizsgálatával leírható a szubjektív időélmény is.

A deixisek használatában mind az időre, mind helyre, mind személyre vagy tárgyra vonatkozó perspektivikus információ megjelenítődik. Deixis alatt értünk bármely kifejezést, ami egy intonációs egységen belül az adott megnyilvánulás létrejöttének körülményeire utal. Szófaj szempontjából ezen belül a deixist határozószavak és névmások fejezik ki. A helyre vonatkozó deixis például az *itt*, *ott*, a mozgás irányára vonatkozó, például az *innen*, *onnan*, *ide*, *oda*, időre vonatkozó, az *ekkor*, *akkor*, tárgyra vonatkozó például az *ez*, *az*, *ezek*, *azok* és ragozott alakjaik. A deixis tehát egy általános kategória. Ezen belül nem alkalmaztunk specifikus kategóriákat, mint például helyre vonatkozó vagy időre vonatkozó deixis. Ehelyett, átvágva a fenti elkülönítési kategóriákat, a deixist, mint absztrakt viszonyokat leíró kifejezést értelmezve, megkülönböztettünk közelre és távolra mutató deixist. Az elkülönítés e módja a terápiás diskurzusban betöltött funkcióval is indokolható. A közelítő deixis – a közelre mutató névmás analógiája alapján – a narrátor/karakterhez viszonyítva térben és időben közelítő módon ábrázolja a narratívum tárgyait, szereplőit, eseményeit. A távolító deixis éppen ellenkezőleg – a távolra mutató névmás analógiájának alapján – a narrátor/karakterhez viszonyítva időben és térben távolító módon ábrázolja a történet tárgyait és szereplőit. A fenti példáknál maradván közelítő deixis az *itt*, *innen*, *ide*, *ez*, *ezek*, *ekkor*, míg távolra mutatóak *ott*, *onnan*, *oda*, *az*, *azok*, *akkor*. A következő részlet az egyik terápiás ülésről ezt a kétféle deiktikus viszonyulási módot illusztrálja¹:

1 Az itt ismertetett szövegrészleteket a CHILDES kódrendszer szabályai alapján jegyeztük le. Minden egyes lejegyzett sor egy intonációs egységet jelent, amely egy adott perspektívát jelenít meg. A sor elején álló szám a teljes ülés lejegyzett szövegére vonatkozik, vagyis az adott sor sorszámát jelzi a teljes szövegben belül. A K vagy T jelölés arra vonatkozik, hogy az adott szövegsor a kliens vagy a terapeuta szájából hangzik-e el. Intonációs jelek:

Befejezett és félbehagyott intonációs egység véghangsúlyának jelölése:

- félbehagyott intonációs egység
- . befejezett intonációs egység eső hangsúly
- ? kérdő hangsúly
- ! felkiáltó hangsúly
- , folytatódó, befejezetlen intonációs egység

Félbehagyott intonációs egységek végének jelölése:

- +... befejezetlen grammatikai egység

K: +, hogy egyszerűen **az** a+...

K: +, **az** a szeretet meg a ragszkodás ami viszonzásképpen jött,

K: hogy **az**+/

K: +, **az** nagyon pozitívan tudott hatni rám.

megjegyzés: szünet

K: meg **ez** a kettősség hogy+/
K: ami mindig is jellemzett ő,

K: hogy **ez** a-

K: nagyon szeretem a gyerekeket, és, és, és, és+...

K: + és iszonyúan taszít még a gondolata is hogy nekem+/
K: legyen+/
A közelítő és távolító deixis mellett létrehoztunk egy harmadik kategóriát, a
vegyes deixisét. Előfordulhat ugyanis, hogy egy intonációs egységben mindkét
fajta deixis megtalálható, ami a narrátor/karakter valamiféle zavart vagy ambi-
valens viszonyulását fejezi ki a történet tárgyai, szereplői, eseményei felé. Végül,
mivel nem minden intonációs egység tartalmaz deixist vagy fejez ki ilyen módon
valamilyen viszonyt, a nincs deixis kategóriát is bevezettük.

Összefoglalva tehát a NP fizikai aspektusának operacionalizálását, ezt két vál-
tozó alapján definiáltuk, az igeidővel és deixissel. Az igeidő változó értékeiben a
grammatikai idő három kategóriáját – a múlt, jelen és jövő kategóriáit különí-
tettük el. A deixis változóban a diskurzív funkció alapján elkülönített három ér-
ték a közelítő, távolító és vegyes deixis értékeken kívül negyedik kategóriaként a
deixisnélküliséget (amennyiben egy intonációs egység nem tartalmazott deixist)
különítettük el.

+// másik beszélő közbevágása

+/. saját megnyilvánulás félbeszakítása a beszélő részéről

+, félbeszakított intonációs egység utáni folytatás kezdetének jele

< > hamis kezdés

Véghangsúlyok (befejezett és félbehagyott intonációs egységek végén):

-. eső

-, lebegő

-? emelkedő

Befejezetlen intonációs egységek:

+... befejezetlen intonációs egység, mondattöredék

Hangsúlyos szó, szótag előtt:

/

Szünet:

= 1 s, ## = 2 s

A NP-szubjektivitás aspektusa

A NP-szubjektivitás aspektusa azt fejezi ki, hogy kiről szól a történet, kivel történnek meg az elbeszélte események, és ki cselekszik. Ebben az aspektusban a narrátor, illetve más szereplők és aktorok meghatározására és a hallgató/olvasó általi beazonosítására vonatkozó információk, valamint ezeknek a személyeknek a történet síkjához való viszonyára vonatkozó információ fejeződik ki. Ide tartozik az igei személyragban megjelenített ige szám és személy és az általános alany használata, valamint a diegézis típusára vonatkozó információ. Ez utóbbi Genette definíciója alapján (Genette, 1980; Todorov, 1981) azt határozza meg, hogy az elbeszélő, mint szubjektum miként viszonyul a történethez: szereplője-e az elbeszélte eseményeknek, jelen van-e a történetben vagy külső szemlélőként mutatja be azokat. A NP szubjektivitás aspektusára használt három változó modellünkben az ige szám, ige személy és a diegézis.

A narratívum elbeszélőjének vagy egy karakterének személyére utaló információ a beszédben, magyar nyelven, az igei személyragban fejezhető ki legegyszerűbben. Az igei személyrag kifejezi, hogy az adott történetben a cselekvő aktor egyedül hajtja végre a cselekvést vagy vesz részt az adott eseményben vagy többemagával. Ez kifejeződik az egyes számú, ill. többes számú igei személyragban. Az igerag személyére vonatkozó információja a narrátor/karakterhez viszonyítva fejezi ki a cselekvő személyét. Az első személyű igerag arra utal, hogy a narrátor maga is részt vesz az elbeszélte eseményekben, míg a harmadik személyű igerag használata a narrátort az elbeszélés egy adott pillanatában az elbeszélte eseményeken kívülre helyezi, vagyis nem foglalja bele a cselekvő személyek közé vagy azon személyek közé, akik részt vesznek a történet eseményeiben. Továbbá, hogy ezek a személyek a narrátorhoz és az elbeszélés pillanatához viszonyítva időben és térben „máshol” lokalizálhatók, vagyis nincsenek jelen a történet elmondásának idején. A második személy használata arra utal, hogy a narrátor a történet mondása közben a közvetlen környezetében jelen lévő személyekhez vagy róluk beszél. Egyik lehetőség, hogy a közös narratív konstrukció folyamatában a hallgatóval kialakuló párbeszéd alatt kerül sor a második számú igei személyrag használatára, míg a másik lehetőség, hogy a jelen lévő személyek, mint karakterek vannak megjelenítve a történetben. A második személyű igealak használata alapján mindkét esetben a narrátor személyével a narráció adott pontján közös térben konceptualizált személyekről van szó.

Az intonációs egységben szereplő ige a NP szempontjából kifejezhet egy negyedik esetet is, mégpedig az általános alanyt. Ebben az esetben az ige grammatikai formája harmadik személyű (lehet akár egyes számú vagy többes számú), vagy főnévi igeves szerkezet. Az általános alany a perspektivikus információ szempontjából nem fokalizált vagy zéró fokalizációjú (Genette, 1980). Ez diskurzusban betöltött szerepét tekintve a narrátornak a szereplőkkel és eseményekkel

kapcsolatos nem szubjektivizáló viszonyát fejezi ki. Ez azt jelenti, hogy a narrátor nem mutatja be azt a szubjektív pozíciót, ahonnan az eseményeket látjuk. A következő részletben a kliens az általános alany többféle megvalósítási módját is alkalmazza.

K: és akkor biztos egy kevesebb pénzt ajánlottak, -----többes szám, ált.

K: érti? alany

K: amiből meg+...

K: +, amiből meg még kevésbé éri meg ott lenni, mint eddig.----igenes szerk.,
ált. alany

A diegézis, görög eredetű szó (szó szerinti jelentése elbeszélés) a történet világát jelenti. Az általunk használt diegézis változó a narrátornak az elbeszélés síkjához viszonyított pozícióját írja le (Genette, 1980). Eszerint háromféle viszonyt különítettünk el. Amennyiben az elbeszélő nem részese a történetnek, heterodiegetikus viszonyról beszélünk, amennyiben részese, homodiegetikus viszonyról van szó. Pseudodiegetikus a narrátor viszonya az elbeszélte események síkjához, amennyiben az eredeti narrátor egy másik szereplő hangján szólal meg egyes szám első személyben, és ő maga mintegy „elrejtőzik” ennek a szereplőnek az identitása mögött. A pseudodiegézis nyelvi megvalósulásának eszköze a direkt idézet. A pseudodiegetikus helyzet nem azonos azzal, amikor a narrátor a történeten belül egy másik karakter élményeit jeleníti meg, vagy akár azzal, amikor az adott karakter szemszögéből említ meg bizonyos eseményeket, illetve indirekt módon idézi szavaikat, mivel ebben az esetben még mindig elkülöníthető a kétféle nézőpont (a narrátoré és az adott karakteré). A pseudodiegetikus narrátor a történet egy adott pontján, miután saját nézőpontját és a történet síkjához való viszonyulását kifejezte homodiegetikus vagy heterodiegetikus módon, egy hirtelen perspektívaváltással teljesen azonosul egy adott karakterrel, oly módon, hogy az eredeti narrátor nézőpontja teljesen elveszik és a továbbiakban nem különíthető el az adott karakter nézőpontjától, hanem abba, változó hosszúságú időtartamra, beleolvad. A következő példa azt illusztrálja, hogy a narrátor heterodiegetikus pozícióból pseudodiegetikus pozícióba vált.

K: apám meg annyira nem akar hazajönni, ----- heterodiegetikus

K: hogy ő meg azt mondta, ----- heterodiegetikus

K: hogy de maradjunk.

T: ühm.

K: érti,

K: ha csak egy mód van+... ----- pseudodiegetikus váltás

K: érti,

K: ha csak annyit fizetnek, hogy a lakbéremet kifizessem belőle,

K: érti,

K: akkor+...

K: +, inkább itt vagyok,

K: csak ott ne kelljen lennem.

A pszuedodiegetikus váltás, bár előfordulása a másik két diegetikus pozícióhoz képest sokkal ritkább, a diskurzusban betöltött funkciója alapján dramatizálja az előadást és a narrátor azonosulása nyomán a hallgató számára is lehetővé teszi az adott karakterrel való azonosulást vagy intenzívebb bevonódást a történetbe (Wolfson, 1979; Shiffrin, 1981; Tannen, 1989; Sotirova, 2006). A fenti terápiásülés-részletben például megfigyelhetjük, hogy a kliensnek a terapeutával való kapcsolattartását szolgáló „érti” kifejezés funkciójában módosul a pszuedodiegetikus váltás után. Erre utal például a deixishasználat is, mivel az itt és ott, közre és távolra mutató pszuedodiegetikus narrátor szemszögéből nézve a narrátor szemszögével éppen fordított irányú. A dramatizált aktus közepén például, szinte az érezhető, hogy az apa saját nézőpontját szeretné elfogadtatni a terapeutával. A pszuedodiegetikus a terapeuta is alkalmazhatja egyes terápiás célok, például az empátia kifejezésének diskurzív megvalósításának érdekében, erről részletesen a kvalitatív elemzéseket tárgyaló fejezetben szólnak.

Összegezve a NP-szubjektivitás aspektusának definícióját, ezt tehát három változóval fejeztük ki modellünkben: az igei személyragban megvalósuló szám és személy, valamint a diegézisváltozókkal. Az ige száma felveheti az egyes szám, többes szám értékeit. Az ige személye lehet első, második, harmadik személy vagy általános alany. A diegézis változó kategoriális értékei pedig kifejezik a narrátor homodiegetikus, heterodiegetikus vagy pszuedodiegetikus viszonyát az elbeszélés síkjához.

A NP-intencionalitás aspektusa

A narrátor vagy más karakter szándékának, akaratának, vágyainak, érzelmeinek kifejezése a narratívumban a NP-intencionalitás aspektusában ragadható meg. Az intencionalitásra vonatkozó információ kétféle kérdésfeltevés alapján kereshető ki a szövegből. Az első az, hogy mit árul el a szöveg a narratívum szereplőinek vagy magának a narrátornak a propozicionális attitűdjéről és mi az, amit ezzel kapcsolatosan az elbeszélő a hallgató tudomására hoz. A másik ezzel kapcsolatos kérdés, ennek bizonyos értelemben a fordítottja, az, hogy az elbeszélő egy bekövetkezett eseményt mennyire tekint valamilyen szereplő szándékai vagy viselkedése következményeinek vagy egy esemény bekövetkeztét inkább a véletlen vagy valamilyen tárgy, folyamat függvényeként értelmezi. Az első kérdést, vagyis a narrátor/karakterek belső világára vonatkozó perspektivikus információ megjelenítését a narrátor fokolizáló módjának jellemzése alapján válaszolhatjuk

meg. Az egyik véglet ebből a szempontból, hogy az elbeszélő a szereplők viselkedésére, a tárgyak, események külső leírására fókuszál, és semmit nem tudunk meg a szereplők belső világáról, szándékairól. Az ilyen típusú fokalizáló módot externális fokalizáló módnak vagy röviden externális fokalizációnak nevezzük. Amennyiben azonban a hallgató a történet szereplőinek belső világáról, érzéseiről, gondolatairól, attitűdjeiről, vágyairól, terveiről is informálódhat az elbeszélés alapján, akkor internális fokalizáló módról, röviden internális fokalizációról beszélünk. Az hogy a narrátort a fokalizáló mód externális vagy internális típusa jellemzi inkább, fontos információ a mentalizáló perspektíva vagy általánosságban a narrátor által a mentalizációs képesség elsajátításával kapcsolatban. A pszichoterápia egyik célja (Fónagy és mtsai, 2002) az, hogy a kliens mind saját magára vonatkoztatva, mind pedig más személyekkel kapcsolatban alkalmazza a mentalizáló perspektívát, amikor a vele történt negatív eseményeket, pszichés traumákat feldolgozza a terápiában.

A második kérdés az, hogy az elbeszélő egy bekövetkezett eseményt mennyire tekinti valamelyik szereplő szándékai vagy viselkedése következményeinek vagy egy esemény bekövetkeztét inkább a véletlen vagy valamilyen tárgy, folyamat függvényeként értelmezi. Az erre adott válasz az elbeszélésben a narrátor/karakter perspektívájában megjelölt ágens és páciens típusához kapcsolódik. A grammatikai ágens és páciens terápiás diskurzusban betöltött funkciói alapján, a szelftől a másik személyen át egy élettelen tárgyig terjedő kategóriák szerint különítettük el. Ez alapján ötféle típusát különítettük el a lehetséges ágenseknek és pácienseknek, ide értve azt az esetet is, amikor a narrátor/karakter nem jelöl meg ágenst vagy páciens az adott intonációs egységben. Az ágens fogalmát tehát tág értelemben használtuk. Nemcsak az intencionalitással rendelkező személy, mint a történet cselekvője tekinthető ágensnek, hanem bármely élettelen tárgy vagy folyamat kategóriájába tartozó fogalom, amely a CAUSE (ok) függvény argumentumaként szerepel az adott intonációs egységben (Jackendoff, 1992). Az ágens és páciens funkciói nem szimmetrikusan oszlanak meg és nem egymás kiegészítői. Az ágens jelenlétének nem feltétele páciens jelenléte vagy ennek verbális kifejezése az adott intonációs egységben és vice versa.

A narrátor/karakter a cselekvések kivitelezőjeként és a történések beindítójaként elsősorban megjelölheti saját magát, ilyenkor referenciális szelfágenciáról beszélünk. Más esetekben azonban saját magát mint az események, történések passzív elszenvedőjét állítja be, ilyenkor szelfpácienciáról beszélünk. A másik véglet az, amikor a narrátor/karakter valamilyen élettelen tárgyat, absztrakt fogalmat vagy eseményt jelöl meg a történések okozójaként, ezt a más-ágencia kifejezéssel jelöltük. Hasonlóképpen, amikor egy élettelen tárgy vagy nominalizált esemény a narratívum cselekvéseinek vagy történéseinek passzív elszenvedője, más-pácienciáról beszélünk. A NP-intencionalitás aspektusát kifejező ágencia- és pácienciaváltozók érték kategóriáinak definíciója kutatásunkban a következő volt:

1. Szelfágencia, szelfpáciencia

Ágens: a cselekvés aktív végrehajtója, de nemcsak cselekvést kifejező igék esetében szerepelhet, hanem vonatkozhat bizonyos történésekre, állapotváltozásokra is, amennyiben azok okozója a narrátor. Szelfágencia esetén a cselekvő alany egybeesik a narrátor/karakterrel. Páciens: az a személy, akivel megtörténik valamilyen esemény, melynek nem előidézője, de következményeinek passzív elszenvédője. Szelfpáciencia esetén a szenvedő alany egybeesik a narrátorral.

2. Szelfrészágencia, szelfrész-páciencia

Szelfrészágens: a cselekvés végrehajtója, a CAUSE függvény argumentuma egy olyan tárgy, ami valami módon a narrátor fizikai vagy pszichikai szelfjéhez tartozónak tekinthető, például testrészt, érzelmeket. Szelfrészpáciens: akivel/ammivel megtörténik valamilyen esemény, melynek nem előidézője, de következményeinek passzív elszenvédője a narrátor pszichikai vagy fizikai szelfjéhez tartozó tárgy.

3. Más élő személy ágencia, más élő személy páciencia

Más élő személy ágens esetén a cselekvés aktív végrehajtója egy személy, aki nem azonos a narrátorral. A másik személyre vonatkozó ágencia nem csak cselekvést kifejező igék esetében szerepelhet, ez a kategória vonatkozhat bizonyos történésekre, állapotváltozásokra is, amennyiben azok okozója egy személy. Páciens: akivel megtörténik valamilyen esemény, melynek nem előidézője, de következményeinek passzív elszenvédője. Más élő személy páciencia esetén ez a személy nem azonos a narrátorral vagy a beszélővel.

4. Élettelen tárgy vagy folyamat ágencia, élettelen tárgy vagy folyamat páciencia

Ágens: a cselekvés aktív végrehajtója, nem köthető semmilyen szempontból a narrátorhoz, hanem attól teljesen független élettelen tárgy, esemény vagy folyamat (vagyis nem szelfrész). Páciens: akivel megtörténik valamilyen esemény, melynek nem előidézője, de következményeinek passzív elszenvédője. Az élettelen tárgy páciencia esetén a szenvedő alany egy narrátortól független élettelen tárgy vagy esemény.

5. Nincs ágens, nincs páciens

Előfordulhat, hogy egy adott intonációs egységben nem szerepel ágens vagy páciens. Ilyenkor a „nincs” kategóriával jelöltük az ágens vagy páciens típusát.

Összefoglalva a NP-intencionalitás aspektusát kutatásunkban három változó alapján definiáltuk. Az első a fokalizáló mód: amely lehet internális vagy externális. Internális fokalizáló mód esetén a narrátor/karakter betekintést enged a hallgatónak a történet szereplőinek mentális világába is, azaz mentalizál. Externális fokalizáló mód esetén azonban a narrátor csak külső nézőpontból ad leírást a szereplőkről, eseményekről. A NP intencionalitás aspektusának másik két változója az ágencia és páciencia. Ezeknek öt típusát különítettük el: szelfágencia vagy -páciencia, szelfrészágencia vagy -páciencia, tárgyágencia vagy -páciencia,

más-ágencia vagy páciencia és végül megkülönböztettük azt az esetet, amikor nincs ágens vagy páciens megjelölve az adott intonációs egységben.

A NP diskurzusszint aspektusa

A diskurzusszint a NP negyedik aspektusa, amit egy változóval operacionalizáltunk. A NP modelljét a terápiás folyamatra alkalmazva a terápiás diskurzus helyzetében három diskurzív pozíciót, más szóval diskurzív szintet különböztettünk meg a narratív konstrukció folyamatában, melyet a narrátor (páciens/terapeuta) felvehet a narratívum elbeszélése közben:

- a) a narrátorét,
- b) a történet egy karakterének pozícióját, aki lehet egy másik személy vagy az elbeszélő korábbi önmaga, mint karakter,
- c) páciens/terapeuta a narráció valós idejéhez viszonyított itt és most pozícióját, a terápiás helyzet jelenében, annak itt és mostjában.

A megkülönböztetésnek a diskurzív funkciók szempontjából az a lényege, hogy a három pozícióban eltérő az azt elfoglaló szubjektum tudása, belátása, megértése és érzelmi involváltsága. A narrátorpozícióban az elbeszélő tágabb időintervallumra lát rá, több epizódot kapcsol össze egymással valamilyen közös szempont alapján, míg karakterpozícióban a narrátor teljesen azonosul egy adott, konkrét múltbeli epizódban betöltött szerepével.

A pszichés narratív szintek ugyanakkor eltérő emlékezési módoknak felelnek meg (Conway, 1992), amennyiben a narrátorszint az általános önéletrajzi emlékek előhívását teszi lehetővé, melyek nem specifikus, egyszeri eseményekre vonatkoznak, inkább többször ismétlődő eseményekből, az életrészeknek egy hosszabb időperiódusára jellemző tipikus viselkedéselemből összeálló tudásra, valamint a személyes emlékekből kiemelt szelffel kapcsolatos általános tudásra épülnek. A narrátorszint szembeállítható a karakterszinttel, ahol a páciens egy egyedi alkalomra vonatkozó, konkrét epizódot, jól formált specifikus eset történetét mondja el. Conway elmélete alapján ez az epizodikus emlékezetből az önéletrajzi emlékezetbe beemelt, jól elkülöníthető elemeket jelenti. Barclay (1996) szerint az epizodikus emlékekre jellemző érzelmi intenzitás bizonyos verbális megfogalmazásokban érhető tetten, mint például az érzelmi átélést nyomtatékosító kifejezések, nagyobb kohézió, az emlék rövidebb időbeli kiterjedése, idői kauzális kifejezések, téri-idő kontextuális információ jelenléte, perceptuális részletek gazdagsága (Kónya, 2008; Szólósi, Fazekas, Kónya, 2013).

A diskurzusszint harmadik kategóriája a terápiás jelenre vonatkozó megszólalásokat jelöli. Ennél fogva ez a szint a terápiás jelenben éppen zajló érzelmi állapotváltozásokra, belátásokra reflektál. A diskurzustevékenységekbe ágyazott

5.1. táblázat. A narratív perspektíva modelljében használt változók

NP változó	Definíció	Típusok
1. Igeidő	Az igei toldalék igeideje	1. Múlt 2. Jelen 3. Jövő
2. Deixis	Bármely kifejezés, ami egy intonációs egységen belül az adott megnyilvánulás létrejöttének körülményeire utal: időhatározók, helyhatározók, névmások határozószavak	0. Nincs 1. Közelítő 2. Távolító 3. Vegyes
3. Ige személy	Az igei személyragban szereplő személy	1. Első személy 2. Második személy 3. Harmadik személy 4. Általános alany
4. Ige szám	Az igei személyragban szereplő szám	1. Egyes szám 2. Többes szám
5. Diegézis	A narrátor N viszonya a történet világhoz, melyben az elbeszélte események zajlanak. A narrátor része lehet ennek a világnak vagy kívülről nézhet rá. Vagy oly módon lehet részese a történetnek, hogy egy másik szereplővel azonosulva, az ő szemszögéből mondja el az eseményeket	1. Homodiegetikus 2. Heterodiegetikus 3. Pseudodiegetikus
6. Fokalizáció	A narrátor tudása az általa ábrázolt világról, a szereplők viselkedéséről, külsejéről vagy érzelmeiről, gondolatairól, vágyairól, ill. ignoranciája ez utóbbiakról	1. Externális 2. Internális
7. Ágencia és 8. páciencia	Ki az aktív cselekvő, aki az eseményeket irányítja és ki a történések passzív elszenvedője? Szerepel-e ágens és páciens a történetben?	1. Szelfágens, páciens 2. Szelfrészágens, páciens 3. Más személy ágens, páciens 4. Élettelen tárgy ágens, páciens 5. Nincs ágens, páciens
9. Diskurzusszint	Milyen típusú emlékezeti szerveződéshez köthető az a tartalom, amelyre a narrátor összpontosít? Általánosságban beszél a narrátor, konkrét epizódokat mesél el vagy itt és most zajló érzelmi állapotokra reflektál?	1. Terápiás jelen, itt és most 2. Narrátorszint 3. Karakterszint

elő narratív előadás esetén, a terápiás itt és most szintje az elbeszélés konstrukciójának olyan mozzanatait is elkülöníti, amikor a társalgás a narráció aktusának valamely vonatkozására fókuszál, és nem magára a történetre. A terápiás diskurzív tevékenységek között ilyenek lehetnek a páciens jelenlegi élményeire, érzelmeire vonatkozó megjegyzések vagy a terapeuta intervenciói, az áttétel feldolgozása. Ez ugyanakkor nem zárja ki azt, hogy a terapeuta az aktuális terápiás céloknak megfelelően a diskurzusszintek közül bármelyiket felhasználja az intervenció színhelyéül.

Összefoglalva a NP diskurzusszint aspektusát, ez a változó három értéket vehet fel. Ezek a narrátorszint, karakterszint és terápiás itt és most szint. Az alábbi táblázatban összegeztük a NP általunk használt modelljében alkalmazott változókat és ezek lehetséges értékeit.

Chafe (1994) alapján a NP-t a diskurzusban az intonációs egységeken értelmeztük, ami azt jelenti, hogy az intonációs egységeket egyenként kódoltuk le a szövegben a NP alkotóelemeinek szempontjából. A NP egy-egy aspektusa akár minden egyes intonációs egységgel változhat, ez azonban nem szükségszerű. A jelen kutatás keretében a NP egy új modelljét állítottuk fel, ami alkalmas a pszichoterápiás diskurzusban megjelenő perspektívák folyamatos változásainak leírására, valamint a beszélők kölcsönös szabályozásának és önszabályozásának nyomon követésére, s ez által a figyelmi és érzelmi szabályozás folyamatának vizsgálatára. A NP változóinak intonációs egységekre történő értelmezésének részletes technikai leírását a *Narratív perspektíva kódolásának kézikönyvében* foglaltuk össze (Berán, 2009).

A NP-váltás definíciója

Mint azt korábbi írásainkban kifejtettük (Berán, Unoka, 2014; Berán, 2009), Uszpenzski (1973) szerint a narratív szövegekre a különféle perspektívák folyamatos váltakozása jellemző. A terápiás szövegek vizsgálatában a NP váltást két egymást követő intonációs egység esetében, az általunk használt NP modell keretében definiáltuk. Eszerint az NP-t alkotó bármely változónak az egyik kategóriáról a másikra történő váltását NP-váltásnak neveztük. Ilyen lehet például a múlt időről jelen időre történő váltás az igeidő változó esetében vagy az externális fokalizációról internálisra történő váltás a fokalizáció változó esetén. Az egyes NP-váltásoknak, valamint a különféle NP-mintázatok beszélőre jellemző használatának a terápiás célok szempontjából többféle funkciója lehet. A folyamatosan változó perspektívák segítségével valósul meg a szelfnarratívumok újraírása, valamint az interaktív történetkonstrukció során a figyelmi szabályozás és az affektív bevonódás mértékének szabályozása.

A NP-váltás szabályozó szerepe a terápiás interakcióban

A terápiás narratív interakcióban a NP-váltással történő szabályozás egy két összetevőből álló folyamat (Berán, 2009, Berán, Unoka, 2014), melynek részei az önszabályozás és a kölcsönös szabályozás vagy más szóval a perspektívák beszélők közötti koordinációja. A páciens vagy terapeuta által használt NP-váltás önszabályozó folyamata az a jelenség, amikor a narrátor folyamatos beszédében egyik NP-ről a másikra vált. A NP-váltással történő szabályozási folyamat másik része az, amikor a beszélők befolyásolják egymás perspektíváját, például a páciens a terapeuta beszédét követően, az abban megvalósított perspektívát valósítja meg saját beszédében – vagyis saját beszédében a terapeuta perspektíváját „átvéve” hajt végre NP-váltást. A terapeuta esetében hasonló módon írható le a perspektíva átvételével megvalósított kölcsönös szabályozás vagy más szóval a perspektívák koordinációja. A NP-váltással megvalósított figyelmi szabályozás része az önszabályozás és a kölcsönös szabályozás (Unoka, Berán, 2006).

A kölcsönös szabályozást vagy más szóval a beszélők perspektíváinak koordinációját a kliens és terapeuta közös figyelmi helyzete alapozza meg, mely lehetővé teszi az interakció során megvalósuló közös cselekvést (Clark, 1996). Korábbi vizsgálatok (Garrod, Pickering 2004, Pickering, Garrod, 2006) arra is rámutattak, hogy a társalgás általános célja, hogy a kommunikáló felek egymáshoz hasonló, közös mentális reprezentációkat hozzanak létre az interakcióban. A részt vevő felek a mentális reprezentációinak „illeszkedése” szükséges ahhoz, hogy sikeres legyen a kommunikáció. Ez a magasabb rendű cél az alsóbb rendű koordinációkra alapulva jön létre, mely során számos diskurzustevékenységnél megmutatkozik a koordináció a beszélők között: testhelyzet, hangsúly, dialektus, szókincs, grammatikai szerkezet (Garrod, Anderson, 1987; Garrod, Pickering, 2009).

Ennek alapján feltételeztük, hogy az interakcióban a perspektívahasználati mintázatokban is megvalósul az illeszkedés. A beszélő saját beszédében megvalósított perspektívája a hallgató figyelmét ráirányítja a történet bizonyos aspektusaira. Amikor a beszélő nézőpontot vált, a hallgató a verbális információ feldolgozása közben (Chafe, 1994) a NP-váltást észlelve felveszi az interakciós partner perspektíváját és ennek kifejezésekként, soron következő megnyilvánulásában szintén megvalósítja azt, vagyis saját korábbi perspektívájáról beszédpartnerének nézőpontjára vált át (Berán, Unoka, 2014).

Az NP-váltással történő kölcsönös szabályozás vagy koordináció során mind a terapeuta, mind pedig a kliens befolyásolják egymás perspektívaváltásait, azonban eltérő szerepekből következően ezt eltérő módon alkalmazzák. Így a kliens esetében inkább a narratív interakció során bekövetkező spontán megnyilvánu-

lásokról beszélhetünk, míg a terapeuta felhasználhatja a perspektívaváltás eszközét a terápiás célkitűzések megvalósításának érdekében. A kliens a kezelés későbbi szakaszában, a terapeuta által alkalmazott NP-szabályozási mechanizmusokat a kölcsönös szabályozás segítségével automatikusan elsajátítja, eközben egyre differenciáltabb önszabályozási készségeket alakít ki, melyeket a terápiás helyzetben kívül is alkalmazni tud (Berán, Unoka, 2014).

Az önszabályozás és kölcsönös szabályozás NP-váltás során megvalósuló mechanizmusai a figyelemirányítás mellett szerepet játszanak a szelfbevonódás affektív szabályozásában is. Amint azt a korábbiakban részleteztük (Berán, Unoka, Czobor, 2011), számos vizsgálat kimutatta, hogy bizonyos nézőpontok felvétele a beszélő részéről intenzívebb affektív bevonódásra utal, mint mások. A terapeuta a NP-váltással történő kölcsönös szabályozást az affektusregulációban, a szelfbevonódás szabályozásában a terápiás céloknak megfelelően alkalmazza. Más szóval, a terapeuta a narratív interakció során, az ülés egy adott időpontjában a terápiás céloknak megfelelő szintű affektív bevonódást próbál kialakítani a kliensben. Eszerint a terapeuta az interakció során a NP-váltás segítségével az affektustelítettséget belátása szerint fokozhatja vagy csökkentheti.

A terapeuta által megvalósított perspektívaváltások az affektusreguláció szempontjából is mintául szolgálnak a kliens számára. Ennek a narratív interakcióban megvalósuló többszöri ismétlése során a kliens az affektív állapotok szabályozását a figyelmi szabályozással párhuzamosan elsajátítja a terapeutától.

Ágenciaélmény változása egy szexuális trauma emlékét elfedő álom analízise során

6.

Disszociáció, emlékezeti zavarok, kontrollvesztés, ágenciahiány – ezek azok a jellemző tünetek, amelyek a szexuális abúzus traumájával járnak és amelyek az áldozatok traumatörténeteiben is megnyilvánulnak (O’Kearney, Perrott, 2006). Azoknak a terápiás intervencióknak, melyek a traumatizált személyek kezelését célozzák, elsődleges célja az abúzus történetének rekonstrukciója a flash-bulb-szerű emlékekből, vagy disszociálódott fragmentumokból (Allen, 2001), valamint az egészséges ágenciaérzés visszanyerése. Jelen vizsgálatunk célja, hogy egy pszichoterápiás ülésen zajló, sorozatos szexuális és érzelmi abúzust elszenvedett fiatal nő esetében bemutassuk az abúzusnarratívum rekonstrukcióját a pszichodinamikus terápiában. Ehhez a korábban (5. fejezet) leírt diskurzuselemzési módszert használjuk és bemutatjuk, hogy a páciens elbeszélő perspektívájának folyamatos változása miként vezet ágenciaérzésének rekonstrukciójához.

Az ágenciával párhuzamosan a kliens kiszolgáltatottságát és passzív reakcióját is vizsgáljuk, amit „pácienciának” nevezünk. Véleményünk szerint az ágencia mellett szükség van a páciencia érzésének rekonstrukciójára a traumanarratívumban, azért, hogy az abúzustörténet érzelmi relevanciája a valódi élményhez közelítsen, így megvalósulhat ennek az élettörténeti epizódnak az átalakulása és újrabeillesztése az önéletrajzi tudás rendszerébe (Conway, Singer, Tagini, 2004). Az elemzési módszerünk elsősorban a narratív perspektíva (NP) ágencia- és pácienciaváltozóra fókuszál, de más változók, mint például a diskurzusszint-változó – mely a különféle emlékezeti stratégiák közötti váltásokat mutatja ki – szintén fontos szerepet játszanak a kliens történetének átalakulásában.

Jelen vizsgálat egy terápiás ülés első felét dolgozza fel. Az ülés elején elhangzik egy álomtörténet. Az álomtörténethez kapcsolódó asszociációk nyomán az interakciót lépésről lépésre nyomon követve kibontakozik az abúzustörténet, s a fejezet az álomnarratívum és az abúzustörténet perspektíváinak összevetésével zárul. Elemzésünkéből kiderül, hogy a felelősségvállalás és önvád a kliens részéről megakadályozza a megfelelő párkapcsolati működést.

Elemzésünkben azt is bemutatjuk, hogy mi a terapeuta szerepe a kliens nézőpontjának megváltozásában, s ezt hogyan, milyen intervenciókon keresztül valósítja meg. Az interakció lépésről lépésre történő elemzésével azt is szeretnénk illusztrálni, hogy miként befolyásolhatja a terapeuta a kliens nézőpontjának változásait. A korábban említett mechanizmus itt is tetten érhető: a terapeuta saját

nézőpontjának megváltoztatása során a perspektívák koordinációján, vagyis a kölcsönös szabályozás mechanizmusán keresztül befolyásolja a kliens nézőpontjának megváltozását. Ezt a folyamatot a strukturális változás egyik mechanizmusának tekintjük.

Az ágencia és páciencia kérdése az abúzus áldozatainak terápiájában

A szexuális abúzus és trauma egyik fontos pszichés következménye az egészséges ágenciaérzés elvesztése. Az ágenciavesztés megnyilvánul a különféle poszttraumás tünetekben, mint például a tudatos élmények integrációja, a disszociáció és az emlékezeti működések kontrollja. Ez leginkább az előhívásra érvényes és a traumatikus emlék repetitív intruzív újraátélésének következményével jár (Conway, Harries, Noyes, Racsmány, Frankish, 2000), vagy átmeneti amnéziához is vezethet, ahogy intenzív, kontrollálhatatlan érzelmi állapotokhoz, pszichoszomatikus tünetekhez és rémálmokhoz (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV, 1994).

A debriefing, kognitív viselkedés és pszichodinamikus terápiáknak egyaránt célja, hogy a szexuális abúzust átélt kliensek esetében rekonstruálja az egészséges ágenciát, a traumatikus élmény történetének feldolgozása során (Kaminer, 2006). A terápiában zajló rekonstrukciós folyamat segíti a páciens abban, hogy egy biztonságos támogató közegben újra átélje az eseményekhez kapcsolódó érzelmeit, miközben létrehozza az események újabb nyelvi reprezentációját. Ez utóbi célja, hogy a nyelvi reprezentáció segítségével integrálni tudja a traumaélmény szenzoros perceptuális epizodikus emléket a szelf önéletrajzi tudásrendszerével (Allen, 2001; Beaudoin, 2005; Conway, 2001; Kaminer, 2006).

Keskien (2004) egy fontos szempontot emel ki az ágenciára vonatkozóan a szexuális abúzust elszenvedett páciensekkel kapcsolatban. Arra figyelmeztet, hogy óvatosnak kell lennünk, amennyiben ezeket a klienseket felelősségteljes cselekvő személyeknek tekintjük az abúzustörténeten belül, mint például amikor az áldozat felelősségét tételezzük fel az intim kapcsolati abúzus folytatódása miatt vagy egy szexuális erőszak során. Ez utóbbi még mindig gyakran előfordul különféle kulturális közegekben, ahol az áldozat stigmatizációja gyakran a felelősség feltételezésével is együtt jár. Míg a terapeuták döntő fontosságúnak ítélik a szelfágencia visszanyerését a terápia során a kliens részéről – mint például a cselekvőképesség, kezdeményezőkézség elsajátítását, jogaik folyamatos képviselését, az autonómia és függetlenség elnyerését az abúzhelyzetben – az is fontos, hogy a kliensek segítséget kapjanak a büntudattól való megszabadulásban, amennyiben az áldozat saját magát tekinti felelősnek az abúzus következményeiért. Ennél fogva az újrakeretezés, a történet ismételt elmondása, rekonstrukciója során a kiszolgálta-

tottság tényének elfogadása és a „páciencia” élményének átélése éppolyan fontos szerepet kaphat, mint az ágencia átélése. Ezért tehát a terápiában megvalósuló narratív rekonstrukció részét képezi a kliens és a történet többi szereplőjének ágencia- és pácienciaviszonyainak újragondolása, tisztázása.

Ágencia és páciencia a narratív kutatásban

A legtöbb narratív elméletben az ágencia és páciencia kérdése a szándékos cselekvéssel kapcsolódik össze (Karlsson, 2002). Az ágencia arra vonatkozik, hogy egy esemény vajon egy szereplő szándékos cselekvésének következménye vagy a véletlen, a természet, vagy más folyamatok következménye. Hagyományosan a narratív ágensek személyek vagy humanizált lények, akik cselekedetet hajtanak végre és folyamatokat kezdeményeznek (Prince, 2003; Bremond, 1973). A páciencia ezzel szemben mások cselekedeteinek vagy a történet egyéb eseményeinek, folyamatainak passzív elszenvetését jelenti. A páciensek az ágensek által kezdeményezett cselekedeteknek vannak alávetve, helyzetük a velük történő események során változik, de ők maguk nem kezdeményezői ezeknek az eseményeknek.

Az ágencia és páciencia fogalmát empirikus, pszichológiai szempontból eltérő módon konceptualizálták különféle szerzők, mint például McAdams (Adler, Skalina, McAdams, 2008), Schafer (1976) és Habermas (2006). McAdams (2001) szerint az ágenciaézés a szelf védelméről, az asszertivitásról, a szelf kiterjesztéséről szóló történetekben jelenik meg, azzal a motivációval, hogy kontrollálja a szelf vagy a külvilág eseményeit. McAdams az ágenciaézés narratív megfogalmazásának témáit tanulmányozta, négy dimenzió mentén: a. önuralom, b. státusz előmenetel vagy győzelem interperszonális helyzetekben, c. célok megvalósítása és mások iránti felelősség, valamint d. egy másik, hatalmasabb ágenstől származó felhatalmazás (például természeti erő, Isten) (McAdams, Hoffman, Day, Mansfield, 1996). Míg McAdams nem foglalkozott a páciencia narratív kifejezésével, addig Schafer (1976) megkülönböztette a narrátor/karakter aktív szerepét az események folyamatok passzív elszenvetésének szerepétől. Schafer szerint amikor a kliens/narrátor saját magát, mint az események passzív elszenvetését jeleníti meg a történetben, akkor egyszersmind elkerüli saját felelősségét az események következményeivel kapcsolatban, esetlegesen még saját maga elöl is elrejtve ezt a motivációt. Habermas (2006) Schafer gondolatmenetéből kiindulva azzal érvel, hogy a morális felelősség bizonyos cselekedeteinkkel kapcsolatban a narrátor nézőpontjában, a narratív perspektívában fejeződik ki. Érvelése szerint a morális felelősség kifejezéséhez nem elég, hogy a narrátor aktív cselekvőként jelenítse meg saját magát a történetben, hanem arra is szükség van, hogy az „akarás” és „elhatározás” mentális igéi is megjelenjenek az önéletrajzi történetekben.

A narratív megközelítéssel szemben Jackendoff (1992) kognitív-szemantikai elméletében egy sokkal általánosabb definíciót ad az ágens kifejezésére. Eszerint az ágencia tág értelemben használható bármilyen szövegtípus esetén, ide értve a történeteket is, ahol nem pusztán személyek szerepelhetnek ágensként, de bármilyen élettelen tárgy vagy folyamat is, amely az argumentum szerepét be tudja tölteni az oksáfgüggvényben (i. e. *cause function*) (Jackendoff, 1992). Például egy olyan kijelentésben, hogy „a víz kimossa a partot” a víz, mint élettelen tárgy ágensként szerepel, és az okozás egy fizikai folyamat következményeként jön létre, míg abban a mondatban, hogy „a gyomrom megemésztí az étel”, az ágens egy testrész és az okság az emésztés fiziológiai folyamatán keresztül valósul meg. Amennyiben Jackendoff nézetét kiterjesztjük a páciencia fogalmára is, ezt is az oksáfgüggvény argumentumaként határozhatjuk meg, de arra vonatkozóan, aki vagy ami egy oki folyamat vagy esemény elszenvedője, melynek következményeként állapotváltozáson megy keresztül.

Jackendoff definíciójának használata bizonyos következményekkel jár a narratívumban megfogalmazott intencionalitásra, amennyiben lehetővé teszi különböző típusú ágensek és páciensek reprezentációinak az elkülönítését. Az ágens vagy páciens lehet a narrátorral azonos vagy a narrátoron kívüli más személy, élő vagy élettelen tárgy, ill. folyamat. Ezek a különbségek releváns szempontként merültek fel az ágenciával és morális felelősséggel kapcsolatosan (Habermas, 2006; Schafer, 1976).

Vizsgálatunk fő kérdése tehát, hogy az ágencia és páciencia miként konstruálódik újjá a narratív interakció során, és ezt a folyamatot a terapeuta intervenciói miként befolyásolják.

Annak érdekében, hogy az ágencia és páciencia kifejeződését a szövegben szisztematikusan tudjuk elemezni, Jackendoff ágenciafogalmából indultunk ki, és elkülönítettük a különféle ágens/páciens típusokat, amiket az 5. fejezetben részletesen definiáltunk: a) a narrátor szelfje, b) a narrátor szelfrésze (például a narrátor egy testrésze), c) a narrátoron kívüli élő személy vagy d) élettelen tárgy vagy folyamat. Ezek a típusok a narrátor részéről történő felelősségvállalás különféle szintjeit mutatják, bár nem alkotnak szokásos (ordinális vagy arány) „skálát”.

Szelnarratívumok perspektívaváltással történő konstrukciója a terápiás folyamatban

A terápiás interakció során a kliens különféle önéletrajzi történetei a terapeuta hozzájárulásával közösen konstruálódnak újjá, melynek során a történet eseményei, a különféle identitások és az ágenciatípusok a terapeuta hozzájárulásával jönnek létre (Beran, Unoka, 2005a; Habermas, 2006; Ochberg, 1994; Schafer, 1976; Labov, Fanshel, 1997). Ennek a közös konstrukciós folyamatnak a során a

páciens és terapeuta közösen hozzák létre a történetek jelentését: újraértelmezik és módosítják a korábbi jelentéseket. A régi történetek átalakulnak, kibővülnek az új jelentések által, mely folyamat a narratív szelf átalakulásához vezet (Beran, Unoka, 2005). Azáltal, hogy a narratívumok szerkezeti tulajdonságára fókuszáljuk elemzésünket – vagyis a NP változásaira – a narratív szelf változását lépésről lépésre tudjuk nyomon követni. Más szóval, a szelfnarratívumok átalakulását bizonyos perspektívák használatával hozzuk összefüggésbe.

Ezen túlmenően, kvalitatív elemzésünkben bemutatjuk, hogy a beszélők az interakció során befolyásolják egymás perspektívaváltásait. Azt szeretnénk illusztrálni, hogy a beszélők miként befolyásolják egymás nézőpontváltásait, elsősorban a terapeuta hogyan befolyásolja a kliens NP-váltásait. Ez a mechanizmus, mint korábban említettük, a közös figyelmi helyzeten alapul. Az egyik beszélő adott perspektívahasználata felhívja a másik beszélő figyelmét a történet bizonyos aspektusaira (Nelson, Fivush, 2004), ennek során az első beszélő által használt NP befolyásolja a másik beszélő perspektíváját, mely kimutatható következő megszólalásában. Mint ahogy azt az 5. fejezetben kifejtettük, ezt a folyamatot a nézőpontok koordinálásának vagy kölcsönös szabályozásának nevezzük. A kölcsönös szabályozás lehetővé teszi a terapeuta számára, hogy a terápiás folyamat szempontjából optimális nézőpontváltásokra készítse a klienst. A nézőpontváltások sorozata kimutatható a terápiás ülésen zajló interaktív konstrukciós folyamatban, melynek során a kliens szelfnarratívumai újraíródnak, átalakulnak. Az egymáshoz kapcsolódó perspektívaváltások sorozata lehetővé teszi a terapeuta intervenciói közvetlen vizsgálatát, vagyis azt, hogy ezek az intervenciók milyen hatást váltanak ki a kliens önéletrajzi történeteinek alakulására.

Módszerek

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

Az elemzett részletek a Budapest Pszichoterápiás adatbázisból valók, ennek összegyűjtéséről és jellemzőiről a 4. fejezetben részletesen beszámoltunk. Itt most csak röviden, emlékeztetőként említünk meg néhány fontosabb részletet a kliensről és terapeutáról. Jelen vizsgálatban a női terapeuta és kliens páros hangrögzített adataival dolgoztunk. A vizsgálati személyek önkéntesen vettek részt a kutatásban. A terapeuta képzett pszichoanalitikus, klinikai szakpszichológus, a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület tagja. Az általa alkalmazott módszer a pszichoanalízis, tárgykapcsolat-elmélet.

A kliens, akit Klárának hívunk az elemzésben, alapidplomáján dolgozó egyetemi hallgató. Húszas éveiben járó, fiatal nő, budapesti lakos. A terapeuta

által kitöltött CDF alapján a kliens szorongásos zavarral, szexuális diszfunkcióval és dependens személyiségzavarral küzd. A vizsgálat idején partnerkapcsolatai instabilak voltak. A kliens képes volt viszonylag stabil baráti kapcsolatok létesítésére, arra, hogy párhuzamosan végezze az egyetemet és munkahelyén is helyt álljon.

Vizsgálati folyamat

ADATOK ÉS MINTAVÉTEL

A szisztematikusan összegyűjtött Budapest Terápiás Adatbázis adataiból a jelen vizsgálathoz egy ülést választottunk ki. Mintavételünket elméleti megfontolások irányították. Az ülés első 30 percében ugyanis egy álomtörténetből kiindulva sor kerül egy szexuális abúzus történetének felfedésére, mely szoros kapcsolatban áll a kliens párkapcsolati problémáival. Az interakció során jól nyomon követhető a trauma lépésről lépésre történő feltárása, ami, úgy gondoljuk, tanulságos lehet más traumák felfedésével kapcsolatosan is.

A vizsgált ülés a megfigyelési periódus elejéről való, tehát a terápia kezdeti szakaszából. A részleteket azzal a megfontolással válogattuk ki, hogy a trauma feltárásainak fontos mozzanatait mind belefoglaljuk az elemzésbe. Az álomtörténet az első részletben szerepel. Ezt követően egy pár perces részt kihagytunk az átírat ismertetéséből helyhiány miatt. Ezután 4 további, egymást folyamatosan követő részletet közlünk az ülésről – ezek között tehát már nincs kimaradt terápiás részlet. Elemzésünket a traumatörténet feltárásával zárjuk, ami nagyjából az ülés kétharmad része. Az ezt követő részletek további konfliktusos helyzeteket idéznek fel a kliens párkapcsolataiból, és a terápiás folyamatnak már egy másik fázisát képviselik – az eset feldolgozását és átdolgozását – ezért ezeket ebben a vizsgálatban már nem elemizzük.

Adatelemzés

Mint korábban említettük, a terápiás ülések hangrögzített anyagát CHILDESS kódrendszer alapján (McWhinney, 2000) jegyeztük le, melynek technikai részleteiről és az átírat jellemzőiről a 4. fejezetben részletesen írtunk. Az elemzett részleteket két független kódoló kódolta le a *Narratív perspektíva kódolási kézikönyve* alapján (Berán, 2009). A következőkben kvalitatív módszereket használva elemizzük a terápiás ülés részleteit.

A terápiás ülés részleteinek elemzése

ÁLOMTÖRTÉNET

Az ülés kezdetét követő tizedik percben a kliens, Klára elmondja egy korábbi álmát. Ahogy az ülés egy későbbi pontján kifejti, az álom akkor jutott eszébe hirtelen, amikor a legutóbbi ülésről távozott. Az ágenciával és kontrollal kapcsolatos ambivalenciája kifejeződik az álomra történő visszaemlékezéssel kapcsolatban, ahogy beszámol róla a terapeutának: nagyon örült annak, hogy végre valamit sikerült elfelejtenie.

Az álomra való visszaemlékezés során a kliensnek saját bevallása szerint szörnyű napja volt, pszichoszomatikus tünetekkel küzdött, mint például az erős fejfájás. Az első részletben idézzük az álomtörténetet, ami a további munka alapját képezi az ülésen.

1. RÉSZLET

220.K: ezt álmodtam ugye hétfőre reggel.

221.K: és öö ooo+...

Megjegyzés: szünet 26 s

222.K: öö nem megy.

Megjegyzés: szünet 4 s

223.K: jó végül is így,

224.K: tehát hogy a Lacival álmodtam,

225.K: és ö+...

Megjegyzés: szünet 4 s

226.K: tehát így,

227.K: nem tudom így+...

228.K: találkoztunk,

229.K: aztán így,

230.K: öö+...

231.K: úgy elkezdtünk csókolózni,

232.K: aztán ugye így elkezdődött egy ilyen előjáték,

233.K: ami öö ben végül is annyi volt+...

234.K: hogy öö +...

235.K: +, hogy így ö+...

236.K: már levetkőztettük egymást meg minden,

237.K: és hogy én így+...

238.K: puszilgattam a hasát,

- 239.K: és lehúztam a a nadrágját,
240.K: és nem volt ott semmi. ##
241.K: és ugye így ö+...
242.K: egy gyerekmintás alsónadrág volt rajta.
243.K: ilyen kisgyerek+/
244.K: amilyen a kisgyerekeknek a +...
245.K: alsónadrágja.

INTERAKCIÓ-RÉSZLET, AMI NEM SZEREPEL AZ ELEMZÉSBEN

Az álomnarratívumból kitűnik, hogy a terapeuta nem szólt közbe a visszaemlékezés során, így nem befolyásolja az elbeszélést. Ha az álomban használt perspektívákat megvizsgáljuk, azt találjuk, hogy Klára végig múlt időt használ. A konzekvensen múlt idejű perspektívahasználata – az első személyű alany ellenére – érzelmi távolságot teremt az álomban szereplő karakter és a narrátor-szelf között. A kizárólagosan múlt idejű igehasználata a hallgató számára alacsonyabb érzelmi bevonódást mutat, mint hogy ha jelenidő használatával kombinálja az elbeszélő (Berán és mtsai, 2011; Pillemer, Desrochers, Ebanks, 1998; Pólya és mtsai, 2005; Schiffrin, 1981). Az alacsonyabb érzelmi bevonódásra utal az is, hogy a szelf és a másik érzelmei nem kerülnek említésre. Klára csak a szereplők viselkedéséről beszél a történetben, nem tesz említést érzelmeikről, gondolataikról vagy élményeik bármiféle mentális aspektusáról. Például a 240-től a 245-ig a szerető (a kliens egy korábbi partnere) nemi szervének hiánya kerül említésre, de ezzel kapcsolatban semmilyen érzelmi állapotot nem említ meg a narrátor. A narrátornak ez a stratégiája, amely mentális állapotok nélkül az eseményekre és perceptuális vizuális effektusokra fókuszál, gyakran megjelenik traumatörténetek elbeszélése során.

Az ágencia kifejezésének szempontjából a szelfágencia használata dominál. Ez azt mutatja, hogy Klára saját magát, mint aktív cselekvőt jeleníti meg, aki kezdeményez, hatással van az események kibontakozására és felelősséget vállal azok következményeiért – szemben azzal, mintha passzív elszenvédője lenne a másik szereplő által kezdeményezett cselekedeteknek. Jól példázzák ezt az „azt álmodtam”, „elkezdünk csókolózni”, „levetkőztettük egymást” kifejezések.

Egyes pillanatokban azonban egy élettelen tárgy veszi át az ágens szerepét, mint például 240–245-ig, amikor a „semmi”, „gyermek” és „alsónadrág” veszi át az ágens szerepét. Az élettelen tárgy ágensként való használata a szexuális partner nemi szervének negációjához kapcsolódik. Pszichoanalitikus szempontból ez úgy is értelmezhető, hogy itt a narrátor/álmodó tünteti el a péniszt, tagadja létezését vagy megsemmisíti – ez a szelfnek az adott tárgy felé kifejezett agresszív viszonyáról árulkodik.

Ez a tárgy konkrétan a másik testének része, és általánosságban a férfitesté. Tehát a szelf és a másik között egy agresszív viszonyt feltételezhetünk, ahol az

agresszor az álmodó/narrátor. Ugyanakkor éppen ezen a helyen az elbeszélésben a szelfágenciát felváltja az élettelen tárgy, mint ágens, amivel kapcsolatban arra következtethetünk, hogy a történet elbeszélése során a kliens ambivalensen viszonyul saját agressziójához, nem vállalja fel. Összességében azonban az álomtörténetben a kliens aktív, cselekvőképes, asszertív személyként jeleníti meg saját magát.

SZEXUALITÁS, UNDOR, AGRESSZIÓ

Klára komplex viszonyulása a férfiszexualitáshoz vagy a „másikhoz” tovább bonyolódik az álomnarratívumot követő beszélgetés során. Szabad asszociációiban beszél szexualitáshoz való viszonyáról, az ezzel kapcsolatos érzelmi nehézségekről. A második részletben erről van szó.

2. RÉSZLET

276.K: de hogy+...

277.K: hogy ez+...

278.K: +, hogy ez nekem valami iszonyú+...

279.K: +, gusztustalan,

280.K: undorító!

281.K: így konkrétan hánynom kell tőle,

282.K: de hogy egészen konkrétan,

283.K: és így öö+...

284.K: rettegek tőle,

285.K: és közbe meg így,

286.K: szal ilyen nagyon,

287.K: nagyon súlyos fogyatékoságomnak élem azt meg,

288.K: hogy én erre nem vagyok képes.

Az első fontos váltás a második részletben a 3. diskurzusszint használata, amit a terápiás ülés jelenének nevezünk (itt és most terápiás helyzet). A karakter- és narrátorszinttel ellentétben erre a szintre az jellemző, hogy a narrátor kilép a történet világából, és a terápiás helyzetre vonatkozó gondolatairól vagy az éppen felmerült érzelmeiről számol be a terapeutának. Az álomtörténettel ellentétben, ebben a „térben” a kliens képes újra átélni és kifejezni szexualitással kapcsolatos negatív, agresszív érzelmeit vagy elkerülő viselkedését.

A konkrét perspektívaváltások ebben a részletben jól illusztrálják a kliens érzelmi intenzitását. Az álomtörténettel szemben itt a mentális tartalmakra fókuszál az elbeszélő, kifejezve undorát és félelmét a szexuális aktus egyes részeivel kapcsolatban. Ugyanakkor a narrátor jelen idejű igéket használ egyes szám első

személyben, ami az álomtörténethez képest magasabb szelfbevonódást mutat (Schiffirin, 1981).

Az ágenciát vizsgálva a második részletben azt találjuk, hogy többségében az élettelen tárgy ágencia szerepel, az ágens szerepében az „orális szex”, valamint a „fogyatékoság” jelenik meg. Ugyanakkor a kliens saját magát passzív szerepben jeleníti meg a 281–284. sorban. Az erős érzések és érzelmek megvitatása során használt szelfpánciára arra utal, hogy Klára saját magát, mint az események passzív elszenvédőjét jeleníti meg, akinek el kell szenvednie más személyek, illetve tárgyak (vagyis a pénisz) által keltett érzéseit és ezek következményeit. A 286–288. sorban visszatér a szelfágencia használata, az „élem azt meg”, „erre nem vagyok képes” kifejezésekben. Ez ismét arra utal, hogy Klára felelősséget érez az események következményeivel kapcsolatban, ami jelen esetben önvád-ként fogalmazódik meg.

A terapeuta intervenciója

A következő részlet a második részlet közvetlen folytatása. A legfontosabb esemény ebben a részletben a terapeuta intervenciója és a kliens erre adott reakciója.

3. RÉSZLET

- 289.T: igen hát a fiúk,
290.T: azt mondták,
291.T: hogy ez egy fogyatékoság?
292.K: nem!
293.K: nem.
294.K: dehát így+...
295.K: elvárni,
296.K: azt így+...
297.K: voltak így többen,
298.K: akik elvárták volna,
299.K: de hát én meg nem vagyok rá képes.
300.K: nem tudom megtenni
301.T: és mi volt a válasz.
302.T: amikor nem volt képes rá?
303.K: hát+...
304.K: semmi.
305.K: hát nyilván semmi.
306.K: hogy így jó, persze.

A terapeuta intervenciója ebben a részletben egy radikális perspektívaváltást jelent a kliens 289–291-ben megvalósított perspektívájához képest. Először megemlíti a „fiúk”-at, mint lehetséges cselekvő ágenseket. Az ágenciának ez az alkalmazása megkérdőjelezi a kliens korábbi helyzetértelmezését, felelősségvállalását az események következményeiért, valamint az önvádat. Ellentétben Klára belső fokalizációjú perspektívájával, a terapeuta külső fokalizációt használ: a „fiúk” viselkedéséről beszél és nem a szándékaikról, gondolataikról, érzelmeikről. A terapeuta egy a történeten kívüli nézőpontból szólal meg, így határozottan elkülöníti a saját véleményét a kliensétől, valamint a kliens nézőpontját a „fiúk” nézőpontjától. Ugyanakkor narrátorpozícióba vált, ahol, távolságot tartva az eseményektől, az oksági viszonyok egy integráltabb önéletrajzi tudásrendszerhez viszonyítva immár vizsgálhatóvá válnak. A terapeuta NP-váltása tehát a klienséhez képest (284–288) egy alacsonyabb érzelmi bevonódást mutat. Így a terapeuta nézőpontváltása 289–90-ben érzelmi szabályozás szempontjából down-regulációt jelent. A 6.1. számú táblázat a beszélők nézőpontjainak eltérését mutatja be.

Klára a terapeuta kérdésére röviden nemmel válaszol, ami alatt feltételezhetően azt érti, hogy: „Nem, a fiúk nem mondták, hogy ez egy hiányosság”. Ugyanakkor ideiglenesen felveszi a terapeuta nézőpontját (284–288). Ezután visszavált korábbi perspektívájába, belső fokalizációba a 294-es sorban, a fiúk gondolatait (elvárásait) próbálva kitalálni. A beszélők nézőpontjai tehát ellentétesek itt, ami az ágenciát illeti. Klára továbbra is saját magát állítja be ágensként, míg a terapeuta a „fiúk”-at. Ez arra utal, hogy a terapeuta nézőpontváltása ellenére Kláranak nem könnyű feladni az ágens szerepét, ami ebben az esetben az önváddal kapcsolódik.

A kliensre reagálva a terapeuta következő lépése – a 301. sorban – egy újabb perspektívaváltás, ahol a „válasz” fogalma, mint élettelen ágens szerepel. Klára ezt a nézőpontot átvéve fogalmazza meg reakcióját a 303–306. sorban. Ez az ágens, úgy tűnik, mindkét beszélő számára elfogadható, tehát ezen a ponton a „konfliktust” sikerül megoldani.

6.1. táblázat. A beszélők perspektíváinak eltérései a 3. részletben

NP változó	NP a kliens beszédében 284–288. sor	NP a terapeuta beszédében 289–290. sor
Ágencia	szelfágencia: kliens	másik személyre vonatkozó ágencia: a fiúk
Fokalizáció	belső fokalizáció	külső fokalizáció
A történet síkjához való viszony	belső narrátor	külső narrátor
Ige személy	első személy	harmadik személy
Igeidő	jelen idő	múlt idő
Diskurzusszint	az ülés itt és most	narrátorszint

KI AZ ÁGENS?

A 4. részlet a beszélgetés további folytatását tartalmazza és az érzelmi terror kérdése körül forog, ami a kliens szexuális élményeinek egyik központi kérdése. Az ágenciával való problémái ebben a részletben is előtérbe kerülnek.

4. RÉSZLET

307.K: igen,

308.K: de hogy+...

309.K: de hogy ebből ilyen lelki terror lett mindig.

310.T: a saját maga számára.

311.T: ezek szerint.

312.K: igen.

313.T: tehát nem a fiúk+...

314.K: nem!

315.T: +, öö hányták a szemére,

316.K: nem!

317.K: én magam.

318.T: hanem maga érezte úgy+/
319.T: saját maga érezte úgy,

320.T: hogy ennek mennie kellene.

321.T: vagy ez így nincsen jól.

322.K: hát igen.

A 4. részlet során a terapeuta megpróbálja tisztázni Klára érzelmeinek az okát. Ehhez a narrátorszinten fogalmazza meg kérdéseit. Mint már említettük, a narrátorszintre történő perspektívaváltást a terapeuta kezdeményezte a 289–90. sorban és megismételte a 301–302. sorban. A kliens, követve a terapeuta kezdeményezését, szintén narrátorpozícióba váltott a 303. sorban, végig megtartva ezt a pozíciót a 4. részletben. Mivel a narrátorpozíció alacsonyabb affektív szelfbevonódást jelent, ez a pozíció lehetővé teszi a kliens számára egyfajta távolságtartást korábbi – az elbeszélésben szereplő – énjétől, elkülönítve perspektívájában a korábbi és a jelen pozíciót.

A korábbi szelf és a jelen pozíció elkülönítése lehetővé teszi a páciens számára, hogy félelemmel kapcsolatos érzéseire fókuszáljon (belső fokalizációt használva), anélkül, hogy ezek az érzelmek teljesen eluralkodnának rajta. A 307–309. sorban Klára általános alanyt és élettelen tárgy ágenciát használ (érzelmi terror). Perspektívája nem teszi világossá a hallgató számára, hogy ki használt „érzelmi terrort” kívül szemben. Az ágens személyének homályban maradása a terapeuta részéről perspektívaváltások sorozatával találkozik. A 310. sorban a terapeuta

direkt módon rákérdez arra, hogy ki volt felelős a kliens érzéseierért. A terapeuta második személyt használ, belső fókuszot és Klárát passzív pozícióban (páciensként) jeleníti meg. A terapeutának ez a 313. és 315. sorban használt perspektívája szubjektivitás és intencionalitás szempontjából ellentétes a 318–321. sorban használt perspektívájával, ahogy azt a 6.2. táblázatban részletezzük. Tehát a terapeuta két egymással ellentétes nézőpont közötti választásra ad lehetőséget a kliensnek, aki a 322. sorban igazolja az egyik lehetőséget.

6.2. táblázat. A terapeuta két ellentétes perspektívát ajánl fel a kliensnek

NP változó	NP a terapeuta beszédében 313., 315. sorban	NP a terapeuta beszédében 318–321. sorban
Ágencia	másik személyre vonatkozó ágencia, ágens: „a fiúk”	Másik személyre vonatkozó ágencia, ágens: kliens
Fokalizáció	külső fokalizáció	belső fokalizáció
Történet síkjához való viszony	külső narrátor	külső narrátor
Ige személy	harmadik személy	második személy
Diskurzusszint	narrátorszint	narrátorszint

Függetlenül a kliens explicit választától, miszerint a 318–321.-ben megjelenített ágenciatípussal ért egyet, tagadhatatlanul két ellentétes nézet vagy más szóval alternatíva jelenik meg a terapeuta kérdésében, aki a kliens korábbi perspektíváját tükrözi vissza. Ez a stratégia a terapeuta részéről – függetlenül attól, hogy tudatosan alkalmazza vagy sem – újabb lehetőséget kínál Klárának a téma megvitatására, további elaborációjára. Miután a terapeuta felkínálja az alternatív ágencialehetőségeket a kliens számára, Klára nézőpontot vált. Ez a perspektívaváltás elsődleges fontosságú az ülés kimenetele szempontjából, és egy fordulópontot jelent a kezelésben is. Az ötödik részletben Klára felidézti szexuális abúzusának traumatikus élményét.

TRAUMATÖRTÉNET

5. RÉSZLET

323.K: mer végül is nekem az első,

324.K: m ilyen szexuális kapcsolatomban,

325.K: ez egy ilyen nagyon komoly probléma volt.

326.T: ühm.

327.K: tehát hogy ilyen +...

328.K: hogy a legdurvább megaláztatásokat bírta m belőle csinálni az a fiú.

327.T: erről még nem mesélt.

- 328.K: nem.
 Megjegyzés: szünet 7 sec
 329. K: mm öö+...
 330. K: ő egy német srác volt,
 331.K: és hogy +...
 332.K: hát neki így m+...
 333.K: +, ez volt a kérése, tulajdonképpen.
 334.K: és én mondtam, hogy én ezt nem tudom megtenni,
 335.K: meg én erre nem vagyok képes,
 336.K: ő meg egyszerűen csak így+...
 337.K: lenyomta a fejemet.
 338.K: és így izé+...
 339.K: követelte.
 340.K: vagy így letérdeltetett a földön.

Klára abuzív szexuális élményeinek felidézése egy radikális perspektívaváltáshoz kapcsolódik az álomtörténethez és az azt követő megbeszéléshez képest. A perspektívaváltásokat vizsgálva, a következőket találjuk: a 322–328. sorig a kliens továbbra is a narrátorpozíciót használja, ami az elbeszélte történetre egy magasabb szintű rálátást biztosít, lehetővé téve az általánosítást különféle epizódok felett és integrálva az egymásnak ellentmondó perspektívákat. Klára esetében két egymásnak ellentmondó történet integrációjáról van szó. Az első Klárát, mint ágenszt jeleníti meg, aki felelősséget vállal az események kimeneteléért és önváddal párosul. A másik történetben Klára kiszolgáltatott, passzív szereplőként jelenik meg, aki egy agresszív személytől elszenved különféle megaláztatásokat, potenciálisan haragot érezve emiatt. Az első történetet az álomnarratívában reprezentálja a kliens, míg az utóbbit a traumatörténetben. Az álomnarratívum egy fantázia, mely kifejezi a kliens vágyát arra, hogy túllépjen azon a kiszolgáltatottságon, amit a traumanarratívum reprezentál. Feltételezhető, hogy ez utóbbi áll közelebb a valós megélt élményekhez.

A traumanarratívumban a 330. sorban ágencia szempontjából is perspektívaváltást találunk. Az új ágens „az a fiú” vagy a „német fiú”, ami specifikálja a korábban általánosságban használt elnevezést („a fiúk”). Amint a történetben a „német fiú” válik ágenssé, Klára saját magát páciensként jelöli meg a traumatörténet végén. A páciens az elszenvedője az ágens agresszív és abuzív viselkedésének. A 336–340. sorban először egy testrészt – a fejet – jelöli meg a narrátor páciensként, vagyis szelfrész-pácienciát használ, később azonban a teljes szelf passzív elszenvedőként jelenik meg.

Az ágens pozíciójának elhagyásával Klára a 334. sorban a narrátorpozícióról karakterpozícióba vált, belemerülve a felidézett abúzepezód részleteibe. Ez a nézőpont a szelf részéről egy intenzívebb érzelmi bevonódást jelez. Ugyanakkor érzelmikifejezések vagy a szereplők mentális állapotainak kifejtése hiányzik – mely perspektíva hasonló az álomtörténet elbeszélése során használt perspektívához. A két történetben használt NP-k összevetése a 6.3. táblázatban található.

6.3. táblázat. A kliens perspektívája az álomnarratívumban összevetve a traumanarratívummal

NP változó	NP az álomtörténetben	NP a traumatörténetben
Ágencia	szelf	másik személy/német fiú
Páciencia	másik személy, élettelen tárgy	szelf
Fokalizáció	külső focalizáció	külső focalizáció
Ige személy	első személy	második személy
Történet síkjához viszonyított pozíció	belső narrátor	belső narrátor
Diskurzusszint	karakterszint	narrátor/karakter szint

Összegzés

A fenti öt részletben egy pszichoanalitikus terápiás ülés első 30 percéből válogatott részleteket elemeztünk. Az álomtörténetből kiindulva az interakció során egy ismételt érzelmi és szexuális abúzus részletei bontakoztak ki. Elemzésünkben a beszélők nézőpontváltásait vizsgáltuk, különös tekintettel az ágencia és páciencia használatára. A 6.3. táblázatban összevetettük az álomtörténetben és az abúzustörténetben használt perspektívákat, ami a hasonlóságok mellett a kliens szempontjából fontos perspektíva-váltást is jelez, ami az ágencia és páciencia használatát illeti.

Az álomtörténetben, hasonlóan a kliens kezdeti asszociációihoz, a szelf ágensként jelenik meg, míg a páciens egy másik személy vagy élettelen tárgy, ami a másik személyhez tartozó testrész vagy tágabb értelemben a férfitesthez szorosan kapcsolódó tárgy, a férfi nemi szerv. Az álomtörténetben az interakció során a narrátor ágenciája többféle módon megnyilvánul: a) cselekedetet kezdeményez, például amikor levetkőzteti a szeretőjét, b) agresszív, például eltünteti a péniszt, c) felelősséget vállal bizonyos következményekért, mint például a sikertelen szerelmi kapcsolatok. A traumanarratívumban ezzel szemben a narrátor szelfje vagy szelfrésze páciens szerepébe kerül. Az ágens a másik személy, a férfi, aki a) agresszív, b) kontrollálja és abuzálja a narrátort, c) felelős bizonyos következményekért, mint például az abuzív viselkedés és a sikertelen szerelmi kapcsolat.

Azt látjuk tehát, hogy a két elbeszélői pozícióban az ágens és páciens szerepe felcserélődik a szelf és másik viszonylatában. Az álomban a szelf jelenik meg ágensként – a másik páciensként, míg az abúzustörténetben fordítva. Az első helyzetet tekinthetjük a kliens vágyfantáziájának, a második történetet pedig egy valós helyzet emlékezeti rekonstrukciójának, mely közelebb áll ahhoz, ahogy a kliens átélte a múltban történt eseményeket.

Elemzésünkben rámutattunk a terapeuta szerepére az interaktív rekonstrukció során, mint a kliens visszaemlékezését facilitáló szerepre. A terapeuta

számos perspektívaváltást kezdeményezett intervencióiban, új, potenciális nézőpontokat jelenítve meg, és ezzel új lehetőségeket ajánlva fel a kliens számára a narratív konstrukcióban. Ezáltal elősegítette a kliens nézőpontváltásait: mint például ágenspozícióról páciensre történő váltás, oda-vissza váltások a narrátor- és karakterpozíciók között, külső nézőpontból belsőre váltás és fordítva, és így tovább. Ily módon a terapeuta perspektívaváltásai új irányt szabtak a történet kibontakozásának, a közös konstrukció bizonyos pillanataiban NP-váltások sorozatát hajtva végre egy adott célpont irányába. Ennek segítségével sikerült a páciens nézőpontját megváltoztatni, ami az ágenciát és pácienciát illeti. Ilyen fontos váltás volt például, amikor a terapeuta megemlítette a „fiúkat”, mint lehetséges ágenseket a történetben, ezzel lehetőséget nyújtva a kliensnek arra, hogy saját magán kívül más aktorokat is ágensként értelmezzen, akik cselekedeteket kezdeményeznek és felelősek azok következményeiert.

Véleményünk szerint a kliens sorozatos perspektívaváltásainak pszichológiai jelentősége az, hogy képessé válik a traumatikus esemény rekonstrukciójára és annak alternatív nézőpontból történő újra átélésére. A traumatörténetben Klára elhagyja a kezdetekben jellemző ágenspozícióját, amely mind az álomtörténetet, mind pedig a terápia során elhangzó más kapcsolati történeteit jellemzi. Kezdeti ágenspozíciójának előnye, hogy megvédte a klienst a kiszolgáltatottság érzésének negatív élményétől; ugyanakkor más maladaptív érzelmeket tapasztalt meg ehelyett, mint például a büntudat és önvád. Ez a stratégia hosszú távon kapcsolati nehézségekhez vezetett és hozzájárult a kliens kapcsolati viselkedésében tanúsított alacsony önértékeléséhez.

Az ágencia és páciencia közötti perspektívaváltás, valamint a traumatörténet rekonstrukciója két fontos következménnyel jár a terápiás folyamatra nézve:

Először is, lehetővé teszi a kliens számára, hogy a múltban történt eseményekkel járó bonyolult, kellemetlen érzéseket ismét fokozatosan újra átélje, megtapasztalja, melynek során a traumatikus eseményhez kapcsolódó emlékei újjászerveződnek (Allen, 2001; Conway, 2001). Amint azt a 6.3. táblázatból láthatjuk, az ülésnek ezen a pontján a traumatörténet még nem foglalta magába a mentális állapotok kifejtését: a szelf és a másik érzelmeire, gondolataira utaló kifejezéseket, melyek segítenék az érzelmi átélést (Unoka, Berán, Pléh, 2012). Azonban néhány negatív érzelem (például undor), amit a kliens az ülés egy korábbi pontján említ meg, újrászervezhető lehetne egy realisztikusabb történetben az érzelmileg zavarba ejtő abúzuseseeményről a jövőben. Ebbe a rekonstruált történetbe – ami a vizsgált ülésen a későbbiekben sem jelenik meg – a kliensnek lehetősége van, hogy belefoglalja ellentmondásos érzelmeit, mint például az undor, szégyen, félelem, megalázottság, harag, tehetetlenség. Továbbá, a terápia során ezek után nagyobb tér nyílik a negatív érzelmekkel történő munkára, az átdolgozásra és a velük történő megbirkózásra.

Másodsorban, míg visszaemlékszik az abúzusélményre, amely első szexuális kapcsolatában érte, Klára egy olyan NP-t használ, melyben megjeleníti, elismeri

passzív szerepét az abúzhelyzetben. Mint említettük, ez ellentétben áll korábbi ágenspozíciójával, ami szintén egy szexuális interakcióhoz kapcsolódik, és ahol a másik fél felelőssége nem jelenítődik meg. Ágenspozíciójából következően a klienst büntudat és önvád gyötörte, azon túl, hogy felelősséget vállalt saját negatív tapasztalataiért az abúzhelyzetben, ezt hosszú távon is megtette kapcsolati problémáira vonatkozóan, amit az ülésen szintén megemlít. A rekonstruált abúzustörténet újrapozicionálja Klárát, mint páciens, így lehetővé téve számára a büntudat és önvád csökkenését.

Az abúzustörténet rekonstrukciója egy új nyelvi reprezentációt hoz létre, melynek során a kliens „magáévá teszi” a passzivitás és tehetetlenség érzéseit, és ezeket integrálja a traumatikus esemény új reprezentációjába, majd az önéletrajzi tudásrendszer részévé teszi (Allen, 2001; Beaudoin, 2005; Conway, 2001; Kaminer, 2006), ahol új rekonstrukciók alakulnak a szelf és másik reprezentációról. Így az átalakult történet következtében a kliens szelfreprezentációi a tehetetlenség, kiszolgáltatottság, szomorúság érzései mellett a terapeuta empatikus reakcióit is magukba foglalják, melyek enyhíthetik például az eseményekhez kapcsolódó szégyen érzését. Az újonnan átélt szelf- és másikreprezentációk segítik a klienst a poszttraumás fejlődésben, segítik a rekonstrukció és újrakonzolidáció emlékezeti folyamatait (Gorman, Roose, 2011). Számunkra úgy tűnik, hogy ez a lépés szükséges az ágenciaézés megfelelő kialakulásához, valamint az egészséges kapcsolati viselkedéshez a kliens részéről.

A közös rekonstrukciós folyamat egy változási mechanizmust illusztrál a pszichodinamikus terápiában, amit a fenti mikroelemzéssel demonstráltunk. A NP-váltások lépésről lépésre történő nyomon követése során egyszersmind nyomon követtük a szelfnarratívum vagy élettörténeti epizód fokozatos átalakulását, átírását. A terapeuta aktív szerepe a történet rekonstrukciója során szintén követhető volt. A terapeuta beszédében megvalósuló perspektíaváltások vizsgálatának segítségével az egyes intervenciók hatása kimutatható volt a kliens beszédében, perspektíaváltásaiban. Azt igyekeztünk bemutatni, hogy az interakció folyamán miképpen képes a terapeuta befolyásolni a kliens történetének átalakulását, vagyis magának a narratív szelfnek a rekonstrukcióját. Ennek eszköze a történetek szerkezetében fontos elem, a kliens NP-jának megváltoztatása során következett be.

Az adatok értelmezésének korlátai

A fenti és a könyvben szereplő hasonló elemzésekkel kapcsolatban két alapvető módszertani nehézségre szeretnénk felhívni a figyelmet. Az első magának a verbális interakciónak, mint kiindulási adatnak a használatára vonatkozik, a második a terapeuta által használt pszichoanalitikus elméletre.

Korábbi vizsgálatok kimutatták, hogy az ülésen elhangzó interakció számos fontos aspektusa non-verbális módon jelenik meg (Levitt, Rennie, 2004; Levitt, Piazza-Bonin, 2011) vagy éppenséggel egyáltalán nem verbalizálható, és ezért egy szövegcentrikus elemzéssel lehetetlen megragadni. Ez a korlát, mint a korábbi fejezetekben említettük, bizonyos mértékben minden szövegközeli vizsgálatra vonatkozik.

A non-verbális interakció különféle változatai, amelyeket korábban vizsgáltak és amelyeket kutatásunkban nem vizsgáltunk, a következők: érzelmi arckifejezések, kéz- és testmozgás, gesztusok és beszédtonus. Mint korábban említettük, a fekvő pszichoanalitikus helyzet radikálisan csökkenti ezek jelentőségét a kommunikációban, mivel a kliens fekvő helyzetben beszélt, és az analitikus is olyan pozícióban helyezkedett el, hogy kölcsönösen nem láthatták egymás arckifejezéseit. A jelenlegi vizsgálatban szereplő ülés lejegyzett változatában azonban szerepelnek a hangtónus jelzései és a szünetek, amelyek a beszélők érzelmi állapotairól árulkodnak és egy későbbi tanulmány tárgyát képezhetik.

Mivel vizsgálatunk kerete egy diskurzív-narratív keret volt, felmerül a kérdés, hogy ez az elemzés miként kapcsolható a pszichoanalitikus elméletekhez, specifikusan azokhoz az elméleti megfontolásokhoz, amit a terapeuta intervenciói során alkalmazott az ülésen a páciens történeteinek értelmezése során. Először is fel kell hívnunk a figyelmet arra, hogy fenti diskurzív-narratív megközelítésünk nem mond ellent egy pszichoanalitikusan orientált elemzésnek vagy interpretációnak. Ami a terápiás folyamatot illeti, a fenti elemzés inkább kiegészítése lehet egy ilyen irányultságú magyarázatnak, vagy általánosságban szólva, a terápiás szöveg narratív-diskurzív megközelítése használható arra, hogy az analitikusan értelmezett terápiás anyagot egyes pontokon tovább elaborálja, más szempontból világítva rá az ülésen zajló eseményekre. Ugyanakkor azt is hozzá kell tennünk, hogy bár kiindulási anyagunk ebben a kötetben a pszichoanalitikus terápiákból származik, másfajta elméleti háttérrel dolgozó terapeuták számára is hasznos lehet ez a megközelítés, elsősorban olyan terápiák esetében, ahol a kliens élettörténeti epizódjainak feldolgozása folyik az ülésen, mint például az expresszív terápia, különféle narratív terápiák és a mentalizációs megközelítésű terápia.

Másodsorban meg kell jegyeznünk, hogy egyes diskurzív kutatások módszereik között szerepeltetik a terapeutával történő egyeztetést a felvett hanganyag közös visszahallgatása során (például Labov, Fanshell, 1977). Ez a forrás valóban érdekes adatokkal szolgál a diskurzív elemzés kiegészítésére. A kutatásnak ezt az irányát egyelőre nem alkalmaztuk jelen kötetben, elsősorban a módszer időigényessége és körülményessége miatt. Ugyanakkor az is elmondható, hogy a diskurzív megközelítések többsége nem alkalmazza ezt a kiegészítő forrást (például Ferrara, 1994; Voutilainen, Peräkylä, Ruusuvoori, 2011)

Ágencia változása a pszichoanalitikus kezelés évei alatt – kvantitatív vizsgálat

7.

Az ágencia és páciencia előző fejezetben elemzett változóit kvantitatív módszerekkel is megvizsgáltuk a másik kliens, Szilárd esetében. Ebben a fejezetben két ülést vizsgáltunk: egyet a terápia első harmadából, a másikat pedig a megfigyelési periódus utolsó harmadából, másfél évvel későbből választottunk. Ezzel a longitudinális vizsgálattal az a célunk, hogy a terápiás hatásokat az ágencia és páciencia kifejezéssel és szabályozással kapcsolatosan hosszú távon is mérni tudjuk.

Az ágencia fogalma a pszichológiában

Az előző fejezetben sok szó esett az ágencia és páciencia kifejezés narratív megközelítéséről, az élettörténetekben betöltött szerepéről. Az ágenciát, mint aktív cselekvőképességet definiáltuk, amennyiben az ágens az, aki az események kezdeményezője, irányítója, és aki felelősséget vállal tetteinek különféle következményeiért, eredményeiért. A pszichológia történetében több eltérő módon határozták meg és vizsgálták az ágenciát. Ezt az óriási szakirodalmat itt nem szándékunk ismertetni, mindössze arra vállalkozunk, hogy mielőtt vizsgálatunkra rátérnénk, röviden felvázolunk néhány fontosabb irányzatot.

Az szelfágencia, hatékonyság és hatalom érzésével először a pszichoanalízis foglalkozott. Freud ágenciafogalma a tevékeny, kreatív munkára vonatkozik (1919). Freud szerint az érett ember jellemzője, hogy egyaránt képes dolgozni és szeretni. A Freud által definiált ágencia – képesség a tevékeny életre – fogalomból kiindulva McAdams (1996) az élettörténet-narratívumokban kifejtett ágencia négy altémáját különítette el, ezek: az önkontroll, státuszszerezés vagy győzelem interperszonális helyzetekben, teljesítmény és felelősségvállalás másokért, valamint a felhatalmazás más, hatalmasabb ágensektől, mint például egy tekintélyszemély, Isten vagy a természet erői.

Bandura (2006) a szelfágenciát a hatékonyság fogalmával magyarázza, a teljes emberi fejlődést az ágencia fogalmára alapozva. Evolúciós elmélete szerint az ember számára a magas fokú szimbolizálóképesség lehetővé tette, hogy közvetlen környezetükön túllépve irányítsanak és alakítsák életkörülményeiket és

életútjukat. Ebben a felfogásban az ember hozzájárul életkörülményeinek alakításához, nem csak annak „terméke”.

A Tudatelmélet (Theory of Mind, azaz TOM) szerint az ágensia alapvető szerepet játszik a kognitív fejlődésben, ide értve az öntudat első fokozatait, ami elősegíti a TOM-kapacitás kialakulását (Frith, 1994; Gergely, Koós, Watson, 2010). Ebben az értelemben az ágens fogalma tehát egy olyan aktív organizmust jelöl, akinek vágyai vannak, tervez, és cselekvéseket hajt végre (Lewis, Alessandri, Sullivan, 1990). Gergely és munkatársai az ágensiaérzés fejlődését a TOM kialakulásához kapcsolják, és a szelfágensia öt lépcsőjét különítik el (Fónagy, Gergely, Jurist, Target, 2004): fizikai (Leslie, 1995), társas, teleológiai, intencionális és reprezentációs ágensia.

A fizikai ágensia itt a fizikai szelfre, mint események kiváltójára, okozójára vonatkozik, és az első hónapoktól kezdve jelen van. Ugyanakkor az a képességünk, hogy saját magunkat az események okozójaként tapasztaljuk meg, egyszerűen a szelfnek más ágensektől és a külvilágtól való elkülönülését is mutatja (Berán, 2009), ami szintén meghatározó aspektusa az ágensia érzésének. A szelf, mint társas ágens a csecsemő korai érzelmi kapcsolatára utal gondozóival (Stern, 1985), ami születéstől fogva jelen van. A szelf, mint teleológiai ágens a céltudatos viselkedéssel függ össze (Tomasello, 1999; Csibra & Gergely, 1998), nyolc hónapos kortól van jelen, amikor a csecsemő tudatosan választani tud különféle cselekvések között. A második év során jelenik meg az intencionális ágensia, amikor a kisgyermek reprezentációkat alkot saját és más személyek intencionális állapotairól, mint például a vágyak. 3 és 4 éves kor körül jelenik meg a reprezentációs ágensia, ekkor a kisgyermek már képes megérteni és reprezentálni a mentális tartalmakat és episztemológiai állapotokat is (Fónagy, Gergely, Jurist, Target, 2004).

Neuropszichológiai vizsgálatok megerősítették a fenti elméleteket, amennyiben ezek szerint az ágensiaérzés során magunkat az események kiváltójának, okozójának tételezzük fel, és ez az érzés a kezdeményezés, kivitelezés és az akaratlagos viselkedés kontrolljának szubjektív bizonyosságát jelenti (Jeannerod, 2003). Ennek a szubjektív bizonyosságnak az érzékelése neurológiai szinten specifikus neuromotoros és perceptuális jelzések segítségével zajlik. A viselkedés kivitelezése során ehhez elméletileg három kritériumnak kell fennállnia (Wegner, 2002, idézi Van der Well, Knoblich, 2013), ezek: prioritás, konzisztencia és kizárólagosság. A prioritás ebben az esetben azt jelenti, hogy a gondolatnak vagy szándéknak meg kell előznie a cselekvést. A konzisztencia azt jelenti, hogy a gondolatnak és a cselekvésnek meg kell felelnie egymásnak. A kizárólagosság kritériuma azt jelenti, hogy a cselekvés alternatív okait érzékeljük és ismerjük. Az elmélet másik fontos eleme, hogy a tudatos cselekvéssel párhuzamosan tudattalan okok is szerepet játszhatnak a viselkedés során, és ezeket a tudattalan érzéseket kapcsoljuk a viselkedéshez.

A terápia szempontjából, mint azt az előző fejezetben is bemutattuk, az egyik legfontosabb cél a kliens egészséges szelfágenciájának kialakítása. Mint azt részletesen kifejtettük, a terápiás diskurzusban nemcsak az ágenstípusok, hanem a különféle páciensstípusok is fontos szerepet játszanak. Ebből a megfontolásból, a szövegben megjelenő ágenseket és pácienseket négy csoportba soroltuk: szelfágencia/páciencia, szelfrészágencia/páciencia, más személy, mint ágens/páciens, valamint élettelen tárgy vagy folyamat, mint ágens/páciens. Ennek az elkülönítésnek a nyelvészeti, diskurzív és pszichológiai megalapozottságát az előző fejezetben kifejtettük. Az ágencia és páciencia különféle típusai a terápiás ülésen elhangzott történetekben az aktív-passzív szereppel, kiszolgáltatottsággal, valamint felelősségvállalással állnak összefüggésben.

Az ágencia és páciencia kifejezésének longitudinális vizsgálata

Az ágencia perspektivikus használatával kapcsolatban feltételeztük, hogy a kliensnél, Szilárdnál, a különféle ágenciatípusok kategóriáinak eloszlásában különbségeket találunk a két vizsgált ülésen. Előzetes vizsgálatok alapján a korai ülésen a kliens részéről nem vártunk el sem magas szelfágencia-kifejezést, sem pedig azt, hogy kifejezésében domináljon más személyek ágensként történő megnevezése (Berán, Unoka, 2005b; 2008; Unoka, Berán, 2006). Ugyanakkor Szilárddal kapcsolatban arra számítottunk, hogy a kezdeti szakaszban magas lesz az ágenst nem tartalmazó intonációs egységek száma. Azt is feltételeztük, hogy a kliensnél a terápiában eltöltött idővel az ágencia használati mintázatai éppen a két fenti mutató – szelfágencia és más személyek ágensként történő megnevezése – mentén megváltoznak, konkrétan növekedést vártunk.

A terapeuta használati mintázataival kapcsolatban azt vártuk, hogy magasabb más személyek ágensként történő megnevezésének használati aránya, mint a páciensnél, ami a terápiás diskurzus szerkezeti jellegzetességeivel hozható összefüggésbe. Ugyanis az ülésen elhangzott történetekhez fűzött megjegyzéseiben, melyek a kliens szelfnarratívumaihoz kapcsolódnak, a terapeuta várhatóan többször jelöli meg ágensként a történet főszereplőjét (azaz többnyire a klienst), vagy más szereplőket, mint saját magát.

A pácienciával kapcsolatban feltevésünk az volt, hogy minden fajta diskurzusban ritkábban használják a személyeket, mint az ágenciát, mivel a páciencia kifejezésére nem feltétlenül van szükség, ha az ágenst megjelöltük egy adott nyelvi kifejezésben. Ezen túlmenően feltételeztük, hogy a kezdeti szakaszból való ülésen a kliens nagyobb arányban használja a szelfpácienciát a későbbi üléshez képest. Ezt azért gondoltuk így, mert, mint azt korábban kifejtettük, az ágens és

páciens megnevezése a passzivitással és felelősségvállalással függ össze. A magas szelfpáciencia-arány ebből kifolyólag nem pusztán azt mutatja meg a kliens részéről, hogy passzív kiszolgáltatót személyként érzékeli magát, amennyiben így fogalmazza meg történeteit, hanem bizonyos esetekben egyszerűen a felelősségvállalás elhárítását jelenti.

A pácienciával kapcsolatosan feltételeztük továbbá, hogy mind a kliens, mind pedig a terapeuta esetében az élettelen tárgyak, folyamatok szerepelnek legnagyobb arányban páciensként.

Módszerek

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

Vizsgálati adataink a Budapest Pszichoterápiás Adatbázisból valók. Vizsgálati személyeink egy férfi kliens és pszichoanalitikus páros. A kliens 40-es éveiben jár, szomatizációs és dysthymiás panaszokkal kereste fel a terapeutát. Problémáiról és tüneteiről részletesen a 4. fejezetben szóltunk. Terapeutája tapasztalt klinikai szakpszichológus és pszichoanalitikus.

MINTAVÉTEL

A megfigyelési periódus első (a terápia kezdeti szakasza) és harmadik szakaszából (a terápiamunka szakasza) random módon választottunk ki egy-egy ülést a lejegyzett ülések közül.

KÓDOLÁS

Az intonációs egységekre bontott ülések teljes szövegét a 4. fejezetben leírtaknak megfelelően, a NP változói alapján kódoltuk le.

STATISZTIKAI SZÁMÍTÁSOK

A két ülésen külön-külön vizsgáltuk az ágens és páciencia változóinak eloszlását, majd khi-négyzet próbával teszteltük az eltérések szignifikanciáját.

EREDMÉNYEK

Az ágens és páciencia eloszlásának adatait a 7.1., 7.2. és a 7.3. táblázatban közöljük.

Ágencia és páciencia kifejezése

A 6.1. táblázatból látható, hogy az ágencia és páciencia kifejezésének szempontjából adataink csak részben igazolták előzetes várakozásainkat. A két ülésen mind az ágencia-, mind pedig a pácienciatípusok használati mintázataiban eltérés mutatkozott a beszélők összevont adataiban (ágencia: khi-négyzet=134,53, páciencia: khi-négyzet=124,63, $df=5$, $p<0,01$). Az ágencia használatának szempontjából az első ülés eredményei összességében azt mutatják, hogy az adott diskurzusban a beszélők a cselekvések okának, eredetének vagy a változást elindító eseménynek megközelítőleg egynegyedét saját cselekvésnek, másik negyedét más személyek cselekvésének következményének, harmadik negyedét valamilyen külső esemény vagy dolog következményének tulajdonították. Az ágencia tulajdonításának utolsó negyede egyéb okoknak tudható be, elsősorban annak, hogy a beszélők nem jelöltek meg ágenst, vagy az ágencia fogalma nem volt értelmezhető az adott intonációs egységen. Igen kis mértékben a beszélők valamilyen szelfrészt jelöltek meg ágensként.

A késői ülésre azonban a más személyekre vonatkozó ágencia aránya a korai üléshez képest megduplázódott. Ezt a különbséget a kliens mintázataiban bekövetkezett változás okozta, mivel a terapeuta ágenciatípus-használati mintázataiban nem mutatkozott eltérés a két ülés között. Ugyanakkor a kliens mintázatai – várakozásainkkal ellentétben – azt mutatták, hogy megközelítőleg hasonló arányban használta a szelfágenciát mindkét ülésen, e tekintetben tehát, várakozásunkkal ellentétben, nem volt kimutatható növekedés.

A páciencia használatában a beszélők összevont adatai azt mutatták, hogy a szelfpáciencia körülbelül a felére csökkent. Az első ülésen élettelen tárgyak, folyamatok páciensként történő használata a teljes pácienciahasználat egyharmadát tette ki, míg az intonációs egységek második harmadában a beszélők nem használtak páciens, és az ágens nélküli intonációs egységek ennek csak mint-

7.1. táblázat. A beszélők összevont adatai a korai és késői ülésről

Korai ülés	Ágencia% (Gyakoriság)		Páciencia% (Gyakoriság)	
	Korai ülés	Késői ülés	Korai ülés	Késői ülés
Nem alkalmazható	6,07 (56)	2,70 (34)	6,28 (58)	2,70 (34)
Szelf	24,92 (230)	27,78 (350)	10,62 (98)	3,49 (44)
Szelfrész	1,19 (11)	0,40 (5)	1,95 (18)	0,16 (2)
Más személy	25,14 (232)	40,56 (511)	11,70 (108)	7,30 (92)
Élettelen	26,22 (242)	23,81 (300)	33,91 (313)	51,35 (647)
Nincs	16,47 (152)	4,76 (60)	35,54 (328)	35,00 (441)

egy felét teszik ki. Ezek az eredmények megfeleltek előzetes várakozásainknak. A második ülésre tovább nőtt azoknak az intonációs egységeknek az aránya, ahol a beszélők élettelen tárgyat vagy folyamatot szerepeltettek páciensként, most már a teljes pácienciahasználat felére. Ugyanakkor, azoknak az intonációs egységeknek a száma, ahol a beszélők nem használtak páciens, a korai üléshez hasonlóan alakult.

A beszélők egyéni mintázataira lebontva az eredményeket a pácienciahasználatot tekintve mindkét beszélő mintázataiban eltérés mutatkozott a második ülésre a korai üléshez képest (terapeuta: khi-négyzet=16,49, kliens: khi-négyzet=112,8, dfh=5, ph<0,01). A kliens szelfpáciencia-használati aránya egyharmadára csökkent a késői ülésre (12,7% vs. 3,9%). A kliens használati mintázataiban megmutatkozó hosszú távú változások, amelyek mind az ágenciában, mind a páciencia használatában megmutatkoznak, arra utalnak, hogy a második ülésen kevésbé állította be saját magát, mint az események, folyamatok vagy más ágensek okozta viszonyok passzív elszenvédőjét. Ez a változás, mint korábban említettük, a szelf aktív megélésével is összefüggést mutat.

Kliens és terapeuta ágencia használati mintázatainak összevetése

7.2. táblázat. Ágencia: a kliens és terapeuta perspektíva-használati mintázatainak százalékos megoszlása a korai és a késői ülésen

Első ülés							
Beszélő	Non-applicable	Szelf-ágencia	Szelffrész-ágencia	Más személy ágencia	Élettelen tárgy ágencia	Nincs ágencia	Összesen
Kliens	5,41	28,38	1,35	20,41	26,35	18,11	80,17
Terapeuta	8,74	10,93	0,55	44,26	25,68	9,84	19,83
Összesen	6,07	24,92	1,19	25,14	26,22	16,47	100,00
Második ülés							
Kliens	2,25	28,93	0,45	39,89	23,54	4,94	88,33
Terapeuta	6,12	19,05	0,00	45,58	25,85	3,40	11,67
Összesen	2,70	27,78	0,40	40,56	23,81	4,76	100,00

A korai ülésen a beszélők ágenciahasználati mintázatai eltérést mutattak (khi-négyzet=60,76, df=5, p<0,01). A kliens feleakkora arányban használta a másik személyre vonatkozó ágenciát, mint a terapeuta. A szelfágencia-használat éppen ellenkező arányokat mutatott: a terapeuta megközelítőleg harmadannyi arányban használta, mint a kliens. A terapeuta és kliens mintázata közti eltérés a terápiás diskurzusnak azzal a jellegzetességével magyarázható, hogy míg a kli-

ens, amennyiben saját magát jelöli meg ágensként, saját magát tekinti az általa elmesélt események, narratív epizódok aktív részeseének és irányítójának. Ez arra utal, hogy a kliens képes átélni és kifejezni saját irányító szerepét azokban az eseményekben, amelyek vele történnek, valamint, hogy felelősséget is vállal ezekért a dolgokért. Mint említettük, az ágenciaézés erősítése a kliensben a terápiás folyamat egyik célja lehet (Habermas, 2006).

Ugyanakkor a terapeuta, aki perspektívaválasztásaival éppen a kliens ágenciaézését kívánja erősíteni, gyakran a kliensre, mint másik személyre vonatkoztatva használja az ágenciát, aminek beszédbeli kifejeződése a „más személy”, mint ágens gyakoribb használatában mutatkozik meg. A következő részlet azt illusztrálja, hogy a terapeuta olyan NP-t vesz fel, mely a klienst jelöli meg ágensként (a perspektívaváltás helye kiemelve), ezt követően a kliens azonban élettelen tárgyat – jelen esetben egy fogalmat (ti. az „ellentmondás”-t) – jelöl meg ágensként:

T: akkor vajon ezzel az ellentmondással mit tudunk kezdeni?

T: vagy# lehet hogy nem is ellentmondás,

T: csak látszólag az, #

T: mit gondol erről-?

megjegyzés: köhögés

K: hát az ellentmondás az,

megjegyzés: szünet 2 s

K: szerintem nem látszólagos,

K: az megkérdőjelezhetetlen hogy az van.

A másfél évvel későbbi ülésen szintén eltérő volt az ágenciatípusok eloszlása a két beszélő használati mintázataiban (khi-négyzet=14,43, df=5, p<0,05). Az első üléssel ellentétben itt a kliens és a terapeuta hasonló arányban használta más személyek ágensként való megjelölését. Ez a változás a korai ülés mintázataihoz képest arra utal, hogy a kliens a terapeutához hasonló módon alkalmazta az ágenciának ezt a típusát, módosítva korábbi mintázatait, ami egyfajta összehangolódásra utal a két személy beszédében. Ez a változás megfelel előzetes várakozásunknak, és igazolja azt a hipotézisünket, hogy az élő személyekre, akár magára a kliensre vonatkozó szelfágencia formájában, akár más személyekkel, mint tárgyágensekkel kapcsolatban az ágencia kifejeződése a terápia folyamán erősödik.

Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a kliens szelfágencia-kifejezése sem csökkent a késői ülésen. Összességében tehát a kliens a második ülésen mintegy 70%-os arányban alkalmazott élő személyeket ágensként, ezzel szemben az élettelen tárgyak vagy események képviselte ágencia az esetek kevesebb mint negyedét érinti. Mivel a kliens szelfágenciájának kifejeződése nem csökkent az első üléshez képest, eredményeink alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy olyan esetekben ismerte fel gyakrabban a másik személyt ágensként, ahol ko-

rábban vagy nem fejezett ki ágenst, vagy valamilyen élettelen tárgyat jelölt meg ágensként. A következő példa a kliensnek ezt a perspektívaahasználatát illusztrálja.

K: na miről is beszéljünk?

megjegyzés: szünet 3 s

T: ami éppen foglalkoztatja.

K: tegnap a Gábor is eljött megnézni a lakást,

T: na és hogy tetszett neki?

K: tetszett neki!

K: segített nekem felrakni a függönyt.

K: a fürdőszoba függönytartó rudat.

T: ühm.

Mint már említettük, a terapeuta más személyek ágensként történő megjelölése mindkét ülésen hasonló volt, vagyis az ő perspektívaahasználatában nem következett be változás. Ez a tény megerősíti azt, hogy perspektívaahasználatának az első ülésen kimutatott magas tárgyágencia- (más személyek megjelölése ágensként) aránya ténylegesen a diskurzus struktúrájával, vagyis a terapeuta diskurzusban betöltött szerepével volt összefüggésben, és más tényezők, például azok az indokok, amelyek a kliens tárgyágencia használati változásait okozták, nem befolyásolták ezt az arányt.

7.3. táblázat. Páciencia: A kliens és terapeuta perspektívaahasználati mintázatainak százalékos megoszlása a korai és a késői ülésen

Első ülés							
Beszélő	Non-appliable	Szelf-páciencia	Szelf-rész-páciencia	Más személy páciencia	Élettelen tárgy páciencia	Nincs páciencia	Összesen
Kliens	5,41	12,70	2,16	10,14	35,14	34,46	80,17
Terapeuta	9,84	2,19	1,09	18,03	28,96	39,89	19,83
Összesen	6,28	10,62	1,95	11,70	33,91	35,54	100,00
Második ülés							
Kliens	2,25	3,86	0,09	6,92	51,57	35,31	88,33
Terapeuta	6,12	0,68	0,68	10,20	49,66	32,65	11,67
Összesen	2,70	3,49	0,16	7,30	51,35	35,00	100,00

A beszélők NP-használati mintázatai a páciencia kifejezésében szintén eltérést mutattak, mind a korai (khi-négyzet=31,41, df=5, p<0,05), mind pedig a késői ülésen (khi-négyzet=16,12, df=5, p<0,01). A páciencia használati mintázatai azt mutatták, hogy a korai ülésen a kliens 12,70%-os arányban, míg a terapeuta

2,19%-ban jelölte meg a szelfet páciensként. A következő példa a kliensnek ezt a perspektívahasználátát illusztrálja.

K: +, állandóan olyanok voltak,

K: és mondom, hogy ilyen összhivatali értekezleten+...

T: aha,-

K: +, amik engem úgy arra emlékeztettek,

K: amit persze csak ilyen olvasmányélményekből,

K: vagy filmélményekből tudunk,

K: így az ötvenes évekről,

K: amikor így a vállalati értekezleteken+//

K: nem?

K: most akkor jól megbíráljuk a+//

T: **szégyenpadra ültetjük+...**

K: igen.

A kiemelt részek alapján láthatjuk, hogy a kliens saját magát páciensként, míg más személyeket ágensként jelöl meg. Saját magát az „engem úgy arra emlékeztettek” kifejezésben jelöli meg páciensként, elképzelt személyeket, akiknek ki van szolgáltatva, aktív ágensként jelöli meg a „most akkor jól megbíráljuk a” kifejezésben. Erre vonatkozólag formálisan nem jelöl meg páciens, ugyanakkor a szöveget kvalitatív elemzéssel vizsgálva láthatjuk, hogy a hiányzó pácienseket, azaz a megbírált személyeket a kliens önmagához hasonlítja.

A késői ülésen a kliens és terapeuta érdekes módon hasonló arányban jelölte saját magát páciensként. Ez a kliens esetében azt jelentette, hogy jelentősen csökkent a szelfpáciencia használati aránya: a korai ülésen produkált 12,70%-ról 3,86%-ra a késői ülésen. A változás azt mutatja, hogy a kliens az első üléshez képest kisebb mértékben pozicionálja a szelfet, mint az események passzív elszenvedőjét. Ez az ágenciahiány-érzet kifejeződésének csökkenését, vagyis, más szóval az ágenciaérzés kifejeződésének erősödését jelenti. Ez egyszerre mind a terápiás célkitűzések megvalósulásának jele is. A kliens azon tendenciája, hogy a szelfágencia erősödése mellett az élettelen tárgyakat és folyamatokat jelöli inkább páciensként a késői ülésen, azt jelzi, hogy a cselekvés elszenvedőjének az élő, cselekvő személyek helyett inkább az élettelen tárgyakat tekinti.

Összefoglalás

Összefoglalásként azt mondhatjuk, hogy a beszélők a kliens szelfnarratívumainak konstrukciós folyamata során egyfelől a kliens és terapeuta terápiás diskurzusban betöltött szerepének megfelelően használják az ágencia és páciencia kü-

lönböző típusait. A terápiás diskurzusnak ez a jellegzetessége mutatkozik meg abban, hogy míg a terapeuta más személyeket jelöl meg inkább ágensként, kevésbé jelöli meg a szelfet, mint ágenst, ugyanakkor a kliens beszédére éppen az ellenkezője jellemző. Ugyanakkor a két ülés mintázatainak eltérései már a terápia hosszú távú hatásaival kongruens változásokat mutatnak. A kliens ágencia- és pácienciahasználati mintázatai megváltoznak, azt mutatják, hogy a második ülésen a kliens többször jelöl meg más személyeket az első üléshez képest, és kevésbé jelöli meg saját magát az események passzív elszenvédőjeként. Ezek a változások az egészségesebb ágenciaérzés kialakulásának irányában tett lépéseket támasztják alá.

Ágencia és páciencia kifejezésének szabályozása a terápiában

A továbbiakban röviden összefoglaljuk az ágencia és páciencia szabályozására vonatkozó vizsgálatunkat. A korábbi fejezetekben kifejtett diskurzív megközelítés alapján feltételeztük, hogy a terapeuta perspektívahasználata hatással van a kliens kifejezőmódjára, és fordítva, vagyis hogy a közös figyelmi helyzetben a beszélők koordinálják nézőpontjukat, befolyásolják egymás perspektívaváltásait. A terápiás hatékonyság szempontjából különösen az érdekelt minket, hogy a terapeuta miként tudja befolyásolni a kliens nézőpontváltását. Amennyiben befolyásolja, ez egyfajta implicit tanulási folyamatot is jelenthet a kliens számára, mert a nézőpontváltások során a kliens a terapeuta intervencióiban megfogalmazott új nézőpontból tekinthet saját önéletrajzi történeteire.

Az ágencia és páciencia perspektívájának kölcsönös szabályozását és koordinációját az intonációs egységek bizonyos szekvenciatípusainak elkülönítése során vizsgáltuk, és a NP-váltás kölcsönös és önszabályozásának gyakoriságai alapján értékeltük ki. Négyféle típusú intonációs egységet különítettünk el:

1. Kliens által produkált intonációs egységet egy másik, szintén a kliens által produkált intonációs egység követ (kliens önszabályozása, a továbbiakban KK).
2. Kliens által produkált intonációs egységet egy másik, a terapeuta által produkált intonációs egység követ (kölcsönös szabályozás a kliens részéről, a továbbiakban KT).
3. Terapeuta által produkált intonációs egységet egy másik, szintén a terapeuta által produkált intonációs egység követ (terapeuta önszabályozása, a továbbiakban TT).
4. Terapeuta által produkált intonációs egységet egy másik, a kliens által produkált intonációs egység követ (kölcsönös szabályozás a terapeuta részéről, a továbbiakban TK).

A szekvenciatípusok gyakoriságát kiszámoltuk az ágencia- és pácienciaváltozókra a két ülésnél külön, és a mintázatok közötti különbséget khi-négyzet próba segítségével teszteltük. A legérdekesebb kérdés számunkra az volt, hogy a kliens spontán beszédének mintázatai mennyiben térnek el a terapeuta megszólalásait követő perspektívahasználattól, vagyis a KK- szekvenciák és TK-szekvenciák közötti eltéréseket kerestük. Ugyanakkor fontos kérdés volt az is, hogy a terapeuta saját spontán beszédében milyen perspektívákat használ leggyakrabban.

Az ágencia szabályozásával kapcsolatban a szekvenciamintázatok közti eltérések szignifikánsak voltak mindkét ülésen. (Az első ülésen: khi-négyzet=352,76, df=15, $p < 0,0001$, a második ülésen: khi-négyzet=257,37, df=15, $p < 0,0001$). A részletes adatokat az alábbi táblázatokban közöljük.

7.4. táblázat. Szekvenciatípusok eloszlása a korai és a későbbi ülésen: ágencia

	Minimál válaszok	Szelf	Szelf- rész	Más személy	Élet- telen	Nincs ágens	Összesen
Korai ülés							
KK	4,41	27,33	1,53	21,90	26,15	18,68	58,78
KT	56,58	6,58	0,00	19,74	11,84	5,26	15,17
TK	9,93	32,45	0,66	14,57	27,15	15,23	15,07
TT	6,36	10,00	0,91	46,36	27,27	9,09	10,98
Összesen	13,37	23,05	1,10	23,15	24,25	15,07	100,00
Késői ülés							
KK	2,13	28,54	0,51	40,38	23,38	5,05	76,00
KT	36,29	16,94	0,00	28,23	16,94	1,61	9,54
TK	3,97	31,75	0,00	35,71	24,60	3,97	9,69
TT	3,23	11,29	0,00	51,61	29,03	4,84	4,77
Összesen	5,62	26,92	0,38	39,31	23,15	4,62	100,00

Az ágencia szempontjából a szekvenciák vizsgálatánál azt találtuk, hogy a kliens önszabályozó szekvenciáit és a terapeuta megszólalását követő szekvenciákat a szelfágencia, valamint az élettelen tárgyakat vagy folyamatokat megjelölő ágenciatípus jellemezte leginkább a korai ülésen. Az élettelen tárgyak, folyamatok ágensként történő megjelölése 26,15% volt a KK- és 27,15% a TK-szekvenciákban, ebben a sorrendben. A korai ülésen a szelfágencia aránya a KK és TK esetében 27,33% és 32,45% volt, ebben a sorrendben. A számunkra releváns kérdésnek, vagyis a kliens szelfágencia-kifejezésének szempontjából azt mondhatjuk, hogy a terapeuta megszólalását követően magasabb arányú használatot produkált folyamatos beszédéhez képest, azonban ez a különbség nem volt szignifikáns. Ez azt jelenti, hogy hipotézisünket, miszerint a terapeuta megszólalásait követően a kliens magasabb szelfágenciát használ, nem sikerült alátámasztanunk.

A késői ülésen a KK- és TK-szekvenciákat leginkább a más személyek ágensként történő megnevezése (40,38% és 35,71%, ebben a sorrendben) valamint a szelfágencia (megközelítőleg 28,54% és 31,75%, ebben a sorrendben) jellemezte. Itt ismét azt tapasztaljuk, hogy a kliens szelfágencia-használatának aránya valamivel magasabb akkor, ha megszólalása a terapeuta megszólalását követi, mint saját spontán beszédében. Azonban ez a különbség sem szignifikáns, így csak tendencia jellegű eltérésről van szó.

A terapeuta beszédében a KT-szekvenciákat túlnyomó többségben a terapeuta minimál válaszai jellemezték. Ez az arány a korai ülésen 56,58%, míg a másfél évvel későbbi ülésen 36,29% volt. A TT-szekvenciákban a terapeuta elsősorban más személyeket jelölt ágensként, ami a korai ülésen 46,36% volt, míg a késői ülésen 51,61%. Emellett az élettelen tárgyakat, folyamatokat is gyakran jelölte ágensként a terapeuta folyamatos beszédében. Ez az arány a korai ülésen 27,27%, a késői ülésen 29,03%, tehát megközelítőleg azonos volt.

7.5. táblázat. Szekvenciák eloszlása a korai és késői ülésen: páciencia

	Minimál válaszok	Szelf	Szelf- rész	Más személy	Élettelen tárgy, folyamat	Nincs páciens megjelölve	Összesen
Korai ülés							
KK	4,41	13,07	1,70	10,87	35,99	33,96	58,78
KT	57,24	0,66	1,32	7,89	13,82	19,08	15,17
TK	9,93	11,26	3,97	7,28	31,13	36,42	15,07
TT	7,27	2,73	0,00	19,09	30,00	40,91	10,98
Összesen	13,57	9,78	1,80	10,78	31,24	32,83	100,00
Késői ülés							
KK	2,13	3,95	0,10	6,98	51,92	34,92	76,00
KT	36,29	0,00	0,00	7,26	37,10	19,35	9,54
TK	3,97	3,17	0,00	6,35	48,41	38,10	9,69
TT	3,23	1,61	1,61	9,68	43,55	40,32	4,77
Összesen	5,62	3,38	0,15	7,08	49,77	34,00	100,00

A páciencia szempontjából szintén szignifikáns eltéréseket találtunk a szekvenciák között mindkét ülésen (a korai ülésen: khi-négyzet=326,97, df=15, $p < 0,001$; késői ülésen khi-négyzet=260,87, df=15, $p < 0,001$).

A kliens folyamatos beszédében a korai ülésen 35,99%-ban jelölt meg élettelen tárgyakat vagy folyamatokat páciensként, ez az arány a terapeuta közbeszólásait követően 31,13% volt. A kliens megközelítőleg hasonló arányban *nem* jelölt meg páciens a KK- és TK-szekvenciákban (33,96 és 36,42%, ebben a sorrendben). A kliens beszédében hasonló módon nem volt eltérés a KK- és TK-szekvenciákban a szelfpáciencia arányát illetően sem (13,07 és 11,26%, ebben a sorrendben). Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a terapeuta beszédét követően a kliens beszédében nem módosult a páciencia kifejeződése a korai ülésen saját

folyamatos beszédéhez képest. Mivel a korai ülés a terápiás folyamat kezdeti szakaszában zajlott, feltételeztük, hogy az általunk leírt kölcsönös szabályozási folyamat leginkább a későbbi ülésen lesz kimutatható, amikor a kliens elsajátítja a terapeuta által használt perspektívaváltásokat.

A korai ülésen a terapeuta saját folyamatos beszédében a klienshez hasonlóan magas arányban jelölt élettelen tárgyakat és folyamatokat páciensként (30,00%), valamint nagyon magas arányban *nem* jelölt meg páciensként (40,91%). Ezenkívül érdekes még megemlíteni, hogy minimál válaszainak aránya (hm, ühm, aha, igen stb.) is viszonylag magas volt a KT-szekvenciákban, összevetve a TT-szekvenciákkal (57,24%, és 7,27% ebben a sorrendben).

A késői ülésen a kliens folyamatos beszédében (KK) a korai üléshez hasonlóan a leginkább az élettelen tárgyakat és folyamatokat jelölte meg páciensként (51,92%), emellett nagy arányban *nem* használt páciensként (34,92%). A TK-szekvenciákban hasonló módon alakultak ezek az arányok a kliens beszédében: élettelen tárgy páciensként 48,41%-ban jelent meg, míg 38,10%-ban *nem* használt páciensként. A terapeuta saját folyamatos beszédében hasonló arányokat tudunk kimutatni: 43,55%-ban élettelen tárgy vagy folyamatot jelölt páciensként, és 40,32%-ban *nem* jelölt meg páciensként. A kliens megszólalásait követően (KT-szekvenciák) a terapeuta itt is magas arányban használta a minimál válaszokat (36,29%), míg élettelen tárgyat és folyamatot megközelítőleg 37,10%-ban jelölt meg páciensként.

Összességében elmondhatjuk tehát, hogy a második ülésre a szekvenciák között eltérés volt kimutatható a páciencia használatában. A legfeltűnőbb ilyen eltérés a terapeuta beszédében volt megfigyelhető, aki mindkét vizsgált ülésen a klienst követő megszólalásaiban nagy arányban alkalmazta a minimál válaszokat. A kliens esetében a legfeltűnőbb az volt, hogy folyamatos beszéde, valamint a terapeutát követő megszólalásai között *nem* volt kimutatható különbség a páciencia használatában. A páciencia használatának szempontjából tehát, feltételezésünkkel ellentétben, *nem* volt kimutatható a kölcsönös szabályozás jelensége.

Csak olvasható

Perspektívaváltások elemzése pszichoanalitikus ülésekből vett példákkal – kvalitatív elemzések

8.

Jelen fejezet a mentális struktúrák differenciálódásával foglalkozik, ami elméletünk szerint új figyelmi stratégiák elsajátításával valósul meg a pszichodinamikus terápiás kezelés során. Az NP figyelemirányítási funkciójáról és ennek a mentális szerveződés átalakulásában betöltött szerepéről szóló elméletünk kiindulópontja a mentális struktúrák vagy más néven reprezentációk és az ezek közti kapcsolatok általános kognitív eredetű elmélete (Sanders, 2000). Ebben a megfogalmazásban a személyiség adaptív szerveződésének és működésének egyik feltétele, hogy a személy jól használható reprezentációkat képes aktiválni önmagáról, másokról, a világról. Ezeknek a reprezentációknak az aktiválása pedig – egyebek között – a figyelmi fókusz ráirányulásával történik (Ruby, Decety, 2003). Mivel a nyelvi kommunikáció során a figyelem irányítása nyelvileg a NP segítségével zajlik (Chafe, 1994), ami a terápiás helyzetre éppúgy vonatkozik, mint más beszédhelyzetekre, a narratívperspektíva-váltások segítségével a figyelemi fókusz változtatásával a szelfről, illetve a másokról alkotott reprezentációk módosíthatók, valamint a reprezentációk módosítására alkalmas újabb figyelmi stratégiák sajátíthatók el.

Korábbi tanulmányok arra utalnak (Main, 2000), hogy a figyelmi stratégiák egyes mintázatai egy adott személyre nézve tipikusak lehetnek. A szelfreprezentációk kialakulása csecsemőkortól kezdve meghatározott figyelemirányítási módok közegében zajlik. E módok egyike, a verbalitás szintjén, a beszédpartnerek (tipikusan szülő-gyermek, szülő-szülő) által gyakorta használt NP-mintázatok típusaiban nyilvánul meg. A korai helyzetre reflektálva, a terápiás kapcsolatban változhat és többnyire változik is a szelfreprezentációkat meghatározó, a procedurális emlékezetben elraktározott figyelemirányítási készségek repertoárja és használati módja. Így a terápiás kapcsolatban elsajátított új figyelemirányítási készségek révén az adott személy képessé válik adaptívabb szelfreprezentációk kialakítására (Slade, 2000; Lyons-Ruth, 1999).

Az alábbiakban felsorolunk néhány klinikailag jelentős figyelemirányítási készséget, melyekre a terápiás ülések elemzett részletei példát is adnak. Fontos figyelemirányítási készségek közé tartoznak a következők:

- a) az affektustelített önéletrajzi epizódok aktiválása (Anderson & Pichert, 1978; Black és mtsai 1979; Pólya, 2003, 2005) és fenntartása, elaborálása: karakterszint felvétele és elaborációja;

- b) az aktivált, affektustelített epizódok absztraktabb szinten való feldolgozása: karakterszintről narrátorszintre váltás;
- c) a különböző, disszociált epizódok összekapcsolása: különböző karakter-szintű epizódok narrátorszinten való összekapcsolása;
- d) disszociált affektív élmény elemeinek az összekapcsolása, disszociált szelf vagy másik reprezentációk összekapcsolása (Cloitre, 1997): karakterszinten, internális-externális fokalizáló módra történő váltások;
- e) saját belső mentális folyamatokra vagy a másik mentális folyamataira való fókuszálás (Phelan, 2001; Fónagy és mtsai, 2002), vagyis mentalizálás: internálisról externális fokalizáló módra váltás és vissza;
- f) az ágenciaérzés erősségével és a szelfágencia átélésével, megtapasztalásával kapcsolatos váltások: más-ágenciáról, szelfrészágenciáról, szelfpácienciáról szelfágenciára történő váltások;
- g) a szelf határainak megtapasztalása, autonóm egységként való átélése: diegetikus váltásokkal kombinált ige szám- és személyváltások.

Azt állítjuk tehát, hogy a személyiség nagyobb, globális struktúraváltásai, vagyis a szelfnarratívumok átalakítási folyamatai éppen a NP-váltások variációs lehetőségeinek elsajátításával járó, kisebb váltásokon alapulnak. Vagyis amennyiben a páciens az analitikust követve elsajátítja a különböző típusú perspektívaváltásokat, képessé válik saját történeteit, élményeit és érzelemlámpát új, adaptívabb perspektívából megjeleníteni (Unoka, Berán, 2006). Az NP-váltások begyakorlásának jelentősége egyrészt az, hogy a páciens egy adott helyzetre vonatkozó új információkat tartalmazó reprezentációkat alakít ki, miáltal az átélt élményhez való érzelmi viszonyulása megváltozik. Másrészt elsajátítja a terapeuta által „bemutatott” új típusú perspektívaváltásokat, vagyis újfajta figyelemi és affektusszabályozási stratégiákat is kialakít, s ezek segítségével később maga is képessé válik újfajta reprezentációk létrehozására. Az új nézőpontból való megközelítés és az ezáltal való újfajta reprezentációk létrehozása jelenti a mentális struktúrák átalakulásának és differenciálódásának folyamatát. Fontos azonban ismételt hangsúlyozni, hogy a páciens történeteiben megvalósuló perspektívák éppen úgy befolyásolják az analitikust és annak potenciálisan perspektívaváltásra alkalmas momentumait, mivel ő ebből a szempontból elsősorban a páciens által elmondott szövegre, vagyis a „hozott anyagra” támaszkodik – másrészt természetesen különféle terápiás elméletekre és saját tapasztalataira.

Az alábbiakban terápiás ülések szövegeit elemezzük a NP-váltások szempontjából. Az egyes ülések leködolt szövegéből itt most azokat a részeket vizsgáljuk, ahol terápiás szempontból fontosabb perspektívaváltások figyelhetők meg. Elemzésünkben a perspektívaváltások figyelemi és affektusszabályozó szerepét vizsgáljuk: hogyan befolyásolja a terapeuta perspektívaváltása a kliens váltásait és ez terápiás szempontból milyen jelentőséggel bír és hogyan értelmezhető.

Módszerek

MINTAVÉTEL

A jelen vizsgálatban felhasznált adatok a Budapest Pszichoterápiás Adatbázisból származnak. Elemzéseinkhez két egymást követő terápiás ülés szövegét választottuk ki, a megfigyelési periódus középső szakaszából, ami a terápiás kezelés munkafázisát jelenti. Az elemzett részlet kiválasztását elméleti szempontok vezették, mivel a részletek elemzésével szeretnénk szemléltetni a különféle NP-váltások alkalmazását és értelmezését a terápiában.

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

A vizsgálatban a férfi kliens-férfi terapeuta páros szerepel. A kliensre és terapeutára vonatkozó információkat a 4. fejezetben fejtettük ki részletesen, ezért itt most csak a legszükségesebbek leírására vállalkozunk. A negyvenes éveiben járó férfi beteg, Szilárd esetében a terapeuta tartós dysthymiáról, szomatizációs tünetekről számolt be. A kliens motivátlanság miatt kezdte analízisét. Hosszabb ideje egyedül él, nincs partnerkapcsolata. Több éve nem dolgozik. Anyagilag szülei támogatására szorul. Terapeutája tapasztalt pszichoanalitikus, a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület tagja.

A NP KÓDOLÁSA

A terápiás diskurzus szövegeinek elemzéséhez a NP váltásának általunk kidolgozott kódolási módszerét használtuk (részletesen lásd 5. fejezet). A NP fogalmát a szöveg intonációs egységeire értelmeztük, vagyis minden intonációs egység külön perspektivakódot kapott. A NP-váltásokat kvalitatív módszerekkel elemeztük, azaz diskurzuselemzéssel vizsgáltuk, ami a NP-váltások funkciójának helyi kommunikációs kontextusban történő értelmezését jelenti.

KVALITATÍV ELEMZÉS

Az alábbiakban 2 terápiás ülésről elemzünk részleteket a fent leírt módszernek megfelelően.

Az első ülésen elhangzott témák: a kliens pszichiátriai osztályon való korábbi kezelésének emlékeit panasolja el, szó esik gyógyszerfüggőségről és folyamatos hasmenésről – négy részletet elemzünk az ülésről.

A második ülésen elhangzott témák: a hangrögzítés hatása a terápiára (megváltozott beszéd mód, ami zavarja a klienst, úgy érzi, a felvétel miatt az analitikus

másként viszonyul hozzá), szó esik a kliens korábbi meg nem értettséggel, elutasítottsággal kapcsolatos tapasztalatairól – három részletet elemzünk az ülésről.

Perspektívaváltás externális fokalizáló módról internálisra

A következő részlet az első ülésről való. A részletben megfigyelhető, hogy a kliens elbeszélése kezdetben külső, viselkedésfókuszú és pusztán az események, történések tényszerű leírására koncentrál. Később az analitikus belső tartalmakra irányuló, mentalizáló fókuszú megjegyzése a klienst perspektívaváltásra készíteti, amennyiben saját élményeivel kapcsolatban egy pillanatra ő is internális fokalizáló módra vált. (A vizsgált perspektívaváltás helye kiemelt szedéssel szerepel.)

1. RÉSZLET

450. K: ja, meg kitenyésztették hogy izé+...¹

451. K: +, ilyen baktériumfertőzés,

452. K: és hogy akkor és hogy akkor mm+...

453. K: +, izét adtak végül rá,

454. K: antibiotikumot!

455. K: hogy múltjon el.

456. K: de mondom, az első reakció mindenre ez volt,

457. K: olyan /nincs.

458. K: ne beszéljen butaságokat!

459. K: ilyen nincs.

460. T: szóval végül nem volt elégedett a gondozásával+...

461. T: +, ellátással?

1 Az itt ismertetett szövegrészteteket a CHILDESS kódrendszer szabályai alapján jegyeztük le. Minden egyes lejegyzett sor egy intonációs egységet jelent, amely egy adott perspektívát jelenít meg. A sor elején álló szám a teljes ülés lejegyzett szövegére vonatkozik, vagyis az adott sor sorszámát jelzi a teljes szövegen belül. A K vagy T jelölés arra vonatkozik, hogy az adott szövegsor a kliens vagy a terapeuta szájából hangzik-e el.

Intonációs jelek:

Befejezett és félbehagyott intonációs egység véghangsúlyának jelölése:

- félbehagyott intonációs egység
- . befejezett intonációs egység eső hangsúly
- ? kérdő hangsúly
- ! felkiáltó hangsúly
- , folytatódó, befejezetlen intonációs egység

462. K: nem tudom.

463. K: hát biztos jó az az osztály,

464. K: de mondom, így emberileg a hozzáállással+...

465. K: mindig ez volt+...

A részletben szembetűnő a külső vagy belső folyamatokra való összpontosítás jelentősége. A kliens külső viselkedés leírásától (450–459.) a belső felé fordul a figyelem fókusz: az analitikus kérdésével a belső aspektusokra, érzelmekre, gondolatokra, a szelf szubjektív élményére, az élmények személyes voltára irányítja a kliens figyelmét. Ezáltal az analitikus azt is jelzi, hogy a kliens gondolatvilága elkülönül a külvilág jelenségeitől, attól bizonyos értelemben függetlenül van jelen. Az externális fokalizáló mód nem mentalizáló perspektíva, míg az internális igen. Az introspektív figyelem a szelf és a másik elméjéről alakít ki reprezentációkat (önkontroll, viselkedéstervezés, érzelemfelismerés). Ugyanakkor a fenti részletben a kliens saját beszédében a kórházi személyzetet állítja be ágensként, saját maga pedig ennek az ágenciának a passzív elszenvedőjeként jelenik meg. A terapeuta a 460. sorban az ágencia szempontjából is perspektívát vált, mivel megszólalásában a klienst állítja be ágensként.

A folytatásban (462.) a kliens átveszi a terapeuta nézőpontját, megszólalásában szelfágenciát használ.

A következő részlet szintén az iménti ülésről való, az előzőek folytatása. A kliens, miután saját belső folyamatait felismerte, másoknál is képes lesz felismerni ezeket, illetve gondolatainak előterébe kerül a mentalizáló hozzáállás.

Félbehagyott intonációs egységek végének jelölése:

+... befejezetlen grammatikai egység

+// másik beszélő közbevágása

+/. Saját megnyilvánulás félbeszakítása a beszélő részéről

+, félbeszakított intonációs egység utáni folytatás kezdetének jele

< > hamis kezdés

Véghangsúlyok (befejezett és félbehagyott intonációs egységek végén):

- . eső

- , lebegő

- ? emelkedő

Befejezetlen intonációs egységek

+... befejezetlen intonációs egység, mondattöredék

Hangsúlyos szó, szótag előtt

/

Szünet:

= 1 s, ## = 2 s

2. RÉSZLET

460. T: szóval végül nem volt elégedett a gondozásával+...

461. T: +, ellátással?

462. K: nem tudom.

463. K: hát biztos jó az az osztály,

464. K: de mondom, így emberileg a hozzáállással+...

465. K: mindig ez volt+...

466. T: hmm.

467. K: +, tehát ez volt az alapattitűdjük.

468. K: de nem csak ilyenekben,

469. K: hanem öö mikor bementem,

470. K: rögtön első nap+...

A fenti két részletben az analitikus perspektíva váltásának a kliensre gyakorolt hatását vizsgálhatjuk. A kliens kezdetben külső leírást ad a kórházi dolgozók viselkedéséről, ezután az analitikus 460.-ban internális fokalizáló módra vált és az orvosok viselkedéséről az analizált személyére és tapasztalataira irányítja a figyelmet, amit az analizált egy intonációs egység erejéig elfogad (462.), s ezután ismét visszavált az orvosok viselkedésére, de most már internális fokalizáló módot használva (464–466.), tehát a mentális tartalmakra összpontosítva.

A terapeuta ugyanakkor a 460. sorban a klienst jelöli meg ágensként. Korábban a kliens saját magáról mint az események passzív elszenvédőjéről beszélt, s ezt a terapeuta kérdése után szelfágenciára módosítja. A szelfágencia perspektívája, mint korábban kifejtettük, a terápiás munka egyik célja, mivel kifejezi a kliens saját magáról, mint ágensről való gondolkodását. Ez azt jelenti, hogy a kliens saját magát, mint események aktív kezdeményezőjét látja és láttatja, valamint, hogy felelősséget is vállal az események következményeiért. Jelen esetben a kórházi személyzettel kapcsolatban Szilárd kiszolgáltatottnak érzi magát, de a terapeuta perspektívaváltása egy rövid időre kizökkenti ebből. Miután saját magát állítja az ágens pozíciójába, visszatér korábbi nézőpontjához és egy elvont fogalmat nevez meg ágensként, az „osztály”-t, a kórházi személyzetre utalva ezzel a kifejezéssel.

Internális fokalizáló mód: a másik és a szelf viszonya

A következő részlet szintén az első ülésről való. A kliens további részleteket mesél kórházi tapasztalatairól.

3. RÉSZLET

920. K: vagy vizitkor is mindig azt mondták,

921. K: hogy hogy van?

922. K: most mondja el.

923. K: és akkor, ha jobban éreztem magam,

924. K: akkor azt mondtam, hogy most jobban érzem magam,

925. K: ha rosszabbul éreztem magam,

926. K: azt mondtam, hogy most rosszabbul érzem magam.

927. T: ühm.

928. K: mer hát most mi-,

929. T: és az volt az érzése,

930. T: hogy időnként mást vártak volna magától?

931. K: igen.

932. K: nem az hogy érzésem volt!

933. T: ühm.

934. K: a szemembe is mondták.

A fenti részletben a kliens internális és externális fokalizációt váltogatva beszél saját magáról, míg az orvosokról viselkedéses leírást ad, tehát nem mentalizál. Az analitikus kérdésében, a 930.-ban az orvosok is internális fokalizáló módban jelennek meg, vagyis az ő elmeműködésükre irányítja a kliens figyelmét. A kliens elfogadja ezt (931.-ben: *igen*), de aztán ismét a viselkedésre fókuszál. Ezen a ponton tehát elkülönül önmaga megértésének folyamata, ami egy belső nézőpontra alapul, a másik megértésétől, ahol a kliens ugyan képes arra, hogy a másikat egy belső, a mentális állapotokkal számoló perspektívában jelenítse meg, de ezt a nézőpontot nem képes hosszabb ideig fenntartani, főleg akkor, ha ez az én-másik viszonyt fejezi ki, vagyis azt, hogy mások milyen gondolatokkal és elvárásokkal viszonyulnak hozzá.

NP-váltás karakterszintről narrátorszintre

A következő részlet szintén az első ülésről való, s a kliens tovább folytatja kórházi élményeinek leírását. Ugyanakkor az analitikus egy új szempontra hívja fel a figyelmet: a kliens kórházi tapasztalatai emlékeztetnek gyermekkori élményeire, illetve viszonyulási módjaira. Ez a perspektívaváltás szempontjából egy radikális váltás során valósul meg, amikor a terapeuta egy olyan új nézőpontot ajánl fel a kliensnek, ahonnan két különböző történet szereplőit (két korábbi énjét, mint karaktereket) tudná összehasonlítani vagy egymáshoz viszonyítani.

4. RÉSZLET

733. K: szal mindig megpróbáltak valamit belemagyarázni az emberbe+...

734. K: +, ami ami nem igaz,

735. K: én meg mondtam hogy+...

736. K: de nem úgy van,

737. K: és és győzködtem őket,

738. K: dehát asz asz+...

739. K: +, őket nem érdekelte.

740. K: mer hát ők jobban tudják.

741. T: ühüm.

742. T: tehát itt is az az élmény érte, hogy vádolják valamivel.

743. K: velük /állandóan ilyenem volt.

744. T: hogy hibáztatják +//

745. K: velük, velük állandóan ilyenem volt.

746. T: na de nem csak velük volt ilyenje.

747. K: anyámmal is ilyen volt.

748. K: mindig.

749. K: de de de ezekkel az orvosokkal ott+...

747.-ben a kliens elfogadja a terapeuta által felvetett összefüggést, miszerint aktuális élményei a kórházi személyzettel az anyjával való korábbi élményeire emlékeztetik. Ugyanakkor ellenáll annak, hogy erről bővebben beszéljen és ismételt perspektívaváltással visszatér a kórházban ért sérelmeihez. Amennyiben a kliens képes lenne a narrátorszintjének perspektívájában gondolkodni, elabórálni tudná azt a perspektívát, amelyből mindkét élmény látható: a kórházi és a gyermekkori. Ez a perspektíva a narrátor szintjére fokalizál. A kliens ehelyett visszatér a karakter szintjére és ezt elaborálja (tovább elemzi a kórházi helyzetet). Ily módon, bár nyíltan nem veti el, sőt elfogadja az analitikus által javasolt perspektívát, elutasítja annak kifejtését.

A narrátor szintjének jelentősége tehát abban áll, hogy a kliens ezen a szinten képessé válik a disszociálódott szelfrészek integrálására. A különféle karakterpozíciók által a hasított reprezentációkat ugyanabban a közös perspektívában jeleníti meg. Más szóval, a belátást, hogy a kliens korai élményeit ismétli meg bizonyos helyzetekben, az teszi lehetővé, hogy első lépésben képes a két eseményt párhuzamosan elgondolni, illetve figyelmét egy olyan narratív szintre összpontosítani, ahonnan ezek az élmények egyidejűleg láthatóak, egyetlen történetben elbeszélhetőek.

Összegzés: mi történt az első ülésen?

Az ülés folyamán az analitikus többször is megpróbálja kizökkenteni a klienst a kórházi történet viselkedésszintű leírásából, internális fokalizációval, a saját és a másik érzelmeire összpontosítva, illetve a narrátor szintjén összekapcsolva a történetet más, a kliens életéből vett történetekkel. A kliens erre többször pozitívan reagál és az ülés során lépéseket tesz a mentalizáció irányába, felismeri saját érzelmeit és saját élményeinek szubjektív voltát. Az analitikus segítségével felismeri a korai élmények és a kórházi élmények közötti kapcsolatot – ugyanakkor nem elaborálja az érzelmileg intenzívebb történetet, s így eleve nem adott a lehetősége a két karakter – múltbeli történeteiben felbukkanó „korábbi énjei” – magasabb szintű integrációjára. Ugyanakkor a korábbi kezelések negatív tapasztalata a kliens elbeszélésében szemben áll a jelenlegi pozitívabb tapasztalatokkal, azokkal az élményekkel, amiket itt és most az analitikussal megél, ami az áttételi események szempontjából az első ülés egyik fontos mozzanata. Ez a tény önmagában is egyfajta integráló tényező, hiszen a múltbeli események és a jelen helyzet között létesít egy szoros kapcsolatot.

NP-váltás a terápiás itt és most szintjéről a karakterszintre

A következő részlet a második ülésről való, amikor a kliens kifejti, hogy attól tart, a magnófelvételeket meghallgató kutatók félremagyarázzák majd, amit mondott, ennek kapcsán megemlíti családon belüli rossz élményeit.

5. RÉSZLET

- 411. K: a másik meg persze+...
- 412. K: hogy családon belül meg+...
- 413. K: +, szeretik is félremagyarázni, amit mondok.
- 414. K: tehát félreérteni.
- 415. K: tehát olyan előszeretettel félreérteni,
- 416. K: tehát mondjuk szüleim+/
417. T: ezt hogy érti?
- 418. K: hát hogy nem azt érteni, amit mondtam.
- 419. K: tehát hogy belekötni.
- 420. T: példát tudna rá mondani?**

421. T: [milyen jellegig] igaz, hogy+...

422. K: [jaj, most ne:!]]

423. T: +... a dolog ami+//

424. K: a lényeg az, hogy belekötni, amit mondtam.

Az analizált tiltakozik az ellen, hogy perspektívát váltson és a karakter szintjére lépjen. A kliens egy többször ismétlődő eseményről ad általános leírást (411–416.) a terapeuta pedig a 417.-ben egy konkrét esetre való visszaemlékezésre serkenti, vagyis, a karakterszintre való váltást próbálja elősegíteni, hogy ezáltal a kliens egy konkrét példán keresztül mutassa be az általa említett tipikus családi viselkedésmintát. Ugyanakkor a terapeuta maga nem vált perspektívát, tehát nem lép be a karakterszintre. Ezt egy korábról való konkrét esetre való hivatkozással vagy egy fiktív példa említésével tehetné meg. Az analizált tiltakozik a karakterszintre lépés ellen – analitikus terminológiával élve, mondhatjuk, hogy ellenáll.

A pszichés narratív szint karakterszintje, mint azt korábban definiáltuk, a történet egy karakterével való közvetlen azonosulást jelent, mely karakter általában a narrátor-kliens egy korábbi önmaga. A karakterszint előnye a narrátorszinttel szemben az, hogy érzelmileg intenzívebb átélésre ad lehetőséget, valamint az adott témához szorosan kapcsolódó esetleg elfelejtett emlékek felidézésére, ismételt átélésére egy biztonságos közegben. Az érzelmileg intenzívebb helyzet javítja a terápiás kapcsolatot és erősíti a pozitív áttételt².

Általános alany – Karakterszintre történő perspektívaváltás

A következő részlet szintén a második ülésről való. A kliens és a terapeuta tovább elemzik a fenti témát, vagyis a kliens abbéli félelmét, hogy félreértik vagy belemagyaráznak valamit a mondandójába. A kliens általános alanyt használ (482.), ami egy fókuszátlan perspektíva, ún. általános alany. Ezután visszavált egyes szám első személyre (484.), egy intenzívebb érzelmi állapot leírására, majd ismét vissza általános alanyra (485.). Az általános alany és az egyes szám első személy közti perspektívaváltások a terápiás kapcsolatban megjelenő eltérő intimitási szintekre utalnak. Amikor a kliens egyes szám első személyben beszél, karakter-

2 Az áttétel fogalma a kliens és terapeuta közti érzelmi viszonyt fejezi ki, mely során a kliens korábbi kötődési személyek reprezentációit vetíti a terapeutára. Az áttételi viszonyban mind pozitív, mind negatív érzelmek megjelenhetnek a kliens részéről. [J. Laplanche, J. B. Pontalis (1988.) Vocabulaire de la Psychoanalyse. Presses Universitaires de France.]

szinten, akkor egy személyes élményébe enged betekintést a terapeuta számára. Az általános alany pedig éppen ezt a személyes jelleget zárja ki.

6. RÉSZLET

481. K: az úgy azér hoz egy ilyet,

482. K: hogy az ember azér+...

483. K: +, jobban fél tőle.

484. K: tehát rögtön arra gondolok,

485. K: hogy hú, de a másik abba mit fog tudni belemagyarázni.

486. T: szóval egy ilyen alapállása van.

487. T: hogy **bele akarnak magyarázni valamit abba, amit mondok.**

488. K: igen,

489. K: ilyenem van.

megjegyzés: szünet

Empátia kifejezése NP-szabályozással

Az analizált személy általános, személytelen kijelentéséből egy érzelmileg intenzív jelen idejű (ill. jövő idejű) karakterszintre vált, egy gondolatot idézve saját magától (485.) egy, az eddigibe beágyazott, új narratívumot indít el. Az analitikus erre két szinten is reagál: először interpretál (486), majd a kliens perspektíváját tükrözve (487.), jelen időben, egyes szám első személyben folytatja a karakter gondolatmenetének kifejtését.

Az analitikus, azáltal hogy átveszi a kliens perspektíváját (487.), belép annak világába, vagyis az új történetbe. Mivel egyes szám első személyű, jelen idejű példát használ, ő maga azonosul azzal a karakterrel, aki az új történet főhőse. Az analizált személy ekkor meglepődik, hangja elhalkul és megnyugszik. Elismeri, hogy ilyen alapállással rendelkezik, egy kis szünetet tart, úgy tűnik, belátásra tesz szert. Ezt követően (már nem szerepel a fenti részletben) az analizált személy visszatér eredeti témájához, a magnófelvételt készítő személyek zavaró hatásának részletezéséhez. „Éppen ezért fontos, hogy ők mit fognak gondolni rólam”, stb. Ugyanakkor hangsúlyoznunk kell, hogy az analitikus elfogadásának és az empátia megtapasztalásának élménye detektálható volt a kliens fenti reakcióiban, tehát eredményre vezetett. A hosszú távú utólagos hatások, mint korábban említettük, nem képezik a vizsgálatunk tárgyát.

Összegzés: mi történt a második ülésen?

A magnófelvétel készítésének zavaró hatása előhívott egy folyamatosan működő paranoid beállítódást,³ ami a gyermekkori (és későbbi) anyai, szülői kapcsolatból ered, valamint megjelenik az áttételben is. Az analitikus sikeresen hívja fel a kliens figyelmét erre a tényre, majd empátikus közegben lehetővé teszi ennek elfogadását.

Az esetből levonható következtetések

A fenti vizsgálatban a narratív perspektíva működését tanulmányoztuk, hogy bemutassuk a nyelvi perspektívaváltások segítségével kialakuló új figyelmi készségeket, ami nézetünk szerint a pszichoanalízis egyik lehetséges hatásmechanizmusa. Az itt elemzett két egymást követő ülés esetrészleteiben a kliens a meg nem értettség és „belemagyarázás” problémájával küzd. Hol az orvosok, hol pedig a felvételt készítők jelenítik meg ezeket az üldöző, elutasító rossz tárgyakat. Az analizált saját intencióit nem tudja a másik személlyel megértetni, illetve saját magát nem tudja elfogadtatni velük. Az analitikus és a terápiás kapcsolat mindkét részletben ehhez képest a jó állapotot, a megértettséget, az elfogadottság állapotát képviseli. A NP-váltással, valamint a NP szabályozásával az analitikus különféle módokon befolyásolta az analizált személy figyelmi állapotát:

1. Az analitikus hol a saját, hol a másik személy belső tartalmaira irányítja a figyelmet, hol az érzelmi állapotok elmélyítésére, hol pedig elkülönült énéllapotok, történetek magasabb szintű integrációjára serkenti a klienst a perspektívaváltásokkal. A terapeuta intervenciói nyelvi megfogalmazásaival szisztematikusan és ismételten olyan új perspektívákat ajánl fel, amelyek a kliens aktuális mentális állapotának megfelelő szabályozásához szükséges mentális készségeket aktivál. Ilyen készségek például az affektustelített önéletrajzi epizódok aktiválása, fenntartása, az aktivált, affektustelített epizódok absztraktabb szinten való feldolgozása, a különböző, disszociált epizódok összekapcsolása, disszociált affektív élmény elemeinek az összekapcsolása, disszociált szelf vagy másik reprezentációk összekapcsolása, saját belső mentális folyamatokra vagy a másik mentális folyamataira való fókuszálás. A felsorolt figyelemirányítási manővereket a kliens önkéntelen elsajátítja és ezek az új figyelemirányítási

3 A paranoid beállítódás a személyiségnek az a jellegzetessége, hogy másokról rosszindulatot feltételezve, különféle gyanakvásokkal él, és mivel támadásra számít, másokkal szemben folyamatosan védekező pozícióban van. [J. Laplanche, J. B. Pontalis (1988.) *Vocabulaire de la Psychoanalyse*. Presses Universitaires de France.]

készségek teszik lehetővé, hogy a korábbiaktól eltérő, adaptívabb reprezentációkat tudjon alkotni magáról és világa tárgyairól.

2. Az analízis korai szakaszában ezeket a kliens számára új perspektívákat még nehéz folyamatosan megtartani, illetve elaborálni. Ezért a kliens gyakran, miután belép egy új, az analitikus által felkínált perspektívába, azonnal vissza is vált saját korábbi nézőpontjára. Az új perspektívából való visszaváltásnak számos funkciója lehet. Egyrészt önszabályozó funkciója van, miszerint az új perspektíva erős, a kliens által kezelhetetlennek megélt affektív tartalmakat aktivál, melyek a perspektíva elhagyása után enyhülnek. Másrészt kapcsolati szabályozó funkciója van, az új perspektívából való láttatás, a korábbi tárgykapcsolati sémák alapján a kapcsolatot fenyegető (szorongást keltő, megszegyenítő, büntudatot, haragot aktiváló) hatású, melynek elhagyása a tárgykapcsolati séma alapján a kapcsolat vélt biztonságosságát hozza helyre.
3. A figyelmi állapotok befolyásolásával, az új perspektívák ismételt alkalmazásával a terapeuta új készségekre is példát mutat a gyakorlatban és hozzásegíti a klienst ezen képességek rögzítéséhez, elsajátításához, önálló alkalmazásához. Az analízis hatótényezője ezek rendszeres gyakorlásának tudható be, egy olyan kapcsolati helyzetben, ahol érzelmileg jelentős kötődési élményekhez kapcsolódó élmények aktiválódnak, a cselekvés vagy az emlékezés szintjén. Ez az implicit tanulási folyamat a beszéd szintjén, egy nyelvi közegben zajló, nem tudatos folyamat, mely során új, procedurális készségeket sajátít el az analizált személy, s az így elsajátított implicit tudást fel tudja használni újfajta, adaptívabb reprezentációk kialakításában.
4. A belátások, illetve a terápiás kapcsolat (áttétel) alakulása is leírható a perspektívaváltások segítségével. Az NP egyrészt a beszélő saját figyelmének pillanatnyi fókuszáról tájékoztat (személyes funkció), másrészt az interakciót is meghatározza azáltal, hogy a másik figyelmének a fókuszát (interaktív funkció) is befolyásolja. Ez utóbbival összefüggésben, a kötődésemélet kapcsán már egy korábbi cikkünkben említettük (Unoka, Berán, 2006), hogy a kliens által használt NP-k és azok hirtelen váltásai tükrözik a korai kötődési modellt, vagyis azt, hogy mi és milyen perspektívából láttatható a belső folyamatokból, illetve, hogy a másik figyelmének a fókuszát mire akarja vagy akarhatja irányítani.

Csak olvasható

A kliens és terapeuta eltérő stratégiái az affektus szabályozásában a terápia kezdeti szakaszában

9.

A terápiás ülés helyzetében átélt és kifejezett érzelmek kiemelt szerepet játszanak a terápiás folyamatban (Sloan, Kring, 2007). Egyes, a terápiás folyamat kutatásával foglalkozó vizsgálatok kimutatták, hogy a terápiás munka szempontjából eltérő funkciója lehet az érzelemtelített és az érzelmi bevonódás szempontjából alacsonyabb intenzitású, absztraktabb, reflektálóbb beszélgetésrészeknek (Mergenthaler, 1996, 2002; Bucci, 1995, 2001; Thomä, Kächele, 2006/2007). Ezek a kutatások a terápiás ülések szövegének elemzése során az érzelemtelítettséget és absztrakciót az érzelmi kifejezéseknek és absztrakt kifejezéseknek egy adott terápiás szakaszon belüli használati gyakorisága, valamint ezek aránya alapján hátrózták meg. Ugyanakkor a nyelvi érzelemkifejezés más módjai, például a kliens és terapeuta által közösen létrehozott történeteknek – a kliens újjászerveztett szelfnarratívumainak – szerkezeti tulajdonságai is kapcsolatba hozhatóak az érzelmi szelfbevonódás mértékével, valamint az átélt vagy kifejezett érzelmi intenzitással. Ilyen szerkezeti elem a narratív perspektíva (NP).

A NP operacionalizálására használt egyes változóira vonatkozóan korábbi vizsgálatok kimutatták, hogy az igeidő-használat (Wolfson, 1979, Schiffrin, 1987; Tannen, 1989; Pólya, 2004), az alany személye (Gambini és mtsai, 2004; Berán, Unoka, 2004; Jackson és mtsai, 2006; McIsaac, Eich, 2002; Sutin, Robins, 2008), a leírás részletezettsége és specifikussága (Baumeister, Newman, 1994; Raes és mtsai, 2003), epizodikus jellege (Barclay, 1996), valamint az emóciók és más mentális tartalmak verbális megjelenítése (Habermas, 2006) állhat kapcsolatban a NP-ban megjelenített érzelemtelítettséggel és a szelfbevonódás fokával. Több kutatás felhívta a figyelmet arra, hogy egy történet elbeszélése során az igeidő-használat a narrátor/karakter szubjektív időélményének kifejezését valószínűsíti meg, nemcsak irodalmi szövegekben, hanem személyes narratívumokban is (László, 1991; László, 2005; László, Pólya, 2002; Ehmann és mtsai, 2007; Berán, Unoka, 2004, 2005). Az igeidő-használat retorikai funkciója a narrátor/karakter szubjektív élményét megfelelő hitelességgel átadó idői perspektíva létrehozása. Ennek során a grammatikai jelen és múlt idejű igék váltakozó használata, valamint a jelen idő használata múlt idejű referenciával (az ún. átélő és újraátélő perspektívák használata: Wolfson, 1979, Schiffrin, 1987; Tannen, 1989; Pólya, 2004) dramatizálja, vidé teszi az előadást, ezzel intenzívebb érzelmi hatást keltve a

hallgatóban és növelve a narrátor hitelességét is (Habermas és Diel, 2010). Saját NP-modellünk ezt a hatást az igeidő-változó segítségével méri.

A szelf affektív bevonódásának nagyobb intenzitására utal, ha a narrátor maga is része az általa elbeszélte történetnek, vagyis homodiegézist használ, mint ha egy külső, harmadik személyű nézőpontból mondja el történetét, vagyis heterodiegézist használ (Sutin, Robins, 2008). Szintén magasabb szelfbevonódásról és intenzívebb affektusról beszélhetünk, ha az elbeszélő egyes szám első személyben adja elő történetét – a harmadik személyű elbeszéléshez, valamint általános alany használatához képest (Gambini és mtsai, 2004; Berán, Unoka, 2004; Jackson és mtsai, 2006; McIsaac, Eich, 2002; Sutin, Robins, 2008; Rice, Rubin, 2009). Saját NP-modellünk ezt a hatást a diegézis változóval, valamint az ige szám és személy változók használatában méri.

Szintén magasabb affektustelítettséget fejez ki az elbeszélő, amennyiben nagy részletességgel adja elő történetét, és egy konkrét, egyszeri epizódot ír le, szemben a részletesség hiányával és általánosan jellemző események elbeszélésével (Baumeister, Newman, 1994; Raes és mtsai, 2003). Saját NP-modellünkben, mint ahogy ezt már az 5. fejezetben kifejtettük, ezeket a jellemzőket a diskurzusszint változóval mértük. Ez a változó a történetet előadó szubjektum három lehetséges narratív pozícióját különíti el: 1. a terápiás helyzet itt és most szintjét, 2. a narrátorszintet, valamint 3. a karakterszintet, vagyis a történet egy karakterének pozícióját, aki lehet egy másik személy vagy az elbeszélő korábbi önmaga, mint karakter.

A megkülönböztetésnek a diskurzusfunkciók szempontjából az a lényege, hogy a három pozícióban eltérő az azt elfoglaló szubjektum tudása, a történet eseményeire való rálátása és érzelmi involváltsága. A hagyományos narratív kategóriák szempontjából ez az elkülönítés a fokalizáció szintjeit különíti el (Genette, 1970). Az egyéb diskurzustevékenységekbe ágyazott élő narratív előadásra alkalmazva az 1. szint az elbeszélés konstrukciójának olyan mozzanatait különíti el, amikor a társalgás a narráció aktusának valamely vonatkozására fókuszál, és nem magára a történetre. Ilyenek lehetnek a kliensnek az ülésen átélt élményeire, érzelmeire vonatkozó megjegyzések vagy a terapeuta intervenciói. A diskurzusszintek ugyanakkor eltérő emlékezési módoknak felelnek meg (Conway, 1992), amennyiben a narrátorszintet (2.) az általános önéletrajzi emlékek előhívása jellemzi, melyek nem specifikus, nem egyedi eseményekre vonatkoznak, inkább többször ismétlődő eseményekből, az életszakasznak egy hosszabb időperiódusára jellemző tipikus viselkedéselemekből összeálló általános tudásra, valamint a személyes emlékekből kiemelt szelfvel kapcsolatos tudásra épülnek. Ezzel szemben a karakterszintet (3.) a specifikus, egyszeri, epizodikus jellegű emlékek részletgazdag, mély átélésű előadása jellemzi. Barclay (1996) szerint az epizodikus emlékekre jellemző érzelmi intenzitás bizonyos verbális megfogalmazásokban érhető tetten, mint például az érzelmi átélést nyomatékosító kifejezések, nagyobb kohézió, az emlék rövidebb időbeli kiterjedése, idői kauzális kifejezé-

sek, téri-idői kontextuális információ jelenléte, perceptuális részletek gazdagsága (Kónya, 2008).

Végül, intenzívebb érzelmi bevonódást tulajdoníthatunk az elbeszélőnek, amennyiben mentális állapotok, érzelmek, hangulatok, szándékok, vágyak és más belső élmények jelenítődnek meg a szövegben (Sabatinelli és mtsai, 2006) – szemben azzal, amikor pusztán események felsorolását vagy viselkedések leírását tartalmazza. Ezek a leírások vonatkozhatnak a narrátorra vagy a történet más szereplőire, a lényegi különbség, hogy az elbeszélő intencionális hozzáállással és mentalizáló (Fónagy és mtsai, 2002) perspektívából jeleníti meg a szereplőket, vagy ez a mentalizáló hozzáállás hiányzik (Habermas, 2006). Kódrendszerünkben a fokalizáló mód változóval mértük a mentalizáló perspektíva használatát (Berán & Unoka, 2004, 2005), a mentális tartalmakat megjelenítő nézőpontot internális fokalizáló módnak, a kizárólag külső, viselkedéses leírásokra fókuszáló perspektívát externális fokalizáló módnak neveztük. A fent említett kutatások az elbeszélői perspektíva formai jellemzői és az érzelmi átélés és érzelemkifejezés, valamint a szelf érzelmi bevonódása közötti összefüggésekre mutattak rá, ami arra enged következtetni, hogy a különféle NP-használati mintázatok affektustelítettség szempontjából eltérőek lehetnek.

Arra a kérdésre tehát, hogy milyen intenzitással éli át az elmondott történetet a kliens és a terapeuta a terápiás helyzetben megvalósuló narratív konstrukció során, valamint, hogy milyen mértékű a narratív szelf bevonódása az elbeszélés folyamatába, a beszélők által használt NP típusából következtethetünk. Ugyanakkor a terapeutának és a kliensnek a NP-használatban megmutatkozó érzelemkifejezés-eltérései bizonyos mértékig a terápiás diskurzus szerkezeti tulajdonságaival hozhatók összefüggésbe (Labov, Fanshel, 1977; Ferrara, 1994; Peräkylä és mtsai, 2008). Ezek a szerkezeti tulajdonságok a diskurzus intézményes kereteinek, valamint az interakcióban eltérő viselkedésmódot és célokat előíró társas szerepeknek a függvényei.

Általános hipotézisünk azt feltételezte, hogy a kliens és terapeuta verbális érzelemkifejezésének és szelfbevonódásának NP-használati mintázatokban történő megvalósulása eltérő lesz a terápiás ülés kezdeti szakaszában. Ez részben a terápiás diskurzus szerkezeti tulajdonságainak következménye, ami a terapeutának és a kliensnek az interakcióban betöltött eltérő szerepeiből következik. Másrészt, az egyes változók esetében tapasztalható eltérések a kliens konkrét érzelmi problémáira, valamint a terapeuta intervenciók stratégiájára is rávilágítanak.

Az egyes változók esetében itt a következőket feltételeztük:

- A kliens nagy arányban használ múlt időt történetei elmondására, melyekben homodiegézisben, egyes szám első személyben fogalmaz – ez utóbbi a szelfbevonódást jelzi.
- Ugyanakkor gyakran használja a diskurzusszint narrátorszintjét, ami alacsonyabb érzelmi intenzitásra utal. Ezt azért feltételeztük, mert úgy véltük, a terá-

pia kezdetén még nem alakul ki az érzelmileg biztonságos bizalmi légkör, ami lehetővé teszi az elmondott történetekbe való intenzív szelfbevonódást, amit a karakterszint gyakori használatában mutatnánk ki. Ebből a szempontból azonban a kliensek között eltérések is lehetnek arra vonatkozóan, hogy mikor érzik elérkezettnek az időt a mélyebb önfeltáráásra, valamint az intenzívebb bevonódást a specifikus érzelmi problémák is befolyásolhatják.

- A terapeuta esetében feltételeztük a magasabb arányú jelenidő-használatot és a diskurzusszint terápiás itt és most szintjének használatát, melynek célja az, hogy a klienst érzelmileg minél inkább bevonja a terápiás ülés aktuális történéseibe és erősítse a terápiás kapcsolati kötődést.
- Ugyanakkor a terápiás ülés szerkezeti jellemzőiből kifolyólag a terapeutánál nem feltételeztük az egyes számú és első személyű igealakok használatát, inkább a harmadik személy gyakoriságát.
- A fokalizáció változóra vonatkozóan azt feltételeztük, hogy a terapeuta, mivel szeretné a kliens figyelmét ráirányítani az érzelmi folyamatokra és gondolatokra, gyakrabban alkalmazza az internális fokalizáló módot, míg a kliens, aki a terápia kezdeti szakaszában még kevésbé jártas belső világának verbalizálásában, ehhez képest nagyobb arányban használ externális fokalizáló módot.

Módszerek

MINTAVÉTEL

A vizsgálatban használt adatok a Budapest Pszichoterápiás Adatbázisból valók. A vizsgálatához random módon választottunk ki egyet a megfigyelési periódus első szakaszából, ami a terápia kezdeti szakaszát jelenti.

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

A vizsgálatban a férfi kliens-férfi terapeuta páros egyik ülését használtuk. A férfi kliens problémáiról a 4. fejezetben részletesen írtunk. Itt csak annyit említünk meg, hogy a kliens dysthymiában és pánikzavarban szenvedett, obszesszív-kompulzív személyiség, valamint paranoid személyiségzavar diagnosztizálható nála, narcisztikus vonásokkal kiegészülve. A terapeuta tapasztalt pszichoanalitikus, a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület tagja.

A NP KÓDOLÁSA

Az ülés intonációs egységekre bontott teljes szövegét a korábban részletezett NP-változók szempontjából kódoltuk le; minden intonációs egység külön kódot kapott. A kódolást az erre a célra kialakított kézikönyv alapján végeztük (Berán, 2009).

STATISZTIKAI SZÁMÍTÁSOK

A statisztikai számításokhoz a Statistical Analysis System (SAS) 9.3 csomagját használtuk. Kiszámoltuk a vizsgált változók gyakoriságait, valamint százalékos eloszlását, majd khi-négyzet próba segítségével teszteltük a változók közötti összefüggéseket.

Eredmények és megvitatás

A VIZSGÁLT VÁLTOZÓK GYAKORISÁGAI

A kliens és a terapeuta összevont adatait az egyes változókra vonatkozó leíró statisztikában foglaltuk össze, mely adatokat a 9.1. táblázat tartalmazza. Összeségében az első ülésen 923 intonációs egységet elemeztünk, ebből 740 a kliens, 183 pedig a terapeuta szájából hangzott el. A táblázatokban megtalálható a „Nem alkalmazható” kategória azokra az intonációs egységekre vonatkozik, melyek túl töredékesek voltak ahhoz, hogy az adott változót értelmezni lehessen rajtuk. A terapeuta minimál válaszai (Hm, mm, ühm, stb.) többnyire szintén ebbe a kategóriába kerültek.

A továbbiakban a kliens és a terapeuta eredményeit hasonlítottuk össze a vizsgált változók mentén. A 9.2. táblázatban a két beszélő perspektívaalkalmazási mintázataiban khi-négyzet próbával talált szignifikáns eltéréseket csillaggal jeleztük.

9.1. táblázat. A vizsgált változók leíró statisztikája a terápia kezdeti szakaszában. Az értékek a kliens és a terapeuta összevont adatait tartalmazzák

Változó	Gyakoriság	Százalék	Kumulatív gyakoriság	Kumulatív százalék
Igeidő				
Nem alkalmazható	54	5,85	54	5,85
Múlt	434	47,02	488	52,87
Jelen	395	42,80	883	95,67
Jövő	40	4,33	923	100,00
Diegézis				
Nem alkalmazható	21	2,28	21	2,28
Homodiegézis	520	56,34	541	58,61
Heterodiegézis	353	38,24	894	96,86
Pseudodiegézis	29	3,14	923	100,00
Ige szám				
Nem alkalmazható	56	6,07	56	6,07
Egyes szám	764	82,77	820	88,84
Többes szám	103	11,16	923	100,00
Ige személy				
Nem alkalmazható	54	5,85	54	5,85
Első személy	276	29,90	330	35,75
Második személy	69	7,48	399	43,23
Harmadik személy	472	51,14	871	94,37
Általános alany	52	5,63	923	100,00
Fokalizáló mód				
Nem alkalmazható	25	2,71	25	2,71
Externális	423	45,83	448	48,54
Internális	475	51,46	923	100,00
Diskurzusszint				
Nem alkalmazható	24	2,60	24	2,60
Terápiás ülés itt és most	121	13,11	145	15,71
Narrátorszint	630	68,26	775	83,97
Karakter szint	148	16,03	923	100,00

Megjegyzés: * $p < 0,0001$ az adott változó esetén a kliens és terapeuta használati mintázatainak eltérését khi-négyzet próbával vizsgálva. A terápiás diskurzus szerkezeti jellegzetességeinek következménye és előzetes várakozásainknak is megfelel az az eredményünk, miszerint a vizsgált ülésen a terapeuta jóval kevesebbet beszélt, vagyis összességében kevesebb intonációs egységet produkált, mint a kliens. Ez a kliens/terapeuta arány megközelítőleg 80:20 százalékos volt

9.2. táblázat. A kliens és terapeuta NP-változókra kapott eloszlásai

Igeidő*						
Beszélő	Nem alkalm.	Múlt idő	Jelen idő	Jövő idő	Összesen	
Kliens	5,41	51,76	39,19	3,65	80,17	
Terapeuta	7,65	27,81	57,38	7,10	19,83	
Összesen	5,85	47,02	42,80	4,33	100,00	

Diegézis*						
Beszélő	Nem alkalm.	Homo-diegetikus	Hetero-diegetikus	Pseudo diegetikus	Összesen	
Kliens	1,62	67,30	27,70	3,38	80,17	
Terapeuta	4,92	12,02	80,87	2,19	19,83	
Összesen	2,28	56,34	38,24	3,14	100,00	

Ige szám						
Beszélő	Nem alkalm.	Egyes szám	Többes szám	Összesen		
Kliens	5,68	83,38	10,95	80,17		
Terapeuta	7,65	80,33	12,02	19,83		
Összesen	6,07	82,77	11,16	100,00		

Ige személy*						
Beszélő	Nem alkalm.	Első személy	Második személy	Harmadik személy	Általános alany	Összesen
Kliens	5,41	33,38	1,49	53,51	6,22	80,17
Terapeuta	7,65	15,85	31,69	41,53	3,28	19,83
Összesen	5,85	29,90	7,48	51,14	5,63	100,00

Fokalizáló mód						
Beszélő	Nem alkalm.	Externális	Internális	Összesen		
Kliens	1,76	46,22	52,03	80,17		
Terapeuta	6,56	44,26	49,18	19,83		
Összesen	2,71	45,83	51,46	100,00		

Diskurzusszint*						
Beszélő	Nem alkalm.	Terápiás itt és most	Narrátor-szint	Karakterszint	Összesen	
Kliens	1,89	9,59	72,16	16,35	80,17	
Terapeuta	5,46	27,32	52,46	14,75	19,83	
Összesen	2,60	13,11	68,26	16,03	100,00	

minden változó esetében (9.2. táblázat). Az eredmény korábbi kutatásokkal is egybevág (Labov & Fanshell, 1977). Mivel a terápiás diskurzus célja az, hogy a kliens által elmondott problémák, emlékek megvitatásra kerüljenek az ülésen, a terapeuta nagyobb arányban valósítja meg a hallgató szerepét, mint a kliens. A terápiás diskurzusnak ezt a strukturális jellegzetességét az eredmények értelmezésekor is figyelembe vettük.

IGEIDŐ

A NP igeidő változójának esetében a kliensre magas arányú múltidő-használat volt jellemző, míg a jelen időt kisebb arányban használta. Ezzel szemben a terapeuta éppen fordítva: több mint kétszer akkora arányban használta jelen időt, mint múlt időt. Ez azt jelenti, hogy a kliens az igeidő változó esetében az alacsonyabb érzelmi intenzitást és kisebb mértékű szelfbevonódást mutató perspektívákat használta, míg a terapeuta használati mintázata magasabb affektustelítettséget tükröz.

A két beszélő igeidő-használatában mutatkozó különbségek részben a terápiás diskurzus korai szakaszának strukturális jellegzetességeivel összefüggésben értelmezhetőek, részben pedig a kliens konkrét érzelmi problémáit is tükrözik, amennyiben az adott kliensre jellemző perspektívamintázati arányokkal, a perspektívák más aspektusaira kapott eloszlásokkal együttesen értelmezzük az eredményeket. A kliens nagyarányú múltidő-használata a terápiás diskurzus strukturális jellegzetességeivel magyarázható, amennyiben egy kezdeti terápiás kapcsolatban a terapeuta és a kliens még az „ismerkedési” fázisában van, azaz, a terapeuta megpróbál minél több információt gyűjteni a kliens eddigi életútjával, nehézségeivel kapcsolatosan, a kliens pedig ezekről az eseményekről múlt időben beszél. A terapeuta ugyanakkor intervencióival a terápiás helyzetre fókuszálva próbálja erősíteni a kliensnek a terápia és a terapeuta elfogadásával kapcsolatos pozitív érzéseit. Ezzel egybevág az az eredmény is, hogy a diskurzusszint aspektusának szempontjából a terapeuta a klienshez képest magasabb arányban használja az analizált itt és most szintjét az ülésen (lásd alább).

A kliens egyik fő problémája a terápia kezdetén – a perspektívaátváltások tükrében – az a nehézsége volt, hogy problémáit és életeményeivel kapcsolatos általános vélekedéseit, attitűdjeit konkrét eseményekre való visszaemlékezéssel alátámassza, vagyis intenzív érzelmeket, szelfbevonódást átélve beszéljen saját magáról. Ezzel összefüggésben megemlíthető az is, hogy a kliens a terápia kezdetén ritkán merült el konkrét epizódok elbeszélésében, ami perspektíva-használatában a diskurzusszintek közül a karakterszint viszonylag alacsony arányát jelenti, és ritkán használta a jelen idő és múlt idő keveredésében megnyilvánuló átélő és újra átélő perspektívákat (Pólya, 2004), erre utal a jelen idő használatának alacsony foka.

Ezzel szemben a gyakori jelenidő-használat a terapeuta beszédében elősegítette azt, hogy a terápia későbbi szakaszában a kliensnél is gyakrabban jelenjenek meg olyan jelen idejű megfogalmazások, melyek nagyobb fokú átéléssel, érzelmi intenzitással járnak.

A részlet a terápiás ülésről azt illusztrálja, hogy a terapeuta a kliens elbeszélését követően (44–48K) a diskurzusszint terápiás itt és most szintjére történő váltást kezdeményez (49–50T, 53T), jelen időben, stabilizálva ezzel a kliens korábbi időhasználatát, ami a jelen és múlt idő között ingadozott. A kliens ezután

követve a terapeutát, szintén a terápiás itt és mostban, jelen idejű perspektívában fogalmaz (54–56K) és ezen a szinten vitatják meg a kliens számára érzelmileg felkavaró problémát (a perspektívaváltás helye kiemelve):

44K: nem most hogy taszít¹,

45K: hanem hogy mindig is taszított.

46T: hogy gyereke legyen?

47K: igen.

48T: ühm.

49T: na+,

50T: +, akkor vajon ezzel az ellentmondással mit tudunk kezdeni?

51T: vagy# lehet hogy nem is ellentmondás,

52T: csak látszólag az, #

53T: mit gondol erről-?

Megjegyzés: köhögés

54K: hát az ellentmondás az,

Megjegyzés: szünet 3 s

55K: szerintem nem látszólagos,

56K: az megkérdőjelezhetetlen, hogy az van.

Megjegyzés: szünet 6 s

Az igeidő-használattal kapcsolatban megemlítjük még, hogy a jövő idő összességében meglehetősen alacsony arányban szerepelt a jelenhez és a múlt időhöz képest. Ez a tény többféle incidentális okkal magyarázható, például azaz, hogy az üléseken megvitatott témák inkább a kliens jelen problémáihoz

1 Az interakciót a CHILDES (MacWhinney, 2000) kódrendszerben jegyeztük le. Mind-egyik sor egy teljes, vagy fragmentált intonációs egységet jelöl. A sorszámok az adott intonációs egység helyét jelölik az ülés teljes átiratában. A sorszám után álló T vagy K a beszélőt jelöli meg: a terapeutát vagy klienst ebben a sorrendben. Az átiratban használt kódok:

Befejezett és félbehagyott intonációs egység véghangsúlyának jelölése:

- félbehagyott intonációs egység
- . befejezett intonációs egység eső hangsúly
- ? kérdő hangsúly
- ! felkiáltó hangsúly
- , folytatódó, befejezetlen intonációs egység

Félbehagyott intonációs egységek végének jelölése:

- +... befejezetlen grammatikai egység
- +// másik beszélő közbevágása
- +/. saját megnyilvánulás félbeszakítása a beszélő részéről
- + félbeszakított intonációs egység utáni folytatás kezdetének jele
- <> hamis kezdés

és múltbeli emlékeihez kapcsolódtak és kevesebb szó esett jövőbeli tervekről, elvárásokról.

DIEGÉZIS

A diegézis használata az ülésen szintén összhangban volt előzetes elvárásainkkal, vagyis azzal, hogy a kliens a homodiegetikus perspektívát, a terapeuta pedig inkább a heterodiegetikus perspektívát használja nagyobb arányban. Ez az eloszlás összhangban van a terápiás diskurzus szerkezeti jellegzetességeivel és az ehhez kapcsolódó szerepekkel. A kliens nagyobb arányú homodiegézis-használatát az indokolja, hogy általában saját magáról beszél, önéletrajzi történeteinek ő maga a főszereplője, s ebből következik, hogy többnyire a történeten belülről pozicionált narrátor/karakter szemszögéből mondja el azokat. A terapeuta perspektíva-használata az első ülésen ezzel szemben a heterodiegézis nagyobb arányú használatát mutatja, ami azt jelenti, hogy többnyire kívülről tekint a klienssel közösen konstruált történetekre, ő maga nem szereplője azoknak. Ez a terapeutának a terápiás interakcióban betöltött szerepével magyarázható, ahol ritkán adódik alkalom saját történeteinek elmondására, s többnyire a kliens történeteire reagálva a történeten kívülről pozicionálja saját magát. A diegézishasználat szempontjából tehát a terápiás diskurzusban az interakciós szerepek a terapeutánál inkább a heterodiegézis felé, a kliensnél pedig inkább a homodiegézis felé billentik a mérleget. Ennek megvalósulását találtuk az ülésen. Ugyanakkor, a szelf érzelmi bevonódásának szempontjából a homodiegézis nagyfokú használata intenzívebb átélést kíván meg a beszélő részéről, mint a heterodiegézis használata. A homodiegézis használata tehát azt is igazolja, hogy a kliens involválódik saját önéletrajzi elbeszéléseiben.

IGE SZÁM ÉS SZEMÉLY

Az *ige személy* változó szempontjából a kliens és terapeuta használati mintázataiban mutatkozó eltérés előzetes várakozásainknak megfelelően azt mutatja, hogy

Véghangsúlyok (befejezett és félbehagyott intonációs egységek végén):

- . eső
- , lebegő
- ? emelkedő

Befejezetlen intonációs egységek:

+ ... befejezetlen intonációs egység, mondattöredék

Hangsúlyos szó, szótag előtt:

/

Szünet:

= 1 s, ## = 2 s

a harmadik személy mindkét beszélőre jellemző magas arányú használatát követően a kliens első személyt használ nagyobb arányban, míg a terapeuta második személyt. Ez az eredmény bár szintén magyarázható a terápiás diskurzus strukturális jellegzetességeivel, a kliensnek a terapeutához képest intenzívebb szelf-bevonódását mutatja. A narratív interakció folyamán a kliens saját történeteit gyakran egyes szám első személyű perspektívában fogalmazza és ez mélyebb átélésre és involvációra nyújt lehetőséget. A terapeuta azonban, aki inkább a kliens helyzete felől érdeklődik és az ő történeteivel foglalkozik, ritkábban használja az első személyű perspektívát és inkább második személyben fogalmaz. Ez a perspektíva az érzelmi intenzitás szempontjából alacsonyabb fokú.

FOKALIZÁLÓ MÓD

A *fokalizáló mód* szempontjából a beszélők között ebben a tekintetben az ülésen nem volt eltérés, ami nem felelt meg előzetes hipotézisünknek, mely szerint a terapeutánál magasabb arányban feltételeztük az internális fokalizáló mód használatát a klienshez képest. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a beszélők már a terápiás folyamat kezdetén magas arányban tulajdonítottak vágyakat és szándékokat a narrátornak és a történet más szereplőinek, ide értve a diskurzusban részt vevő felek saját maguknak történő érzések és gondolatok tulajdonítását. Mivel a terápiás ülés célja, hogy a kliens érzelmi történéseit meg lehessen vitatni, valamint elemezni lehessen a terápiás ülésen, az internális fokalizáló mód használata, amely a mentalizáló beszédmód egyik jellegzetessége (Fónagy és mtsai, 2002; Gergely, 2001) alapvető a terápiás diskurzus céljainak megvalósítását illetően (Berán, 2009). Ennek megfelelően azt feltételeztük, hogy a terapeuta célja az, hogy ő maga minél gyakrabban alkalmazza ezt a perspektívát a kliens történeteinek konstrukciója során, valamint hogy a klienst is arra készítse, hogy minél gyakrabban alkalmazza ezt a NP-t. Az alábbiakban egy példát említünk ennek illusztrációjaként. A kliens folyamatos beszédében externális fokalizáló módról (12-13K) internálisra vált (16K) és a terapeuta kérdése (18T) megerősíti az internális fokalizáló módú NP-t, segítve a kliensnek a további elaborációt ebben a perspektívában (internális fokalizáló mód kiemelve):

12. K: teszem azt a múltkor miután ezekről+...

13. K: a gyerekekről ahogy beszélgettünk meg minden,

14. K: azér# +/

15. K: +, azér az+...

16. K: +, az úgy, úgy nem állt meg az agyam ezen+...

17. K: +, az akkor amikor innen elmentem.

18. T: s mik jutottak eszébe?

Megjegyzés: szünet 10 mp.

DISKURZUSSZINT

A *diskurzusszint* három kategóriája közötti eloszlások megerősítették a kliens és a terapeuta használati mintázatainak eltérésére vonatkozó hipotéziseinket. A vizsgált ülésen a terapeuta és kliens használati mintázataiban eltérés mutatkozott, ami abban nyilvánult meg, hogy a kliens nagy arányban használt narrátorszintű perspektívát, míg a terapeuta inkább a diskurzusszint terápiais itt és most szintjét használta. Ez részben a terápiais ülésen belüli diskurzusfunkciókkal és a terápia kezdetére jellemző, általánosságban megfogalmazott, konkrét életeseményeket nem részletező beszédtemák magas arányával indokolható. Másrészt, mint korábban említettük, a kliens nehézségeit a terápia korai szakaszában az érzelmi tartózkodás, valamint a konkrét életepizódok elbeszélésével kapcsolatos averzió jellemezte.

A diskurzusszint három szintje közül a beszélők az ülésen összességében mintegy 70%-os arányban preferálták a narrátorszintet. Ez az arány azt mutatja, hogy az egyes epizódokon átívelő általános vélemények és a kliens egyes életszakaszaira hosszú távon jellemző témák kerültek szóba többnyire, valamint azt, hogy a szóba került témák általános, nem részletező módon kerültek megvitatásra. A kliens és a terapeuta egyéni használatára lebontott eredmények azt mutatják, hogy a narrátorszint magas arányát a kliens perspektívahasználata okozta, mivel a terapeuta ennél jóval kisebb arányban használta a narrátorszintet, és az ő beszédében nagyobb arányban találunk a terápiais itt és mostra vonatkozó perspektívahasználatot – ami viszont a kliens használati mintázatában szerepel alacsony arányban, a karakterszinttel együtt. Ez megfelel a terápia kezdeti szakaszára vonatkozó várakozásainknak, és igazolja ezzel kapcsolatos hipotézisünket. Az, hogy a kliens a narrátorszintet preferálja, arra utal, hogy kevésbé akar vagy képes belépni az intenzívebb érzelmi átéléssel járó konkrét epizódokba, és kevésbé képes hangot adni a terápiais szituációra és a terápiais kapcsolatra vonatkozó aktuális gondolatainak, érzelmeinek. Ezt a magyarázatot erősíti az is, hogy a kliens igeidő-használatában inkább a múlt időt részesítette előnyben az ülésen. Hasonló hatást mutattunk ki a terápiais diskurzus kvalitatív elemzése során is, amikor a kliens ellenállt a terapeuta perspektívaaváltást kezdeményező viselkedésének, amikor a narrátorszintről valamilyen konkrét esemény elbeszélésére kérte a klienst (lásd 8. fejezet). Vagyis egyfelől feltételezhetjük, hogy a terápiais kapcsolat kezdetén a kliens még nincs annyira oldott lelkiállapotban, vagy nem alakult ki az a fajta erős kötődése az analitikushoz, hogy mélyebb érzelmi átélést igénylő módon beszéljen élete történéseiről. Másfelől azonban az is felmerül, hogy ennek a perspektívahasználatnak a háttérben valamilyen személyiségprobléma, bizalmatlanság vagy félelem áll, amivel a terápia későbbi szakaszaiban a terapeutának és kliensnek közösen kell megbirkóznia.

A terapeuta perspektívamintázatait vizsgálva azt találjuk, hogy nála a diskurzusszintek közel egyharmadát teszi ki a terápiais itt és most szintjének használata. Ezt a magas arányt összevetve a korábban említett jelen idejű igehasználattal és

a heterodiegetikus pozíció magas arányú alkalmazásával, arra a következtetésre jutottunk, hogy a terapeuta inkább egy külső nézőpontú interpretációval és terápiás itt és most szintű intervencióval próbálta a kliens perspektívaváltását elősegíteni, nem pedig a karakterszint erősítésével, vagyis azáltal, hogy belevonta volna a klienst egy epizód elmesélésébe. Ezt támasztja alá az is, hogy a terapeuta az ülésen még kisebb arányban használta a karakterszintet, mint a kliens. A terapeuta ezen „stratégiájának” azért tulajdonítunk nagy fontosságot, mert a narratívumok ko-konstrukciójának többféle módja közül a vizsgált terápiás diskurzusban a ko-konstrukció megvalósulásának véleményünk szerint ez az egyik fő jellegzetessége. A közös konstrukciónak ez a fajta megvalósulása szorosan összefügg a NP szabályozó szerepével. Ezzel a kérdéssel részletesen foglalkozunk az NP szabályozó funkciójával korábbi kvalitatív vizsgálatokban (Berán és Unoka, 2005; Berán, 2009). Az alábbiakban egy olyan részletet közlünk, ami a terapeutának ezt a stratégiáját illusztrálja. A kliens kezdetben általánosságban beszél arról, hogy attól tart, ha gyermekei lennének, ő is hasonló módon bána velük, mint ahogy a szülei bántak vele (K330–335). A terapeuta ezek után a terápiás itt és most szintre váltva egy konkrét epizód felelevenítésére kéri a klienst, amikor olyasmit tapasztalt magán, hogy a szüleihez hasonló módon reagált valamire (337–340T). A kliens elutasítja a terapeuta kérését (340P), ami egyben azt is jelenti, hogy kerülni kívánja a karakterszintű intenzívebb érzelmi bevonódást igénylő elmélyedést a témához kapcsolódó epizódba.

330. K: mivel sokszor rájövök, <hogyan> hogy úgy reagálok +...

331. K: bizonyos esetekben +...

332. K: mint ahogy ő reagál,

333. K: ezér +...

334. K: úgy gondolom hogy van rá esély,

335. K: hogy én is esetleg úgy reagálnék.

336. T: ühüm.

337. T: tudna példát mondani esetleg?

338. T: arra amikor úgy gondolja hogy úgy reagál?

339. T: mint a saját szülei?

340. T: valamilyen helyzetben?

341. K: hát úgy egy konkrétat nem tudnék kiemelni.

342. T: aha.

Megjegyzés: szünet 6 s

Összegzés

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy a terapeuta és a kliens a pszichoterápiás diskurzus szerkezeti jellegzetességeinek megfelelően, eltérő módon alkalmazta az affektustelítettebb és kevésbé affektustelített NP-k használatát. A kliens több változó esetében – ezek a diegézis és ige személy, mely változók NP-modelünkben a szubjektivitás aspektushoz tartoznak – intenzívebb szelfbevonódást mutatott a terapeutához képest. Ugyanakkor, a kliens más változók esetében alacsony affektustelítettségű perspektívákat használt – ezek az igeidő és a diskurzusszint. A kliens perspektívahasználati mintázatai együttesen értelmezve a kliens specifikus érzelmi nehézségeire mutattak rá. A terapeuta az igeidő változó esetében használt magasabb affektustelített perspektívát a klienshez képest, ami más változókkal együtt értelmezve – ezek a diskurzusszint és a diegézis – a terapeuta koherens stratégiájára mutattak rá, melynek segítségével az adott NP-k alkalmazásával próbálta szabályozni az affektív bevonódást a diskurzus során. A vizsgálat fontos eredménye az is, hogy a fokolizáló mód változó esetében nem mutattunk ki különbséget a beszélők használati mintázataiban, ami arra utal, hogy mindkét beszélő optimális szinten alkalmazta a mentalizáló beszédmódot, ami a terápiás diskurzus legfontosabb céljai közé tartozik.

Önéletrajzi emlékezet és narratívperspektíva-váltás Ferenczinél és a mai terápiás gyakorlatban

10.

Jelen fejezetünkben a pszichoanalitikus ülésen megvalósuló narratív konstrukció emlékezeti folyamatait tárgyaljuk. Mint korábban már bemutattuk (Berán, Unoka, 2005; Berán, Unoka 2006; Berán, Unoka, 2014), a terápiás folyamat során a kliens önéletrajzi történetei a terapeuta és kliens együttműködésével konstruálódnak újjá, ennek a folyamatnak pedig, mint azt az 1. fejezetben kifejtettük, lényegi eleme a kiindulópontul szolgáló önéletrajzi emlékek átírása, átalakulása. A mai kognitív pszichológia az önéletrajzi emlékezeti rendszeren belül különféle emlékezeti típusokat különít el. A tanulmányban azt szeretnénk bemutatni, hogy miként lehet a különféle emlékezeti típusok, szintek közötti mozgás, navigálás eszköze a narratívperspektíva- (NP) váltás. Vizsgálatunk másik fő kérdésfelvetése, hogy a terapeuta közbeszólásai, kérdései, intervenciói hogyan járulnak hozzá az emlékek átalakulási folyamataihoz, konkrétan, a terapeuta perspektíva-váltásai hogyan befolyásolják az emlékek újraírásának folyamatát a pszichoanalitikus gyakorlatban. Kiindulópontunk Ferenczi Sándor egyik terápiás módszere, amit, mint ahogyan azt későbbi analitikus ülések szövegéből vett példáinkon keresztül szemléltetjük, ma is alkalmaznak gyakorló terapeuták.

Ferenczi írja a *Felnöttek „gyermekanalízise”* (1982) című művében:

„Egy javakorabeli férfitbetegem különböző ellenállások, különösen heves bizalmatlanságának legyőzése után rászánja magát, hogy felidézze kora gyermekiségének történetét. Gyermekkora analízisének alapján tudom, hogy az előadott jelenetben engem a nagypjával azonosít. Egyszerre – beszéd közben – átkulcsolja a nyakamat és a fülembé suttogja: ’Te, nagyapa, félek, hogy gyermekem lesz.’ Erre egy, azt hiszem, szerencsés ötlettel, ahelyett, hogy az ’indulatáttételre’ utaltam volna, hasonló hangon viszonztam a kérdést: ’Igen, de miért gondolsz erre?’” (1982, 415. o.)

Ferenczi szerint „nem lehetünk megelégedve az analízissel, ha nem értünk el az öselfojtások mindig rázkódtatással járó folyamatainak reális föllevenítéséig.” Ide a következő lépéseket sorolja:

- „... , egyúttal gyermekessé vagy gyermekivé válik.” (417. o.)
- „Tény: ezzel a ’gyermekiséggel’ és cselekvésképp átélt traumával az analízis földadatát nem oldottuk meg. Az ’eljátszott’ vagy más módon elismételt

anyagot gondos elemző átkutatás alá kell vetnünk.” (418. o.) Ezek: emlékezésé alakítani, értelmezni az indulatáttételt, ellenállást.

- Felelevenített múlt jelenbeli eljátszása során nem lehet „játékrontó”, a szerepből nem eshet ki sem az analitikus, sem a páciens (419. o.).
- Az analitikus másképp viselkedik, mint amit a családban a fontos másikkal átélt a kliens. „Magatartásunkat így a beteg a családjában valóban átéltekk szemben *ellentétnek* érzi majd, s mivel most tudja, hogy nem kell ismétlődéstől tartani, bizalommal mélyed bele a kínos múlt felidézésébe.” (419 o.)
- „...nem szabad a páciensbe semmit beleszuggeralni vagy belehipnotizálni; Az 'előszuggeralás', 'előhipnotizálás' azonban megengedett, sőt kívánatos”. (422. o.)
- „Nem a magunk merev szabályait külső erőszakkal préseljük a gyermek formálható lelkébe: a nagyobb önállóságra és bátorságra nevelés eszközévé avathatjuk azt.” (422. o.)

Ferenczinek ezek a korai gondolatai párhuzamba állíthatóak a mai kognitív elméletekkel, az emlékezés különféle típusai közötti mozgással, valamint a mai gyakorló pszichoanalitikus munkájával.

A mai kognitív kutatások (Conway, Pleydell-Pearce, 2000; Williams és mt-sai, 2008; Nelson, Fivush, 2004; Bluck és mtsai, 2005) szerint az emlékformálás, elraktározás, előhívás, majd újra elraktározás folyamata egy dinamikus folyamatsort alkot. Különösen áll ez az önéletrajzi emlékekre. Ezeknek az előhívása gyakran társas helyzetekben jön létre, ami önmagában is egyfajta interaktív konstrukciós folyamatot jelent. A terápiás ülésen, mint korábban kifejtettük, az önéletrajzi emlékek átírása zajlik a terapeuta segítségével, ugyanakkor lényeges kérdés, hogy a terapeuta hozzájárulása az emlékezési folyamathoz, például kérdések, interpretációk, új szempontok bevezetése által milyen irányba terelik az előhívási, visszaemlékezési, majd újraírási folyamatot, hasonlóan ahhoz, ahogy Ferenczi leírja. A terapeutának ezek a lépései spontán módon, az adott pillanatban szülehetnek, azon az alapon, hogy az adott pillanatban mi az, amit a terapeuta optimális lépésnek tart a terápiás folyamat szempontjából. Ezekhez a megfontolásokhoz természetesen hozzájárulnak a terapeuta által gyakorolt terápiás módszer elméleti kiindulópontjai is.

Jelen fejezetben a terápiás gyakorlatot az emlékezeti működés szempontjából konkrét példákon keresztül vizsgáljuk. Mielőtt azonban a példák elemzésére rátérnénk, röviden ismertetjük a mai emlékezetkutatás aktuális, ide vágó elméleteit, valamint ezeket összekapcsoljuk a narratív perspektívára vonatkozó saját elméletünkkel.

Az önéletrajzi emlékezeti rendszer működése

Mint azt az 1. fejezetben kifejtettük, Conway és Pleydell-Pearce (2000) szerint az önéletrajzi emlékezet egy a szelfre vonatkozó információkat tartalmazó, dinamikusan változó rendszer, amely a szelfről alkotott vagy a szelfre vonatkozó tudásrendszerre épül. A szerzők több típusát különítik el az önéletrajzi tudásnak, ennek alapja a különféle tudástípusok specifikusságának mértéke. Egy önéletrajzi emlék egyszerre többféle tudásra épülhet. A szerzők négyféle tudástípust különítenek el, ezek közül itt hármat tárgyalunk, mivel most csak a témánkhoz szorosan kapcsolódó emléktípusokkal foglalkozunk. A négyféle tudástípus részletes leírása az 1. fejezetben megtalálható. Az elkülönített tudástípusok a következők: eseményspecifikus vagy epizodikus tudás, általános eseményekre vonatkozó, valamint élettörténeti szakaszokra vonatkozó tudás. Az epizodikus tudás egy egyszeri, konkrét eseményről alkotott, eseményspecifikus információt jelent. Ide tartoznak az emlékhöz tartozó, különféle konkrét, specifikus vonások: vizuális képek, hanghatások, szenzoros perceptuális benyomások, érzetek, emóciók. Az általános eseményekre vonatkozó tudás kevésbé specifikus, mint az eseményspecifikus tudás, az ide tartozó emlékek tipikusan többször ismétlődő eseményekről (pl. esti séták a völgyben) vagy egyedi eseményekről (pl. a párizsi utazásom) szólnak, de ide tartoznak az egy közös téma által összekapcsolt emléksorozatok is (pl. amikor autóvezetést tanultam). Az élettörténeti szakaszokra vonatkozó tudás (pl. abban az időben, amikor általános iskolába jártam) még kevésbé specifikus, mint az általános eseményekről való tudás. Az előbbi ugyanis egy általános tudást jelent más személyekről, helyekről, cselekedetekről és célokról, melyek egy adott életszakaszra jellemzőek. Az élettörténeti szakaszokra vonatkozó tudás tematikus elemeket és a temporalitásra vonatkozó tudást is tartalmazza (vagyis arra vonatkozó tudás, hogy az adott életszakasz mettől meddig tartott).

Conway és Pleydell-Pearce szerint az önéletrajzi emlékezeti rendszer kapcsolatban áll másfajta emlékezeti rendszerekkel is, például a szemantikus memóriával, ami a világról alkotott kontextusmentes ismereteink halmaza. Összességében véve Conway önéletrajzi emlékezet koncepciója egy nagyon komplex rendszer, melynek mélyebb bemutatása meghaladja jelen fejezet kereteit és amelyet az 1. fejezetben ismertettünk. Ezért a továbbiakban csak azokra az elemekre térünk ki részletesen, melyek ismerete feltétlenül szükséges gondolatmenetünk kifejtése érdekében.

Conway és Pleydell-Pearce (2000) szerint az emlékformálási folyamat során az egy konkrét eseményről alkotott explicit emlékek átmenetileg törékeny formában vannak. Ezek az epizodikus emlékek egyre ellenállóbbak lesznek a

változtatásnak, míg a konszolidálódás során egy bizonyos végleges formát öltenek. Az előhívás során a konszolidálódott emlék újraaktiválása következik be. A konkrét eseményre történő visszaemlékezés és a felidézett emlék verbalizációja újra labilissá teszi az emléket, majd a rekonszolidációs folyamat során újra stabilizálódik az emlék és beépül az önéletrajzi emlékezeti rendszerbe, annak részévé válva.

A terápiás folyamat során éppen az emlékek újraaktiválása zajlik, egy érzelmileg biztonságos közegben. Az újraaktivált és labilissá vált emlék módosuláson eshet át. A rekonszolidáció során a módosult emlék raktározódik el. Ennek az újrakonszolidációs folyamatnak tehát nagy jelentősége van az analitikus munka szempontjából. Az emlék előhívásának minősége és a rekonszolidációs időszak alatti transzformációja fontos alkotóeleme a terápiás változásnak (Gorman, Roose, 2011).

Az epizodikus emlékek szerveződése

A terápiás munka során tehát az emlékek átírásának első lépése a Ferenczi által leírt konkrét emlék részletes felidézése. Ez egy egyszerű epizodikus emlék lehet vagy több epizodikus emlékből álló együttes. Az egyszerű epizodikus emlék tartalmazza a leginkább eseményspecifikus, élményközeli reprezentációt az önéletrajzi emlékezetben (többnyire vizuális képek, testélmények, érzetek formájában). Az emlék felidézése során érzékszervi-perceptuális-konceptuális-affektív feldolgozás következik be. Ez az emlék korrespondencia funkcióját növeli, tehát élményközeli állapotba hozhatja a felidéző személyt.

A hétköznapi visszaemlékezés során az epizodikus emlékek sokszor nem önmagukban jelennek meg, hanem egyfajta kontextusba vagy értelmezési keretbe ágyazottan. Ez a keret valamiféle konceptuális, kontextualizáló ismeret, amely egy vagy többnyire több epizodikus emléket egységbe szervez. Ugyanakkor lehetnek olyan esetek, amikor ez a keret hiányzik. Ilyenkor a keret nélküli epizodikus emlék betörhet a tudatba, mint például traumatikus emlékek esetében. A keret fontos funkciója, hogy az epizodikus elemeket bekapcsolja egy bizonyos emlékstruktúrába, ezért a szelfkoherencia kialakításában van szerepe, ugyanis személyes jelentést ad azoknak az elemeknek, amiket összekapcsol. Amennyiben azonban a keret epizodikus emlékek nélkül jelenik meg, túl általános emlékezetről beszélhetünk, mint például depressziós beteg esetében. Ilyenkor a személy előhív egy általános emléket specifikus, élmény-közeli tartalmak nélkül.

Az epizodikus emlékekkel történő munka a terápiás ülésen NP-váltás segítségével

Miként aktiválódik az epizodikus emlék? Az epizodikus emlék aktiválódhat spontán előhívással, valamilyen módon az epizodikus elemre utaló környezeti jel révén vagy szándékos előhívással, az epizodikus emlék keretéhez kapcsolódó jelzések révén (Conway, 2009). Például, megemésztetlen affektusok által elárasztott kliensek esetén gyakran megfigyelhető, hogy az érzelmek fiziológiai és motoros komponensei elemi módon tudatosulnak fájdalom, izomfeszülés, remegés, nyugtalanság formájában. Az ilyen esetekben a terápiás munka egyik célja, hogy a keret nélküli elemi epizodikus emlékek aktiválódásakor segítsük a klienst abban, hogy rátaláljon az elemi emlékek közös konceptuális keretére.

Az elemi emlékek konceptuális keretbe ágyazása lehetővé teszi azt, hogy a narrátorszintre váltva a konceptuális keretbe illő epizódokat áttekintsük és a korábban integrálatlan elemi emlékek élettörténetbe ágyazottságát jobban megértsük. Amennyiben csak a keret aktiválódik, konkrét epizódokat rendelhetünk hozzá. A konkrét epizódokkal való munka a NP szempontjából karakterszintnek felel meg.

Például, amennyiben a kliens által előhívott epizodikus elemi emlékek a következők: „fájt a fejem”, „majd szétrobbantam”, „undok volt”, akkor az emlékekhez rendelhető keret lehet az, hogy „anyám feldühített”. Egy másik esetben epizodikus emlékek nélküli keretet hív elő a kliens (narrátorszint) például, hogy „mindig is taszított, hogy gyerekem legyen”, akkor ehhez rendelhetők konkrét epizodikus elemek (karakterszint), mint az „anyám kiabál” vagy „undort érzek” (1.4. ábra a 41. oldalon).

A terápiás munka során az egyik legfontosabb módszer az epizodikus emlékek régi kereteikből történő kimozdítása és új keretbe való helyezése. Itt több különböző keretben található epizodikus emlékekkel, illetve elemi emlékekkel dolgozik a terapeuta és a kliens, ezeket összegyűjtve tarthatatlanná válhat az addigi értelmezési keret, amikor is új keret kidolgozására van szükség. A diskurzusszint NP változó narrátorszintje, mint korábban említettük, egy konceptuális keret aktivál, amelyhez epizodikus emlékek gyűlnek. Például: a kliens, Szilárd szeretni a gyerekeket, erről számos epizodikus történetben beszámol a terapeutának. Ugyanakkor nem szeretné, hogy saját gyereke legyen. Ehhez a kerethez szintén számos epizodikus emlék (karakterszint) tartozik, ami a kliens anyjához való viszonyával függ össze. Egy lehetséges új keret kidolgozására van szükség, ami összekapcsolja ezeket a külön keretben szerveződő epizodikus emlékeket egymással és magyarázatot ad az ellentmondásra.

A karakter pozíció – a diskurzusszint változó másik szintje – alkalmas lehet egy specifikus epizodikus emlék kidolgozására, az epizodikus elemek felidézé-

sével. Ilyen epizodikus elem lehet az epizód egyes szereplőinek mentális állapotaira irányuló figyelem, mint például a belső fokalizáló mód. Ennek során a kliens jobban megértheti más személyek vagy a saját mentális működéseit egy adott epizódon belül. Ugyanakkor, amennyiben több epizodikus emlék disszociált szelfrészeket aktivál, ezek integrálhatóak a narrátorszinten. Például, egy borderline kliens beszámol arról, hogy anyját hol szellemes értelmiségi nőnek látja, aki jó kapcsolatai révén segíti az ő művészi karrierjét, máskor pedig eszébe jut az őt szexuálisan abuzáló, droghatás alatt álló anyja. Ezek az emlékek izoláltak egymástól. Felidéződésükkor a kliens karakterszinten hozzáfért anyja különböző reprezentációihoz, azonban nem volt képes fenntartani azt a narrátorpozíciót hosszasan, amelyből a kellemes és abuzáló anyai élmények egyaránt hozzáférhetőek és az élmények sorozata áttekinthető. A terapeuta viszont a kliens karakterpozícióinak elbeszéléseit hallgatva képes saját kliensre vonatkozó emlékeit egy narrátorpozícióból szemlélni. Ez a képessége teszi lehetővé, hogy a kliensnek ismételt felkínálja a narrátorpozíciót. Az epizodikus emlékek ismételt aktiválása egymás után, majd sorozatukra való rátekintés a narrátorpozícióból teszi lehetővé a kliens számára az anyai kép fokozottabb integrálását.

A NP egy másik változója, ami szintén alkalmas az epizódok elmélyítésére, és mint ilyen, segíthet a disszociálódott szelfrészek integrálásában, a narrátor viszonya az elbeszélte események síkjához. A változó pszeudonarrátor-szintje, mint korábban említettük, azt jelenti, hogy az eredeti narrátor az elbeszélés során egy másik szereplő hangján szólal meg, egyes szám első személyben, és ő maga mintegy „elrejtőzik” ennek a szereplőnek az identitása mögött. A pszeudonarrátor nyelvi megvalósulásának módja a direkt idézet. Ahogy Ferenczi példájában láthattuk, nemcsak a kliens, de a terapeuta is sikerrel alkalmazhatja a pszeudonarrátor perspektíváját, amennyiben a terápiás célokkal az a terápia egy adott időpillanatában optimálisnak találja. Ilyen esetben vagy a kliens, vagy egy másik szereplővel azonosulva, annak „hangján” szólal meg, vagyis egy másik személy nevében beszél. Ez a másik személy lehet akár a kliens, akár valamelyik másik szereplő a kliens által elmondott történetből.

A NP következő változója, amely szintén befolyásolja az epizodikus emlék átélésének mélységét, az igeidő. Az emlékhöz való időbeli viszony módosítása: az intervencióban használt ige ideje befolyásolja a terapeuta, mint interveniáló alany narratív/emlékezeti reprezentációkhoz való viszonyát, az intervenció hatásának mikéntjét: például a kliens karakterpozícióban aktivált epizodikus emlékére adott intervencióban amennyiben a terapeuta múlt időt használ, történeti távlatba helyezi az emléket, amire a terápiás jelenből tekintünk vissza. Jelen idő használata ugyanebben az esetben azt jelenti, hogy a terapeuta (és kliens) az epizodikus emlék jelenébe lép be, a kliens figyelmét az emlék jelenében tartja, ahol további explorációra nyílik lehetőség. Ennél fogva a jelen idejű intervenciók erőteljesebben befolyásolhatják az emlék transzformációját.

A terapeuta különböző ige személyben fogalmazhatja meg az intervenciót: ezek közül talán legérdekesebb az első személyű megfogalmazás. Első személyű megfogalmazásaiban a terapeuta saját személyével azonosulva képviseli magát, saját véleményét mutatja be a kliens számára. Más esetben első személyben fogalmazhat meg belső tartalmakat, azonosulva a klienssel, aki kívülről szemlélheti az őt eljátszó terapeutában saját magát. Ugyanakkor első személyű megszólalásaiban a terapeuta azonosulhat egy másik szereplővel, így a kliens számára megjelenítve a másik személyt. Más esetben a terapeuta általánosságban vagy harmadik személyben fogalmaz vagy második személyben, direkt módon szólítja meg a klienst. Ezek a váltások elősegítik azt, hogy a kliens különböző személyek pozíciójába kerüljön vagy a tárgykapcsolati diádok mindkét felével váltakozva azonosulva a diádokba szétoszló reprezentációit integrálni tudja a rekonzolidáció során.

Ahogy a fentiekből láthattuk, az epizodikus emlékekkel való terápiás munka számos lehetőséget ad a beszélőknek arra, hogy a különféle perspektívákat az emlékezési módok közötti navigációra felhasználják. Ez azért is fontos, mert amennyiben egy epizodikus emléket sikerül átalakítani vagy újabb keretbe helyezni, az az emlék rekonzolidációja során beépül a kliens önéletrajzi rendszerébe, és ez a mozzanat az, ami érvelésünk szerint hosszú távon is segíti a szelfreprezentációk strukturális átalakulását, az önéletrajzi történetek újrakonstruálását vagy rekonstrukcióját és az új történetek megszületését. Más szóval az epizodikus emlékek átalakítása egy változási mechanizmust jelent a pszichodinamikus terápiában. Ha a terapeuta a kienstől hallottakat képes integrálni saját emlékezetében, akkor válik lehetségessé számára, hogy a perspektíaváltás nyelvi eszközeivel navigálja a kliens figyelmét a különböző emlékezeti rendszerek és emlékek között, és ezek a mozgások teszik lehetővé a kliens számára saját emlékei integrációját, ugyanakkor, mint az alábbi példák illusztrálják, a terapeuta érzékeny NP-váltása az interaktív érzelmreguláció fontos eszköze is lehet.

Módszerek

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

Jelen vizsgálatban szereplő személyek a korábbi fejezetekben is vizsgált férfi terapeuta és férfi kliens páros. A kliens, ahogy azt korábbi fejezetekben már említettük, egy 40-es éveiben járó férfi, aki szomatizáló panaszaival és depressziója miatt jelentkezett terápiára. A terapeuta nagy gyakorlattal rendelkező képzett kiképző pszichoanalitikus, a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület tagja.

MINTAVÉTEL

Az alábbi példák a Budapest Pszichoterápiás Adatbázis lejegyzett üléseiről valók. Az ülésrészletek e tanulmányba történő kiválasztását elméleti megfontolások vezették, amennyiben a részletek a fent kifejtett terápiás gyakorlatok illusztrációját szolgáló példák. A példák elsősorban a Ferenczi Sándor által bemutatott gyakorlatot illusztrálják, vagyis a pszeudonarrátor használatát. A kiválasztott szövegrészek a megfigyelési periódus első és utolsó szakaszából valók.

Az ülésrészletek kvalitatív vizsgálata

PSZEUDONARRÁTOR HASZNÁLATA A KLIENS INTONÁCIÓS EGYSÉGÉNEK BEFEJEZÉSÉVEL

Az első részletben a kliens munkahelyi kapcsolatairól beszél. Az ülés a terápia kezdeti szakaszából való. A kliens az adott időszakban munkanélküli. A terapeuta tájékozódó kérdéseire az ülésen részletesen kitér a különféle munkahelyi konfliktusaira, különös tekintettel a női főnökökkel való problémáira, ami véleménye szerint nagyon rossz volt a férfi főnökökhöz fűződő viszonyához képest. (A fontosabb perspektívaváltásokat itt és a további részletekben vastag szedéssel emeltük ki.)

1. RÉSZLET¹

553. K: az életbe is úgy van, hogy nincs az, hogy mindenkit szeretünk,

554. K: vagy mindenkivel jól ki tudunk jönni,

1 Az itt ismertetett szövegrészleteket a CHILDES kódrendszer szabályai alapján jegyeztük le. Minden egyes lejegyzett sor egy intonációs egységet jelent, amely egy adott perspektívát jelenít meg. A sor elején álló szám a teljes ülés lejegyzett szövegére vonatkozik, vagyis az adott sor sorszámát jelzi a teljes szövegen belül. A K vagy T jelölés arra vonatkozik, hogy az adott szövegsor a kliens vagy a terapeuta szájából hangzik-e el. Intonációs jelek:

Befejezett és félbehagyott intonációs egység véghangsúlyának jelölése:

- félbehagyott intonációs egység
- . befejezett intonációs egység eső hangsúly
- ? kérdő hangsúly
- ! felkiáltó hangsúly
- , folytatódó, befejezetlen intonációs egység

555. K: nem?

556. K: vagy mindenkivel szimpatikusak vagyunk kölcsönösen egymásnak,

557. K: de hogy férfi főnököknek ez az arány ez úgy kábé megfelelt a+...

558. T: +, az átlagnak.

559. K: **az átlagnak.**

560. K: tehát a társadalomban átlagosan előfordulóan /ló aránynak.

561. K: de női főnökökkel nem.

Az első részletben a kliens általánosságban beszél, narrátorszintet használva. Ezt a szintet az adott kliens különösen gyakran használta a terápia kezdeti szakaszában. A kliens az 557. sorban a férfi főnökkel kapcsolatos megjegyzését a terapeuta befejezi az 558. sorban. Ez a fajta diskurzustevékenység – egymás mondatainak a befejezése – gyakran előfordul a hétköznapi társalgásban is (Tannen, 1989; Coates, 1998) és a beszélők egymásra hangolódására utal. A terapeuta ugyanakkor a kliens nevében beszél: átveszi a kliens perspektíváját és a történeten belülről szólal meg, szintén a narrátorszintet használva. A kliens, következő megszólalásában az 559. sorban megismétli a terapeuta kifejezését, majd ezt variálja az 560. sorban, ezzel elfogadva és fenntartva a terapeuta által használt nézőpontot. Ez a példa a kölcsönös egymásra hangolódást, a szoros együttműködést és az egymásra való odafigyelést illusztrálja. Ugyanakkor a narrátorszint használata az általános emlékek felidézésének felel meg.

Ebben a részletben tehát a terapeuta megmarad a kliens által kezdeményezett narrátorszinten, amely keretül szolgálhat a főnökökre vonatkozó különféle epizódoknak. Ugyanakkor ebben az esetben a terapeuta nem ösztönzi arra a klienst, hogy epizodikus példákkal karakterszinten illusztrálja az általános jó vagy rossz viszonyt a főnökeivel. Ennek egyik lehetséges magyarázata, hogy a terapeuta

Félbehagyott intonációs egységek végének jelölése:

- +... befejezetlen grammatikai egység
- +// másik beszélő közbevágása
- +/. saját megnyilvánulás félbeszakítása a beszélő részéről
- + félbeszakított intonációs egység utáni folytatás kezdetének jele
- < > hamis kezdés

Véghangsúlyok (befejezett és félbehagyott intonációs egységek végén):

- eső
- lebegő
- ? emelkedő

Befejezetlen intonációs egységek:

- +... befejezetlen intonációs egység, mondattöredék

Hangsúlyos szó, szótag előtt:

/

Szünet:

= 1 s, ## = 2 s

először egy általános képet akar nyerni ezekről a kapcsolatokról, de az is egy lehetőség, hogy az ülésnek ezen a pontján nem érzi készen a kliens a mélyebb érzelmi bevonódást igénylő characterszint használatára. Az ülés itt nem tárgyalt további részében azonban számos epizódot felelevenítenek ezekről a kapcsolatokról, melyek közül egyet vizsgálni fogunk a 4. részlet elemzése során.

A második részlet szintén a terápia kezdeti szakaszából való. A kliens és terapeuta a kliens egy ellentmondásos érzését vitatják meg, miszerint a kliensnek nagy boldogságot okoz, ha gyermekekkel foglalkozhat, elsősorban unokaöccsével és unokahúgával alakított ki jó kapcsolatot, ugyanakkor nem szeretne saját gyermeket.

2. RÉSZLET

117. 117. T: (te)hát teszem azt az, hogy akkor magának egy /utódja keletkezik,

118. 118. T: aki hasonlít magára,

119. 119. T: /vagy.

Megjegyzés: köhögés

120. T: az, hogy+//

121. K: maga a tény úgy általában,

122. K: és hogy ennek mi az oka az,

123. K: (de)hát a múltkor már itt érintettem,

124. K: hogy+...

125. K: hogy amit úgy rá tudtam eddig élni magamban-,

126. K: az /ez hogy +...

127. K: hogy+//

128. K: **igen ez nagyon erős hogy+//**

129.K: hogy egy utód aki hasonlít rám,

130.K: hogy az ne +...

131.T: +, hogy (az) ne keletkezzen?

132.K: igen.

133. K: tehát nem érzem magam # # # # +...

134.T: (hogy) itten ilyen [<] <amerikaiassan> fogalmazunk-,

135. K: +, olyannak+//[>]

136.T: annyira nem szereti /magát,

137.T: hogy # # ebből nem kell még egy /másik példány?

138. K: nem hogy úgy annyira /nem szeretem magam-'

139. K: hanem hogy /annyira nem szeretem magam.

140. T: aha.

141. K: tehát,

Megjegyzés: szünet 4s

A fenti részletben a kliens általánosságban beszél saját magáról, tehát a narrátorszinten fogalmazza meg érzéseit, nem konkrét epizódokból kiindulva. Általános érzése, ahogy azt 121–129.-ig kifejti, hogy nem szeretne egy olyan utódot, aki hasonlít rá. A részletben a terapeuta 117–120.-ig szintén narrátorszinten közelíti meg a kérdést, eltekintve konkrét eseményektől vagy kapcsolati példáktól. A kliens a 121.-ben a terapeuta szavába vágva veszi át a beszélgetés fonalát. A 130. sorban azonban elakad, amit a töredékes intonációs egység jelez. A félbehagyott intonációs egységet a terapeuta fejezi be, szintén folytatva a kliens mondatát, azzal szintaktikai egységet alkotva. A terapeuta itt mintegy „kisegíti” a klienst a hiányzó szóval, ugyanakkor az érzelmileg fajsúlyos mondanivaló megfogalmazása a kliens számára láthatóan nehézséget okoz. Ezért az a tény, hogy a terapeuta éppen itt alkalmazza ezt a fajta segítséget, nem véletlen. A terapeuta megszólalásában perspektíváját tekintve teljesen alkalmazkodik a kliens korábbi nézőpontjához, vagyis az ő perspektíváját átvéve szólal meg: egyes szám harmadik személyben beszél, jövő időt használ, a történet síkján belül szólal meg, narrátorszinten, csakúgy, mint a kliens saját megkezdett intonációs egységében. A narrátorszint egyfajta keretet biztosít a kliens számára általánosan érvényes jellemző érzésének kifejezéséhez.

Ugyanakkor van egy másik aspektusa is a terapeuta megszólalásának. Korábban, a 117-ben hasonló tartalmat, hasonló szövegezéssel ő maga fogalmazott meg kérdés formájában a kliens számára – amikor is a kliens a szavába vágott. A kliens gondolatának befejezése itt tehát egyszersmind a terapeuta saját megszólalásának ismétlését is jelenti. A kliens erre történő reakciója egy helyeslés, „igen.,” ami azt mutatja, hogy a terapeuta számára kielégítő módon fejezte be a megkezdett beszédsgemst, ugyanakkor a kliens válasza implikálja, hogy a terapeuta perspektívája számára is elfogadható (132–133.).

Az interakció folytatásában a terapeuta veszi át a kezdeményezést. A 133. sorban a kliens elakad, mondandóját a 135. sorban folytatja, de eközben a terapeuta is beszélni kezd, így a két beszélő egyszerre, egymással átfedésben beszél. A beszélők közötti átfedést követően a terapeuta folytatja saját gondolatát. A 134. sorban a terápiás itt és most szintjére vált, mely szint az aktuálisan felmerülő gondolatok, érzelmek kifejtését szolgálja, majd a 135. sorban visszatér a narrátorszintre. Ezen a szinten a terapeuta megpróbálja megfogalmazni a kliens lehetséges érzéseit. A kliens a 138–139. sorban átveszi a terapeuta nézőpontját. Tartalmi szempontból elmondható, hogy korigálja a terapeuta megfogalmazását, ám, amint ezt a terapeuta szavainak szó szerinti ismétlése mutatja, ez a korrekció mindössze hangsúlybeli eltolódást jelent. Továbbá, a kliens a terapeuta mondatának egyik részét korigálja csak, ami mutatja, hogy a másik felével egyetért. Itt tehát mind tartalmi, mind pedig perspektíva szempontjából azt láttuk, hogy a kliens, követve a terapeuta kezdeményezését, nézőpontot váltott.

Ebben a példában a narrátorszinten történő perspektívaátvételt szemléltettük. A kliens számára a terápia szempontjából elsődleges fontosságú kérdéskörben, egy nehéz pillanatban láthattuk azt, hogy a terapeuta nagy érzékenységgel a megfelelő módon szólalt meg, ami ugyanakkor a klienssel való összehangolódásról, figyelmi összpontosításról is tanúskodik. Mivel a narrátorszinten történő beszélgetés több epizód összekapcsolását jelenti, egyszersmind egyfajta integrációját mutatja az ide kapcsolódó gondolatoknak, kérdéseknek is. Az ülés korábbi részéből (mely részletek itt nem kerültek elemzésre), valamint, ahogy azt a kliens megszólalásából, a 123–125. sorból is kikövetkeztethetjük, korábbi üléseken már epizodikus (karakter) szinten érintett témáról van szó. Ahogy azt fent már részleteztük, a terapeuta a kezelés szempontjából az adott időpillanatban optimálisnak tartott módon mozoghat a narrátor és karakterszint között, vagyis a konkrét epizódok és egy általánosabb önéletrajzi emlékezési mód között. A fenti példában a terapeuta a narrátorszintet választotta ki intervenciójának színteréül, ami arra utal, hogy az adott kérdésben elérkezettnek látta az időt a különféle nézőpontok és ellentmondásos ismeretek integrációjára.

A részlet második felében a terapeuta egy a terápiás itt és most szintjére történő váltást kezdeményezett, majd ismét narrátorszintre váltott saját folyamatos beszédében. Ezt a nézőpontot a kliens átvette és tulajdonképpeni egyetértését fejezte ki a terapeuta megfogalmazásával kapcsolatban. Az interakcióban sor került a kliens gyermekvállalással kapcsolatos ellentmondásos érzelmeinek mélyebb megértésére, amennyiben kiderült, hogy ehhez a kliens önmagához való viszonyában kell keresni a magyarázatot. Talán nem túlzás azt állítani, hogy a kliens ezzel kapcsolatban belátásra tett szert.

A kliens mondatának ismétlése

Az alábbi részletben, ami a megfigyelési periódus végéről, a terápia „munka” fázisából való, szintén egy hasonló példát ismertetünk. A kliens, aki rossz kapcsolatban van édesanyjával, egy olyan epizódról számol be a terápiás ülésen, ahol ennek az általában konfliktusos kapcsolatnak egy pozitív oldalát mutatja be. A történet előzménye, amit a kliens az ülés korábbi részében elmesél a terapeuta felé, az, hogy saját új lakásába vásárolt néhány székot, amit megmutatott az édesanyjának. A részletben az anya reakcióját beszéli el a kliens. Helyhiány miatt tehát itt az epizód egy részét közöljük csak.

3. RÉSZLET

1044. K: azt mondja, hadd próbáljam már ki,

1045. K: és tényleg kipróbálta,
1046. K: azt mondja hű ez tényleg kényelmes.
1047. K: ő is vesz majd ilyet a konyhába.
1048. K: mondom, ne vegyél,
1049. K: majd én elmegyek, veszek.
1050. K: azt tényleg elmentem, vettem.
1051. K: odavittem.
1052. K: tegnap odamentem.
1053. K: ja és kiderült közbe, hogy anyák napja van,
1054. K: mondom, akkor ezt megkapod anyák napjára.
1055. K: érti?
1056. K: és akkor meg se tudott+//
1057. T: és mit szolt hozzá?
1058. K: hát hogy köszöni szépen,
1059.K: meg hogy+//
1060. K: érti?+//
1061.T: meg hogy?
1062.T: meg hogy?
1063.K: hogy köszöni szépen,
1064.K: és hogy örül,
1065. K: és hogy de jól néz az ott ki.

A részletben a kliens intenzív átéléssel meséli el az anyával zajló székkel kapcsolatos párbeszédet. Perspektívája az 1044–1049.-ig karakterszintet használ és a történet síkjához képest belső nézőpontból eleveníti fel az eseményeket. Eközben jelen időt használ és az anya szavainak direkt idézeteivel teszi még inkább átélhetővé az elbeszélést. Az elbeszélői perspektívának tehát minden eleme a szelf elbeszélés közbeni mély átélésére és bevonódására utal (Berán, Unoka, 2014). Az 1050–1054. sorig többnyire múlt időt használ a kliens, de az 1054. sorban ismét jelen időre vált. A jelen idejű részek használata a múlt idejű elbeszélésben, mint korábbi írásunkban említettük (Berán, Unoka 2014), szintén intenzív szelfbevonódást mutat. Az 1055. sorban pedig a kliens megszólítja a terapeutát, átlépve a terápia itt és most diskurzus szintjére.

A részletben az 1057. sorban a terapeuta megszakítja a kliens elbeszélését, méghozzá úgy, hogy amikor a kliens az anya reakcióját kezdi el elmesélni, a szavába vág egy kérdéssel: „és mit szolt hozzá?”. Ez a közbeszólás egyfelől a terapeuta érdeklődését jelzi a kliens felé, ugyanakkor felhívja a kliens figyelmét egy döntő fontosságú kérdésre: az anya, akivel általában viharos a kliens viszonya, miként reagál a kliens pozitív viszonyulására. A terapeuta ebben a megjegyzésében egyes szám harmadik személyben fogalmaz az anyával kapcsolatban, és a történet síkjához viszonyított külső nézőpontból tekint az eseményekre, miköz-

ben múlt időben fogalmazza meg kérdését. Ez a perspektívahasználata a kliensével összevetve alacsonyabb szelfbevonódást mutat.

Elemzésünk szempontjából ezen a ponton válik rendkívül érdekessé a párbeszéd. A kliens 1058–59-ig tovább folytatja az elbeszélést, az 1060. sorban azonban megszakítja saját elbeszélését és ismét a terapeutához szól, a történeten kívüli pozícióból, a korábbiakhoz hasonlóan a terápiás itt és most diskurzus szintjén. Ez a hirtelen perspektívaátvétel egyfajta segítségkérést is jelenthet a terapeuta felé. A terapeuta reakciójában az 1061–1062. sorban visszatér a történethez. Megszólalásában kétszer is megismétli a kliens korábbi szavait: „meg hogy?”, kérdő hangsúlyt használva. A terapeuta megszólalása tekinthető egyfajta sürgetésnek, ami a diskurzusban betöltött funkcióját illeti, ugyanakkor perspektíváját tekintve a kérdést a történeten belülről fogalmazza meg, az eddigi epizód folytatásaként, szóhasználatában tökéletesen tükrözve a kliens korábbi kijelentését – vagyis a kliens nevében beszélve, tehát azonosulva az ő nézőpontjával. Eredményét tekintve a terapeutának ez a stratégiája sikeresnek mondható, hiszen sikerül éreztetnie a klienssel a nagyfokú figyelmet és odafordulást. Ezt a kliens reakciójából következtethetjük ki, aki az 1063–1065. sorban, mintegy mankóként használja a terapeuta megfogalmazását. Szintaxisát tekintve itt a kliens a terapeuta kérdésére ad pontos választ úgy, hogy a terapeuta mondatát folytatja három eltérő kijelentésben: „hogy köszöni szépen”, „és hogy örül”, „és hogy de jól néz az ott ki”.

Miután a terapeuta a kliens korábbi kijelentését ismételte meg, a kliens a terapeuta korábbi kijelentését folytatja, ugyanakkor indirekt idézetként fogalmazva meg anyjának az események során elhangzott kijelentéseit. Ez jól illusztrálja azt, hogy az epizodikus emlék konstrukciójában milyen hatással van a terapeuta perspektívahasználata a kliensre: a terapeuta pozitív érzelmi töltetű azonosulása a klienssel mintegy példát mutat a kliens számára, lehetővé teszi, hogy azt követően a kliens is kifejtse az anyjával lejátszódó pozitív interakciót, amelyben – ismételten hangsúlyozzuk – a szokásostól eltérően az anya pozitív szerepben tűnik fel. Szerető anyaként jelenik meg, aki hálás a fiától kapott ajándékért és elismeri fia érte történő fáradozását.

A kliens által használt pszeudonarrátor átvétele

A következő részlet szintén a megfigyelési periódus első részéből való, a terápia kezdeti szakaszából. A kliens, hasonlóan a korábbi részlethez, erről az ülésről, munkahelyi konfliktusairól beszél. Egy korábbi munkahelyén, ahol fontos beosztása volt, többször átélte, hogy a férfi főnöke nem szereti, igazságtalanul elégedetlenkedik a munkájával, és a munkahelyi értekezleteken megszégyeníti.

4. RÉSZLET

645. K: az ilyen összhivatali értekezleten a beszéljük meg a Csütörtök Szilár ügyét típusú témák.

645. T: aha.

645. T: mond- mondjon egy példát, hogy például mi volt mi volt egy ilyen ügy.

645. T: milyen volt a Csütörtök Szilárd ügye?

645. K: hát ilyenkor aztán+...

645. K: szóval állandóan olyanok voltak, hogy ilyen összhivatali értekezleten,

645. T: aha,

645. K: amik engem úgy arra emlékeztettek,

645. K: amit persze csak ilyen olvasmányélményekből,

645. K: vagy filmélményekből tudunk,

645. K: mint az ötvenes évekről,

645. K: amikor ilyen ugye vállalati értekezleteken,

645. K: nem?

645. K: most akkor jól megbíráljuk a+ /

645. T: szégyenpadra ültetjük+...

645. K: igen.

645. K: teljesen ilyen volt.

A fenti részletben a kliens általánosságban beszél olyan esetekről, amikor megszégyenítési helyzetbe került. Nem egy konkrét esetről vagy epizódról van szó, vagyis a kliens a narrátorszinten beszél el a történeteket. Az idézett részletben leginkább azt érzékelteti a terapeutával, hogy milyen érzés volt számára ezekben a megalázó helyzetekben lenni. A 647–648. sorban a terapeuta megkísérli egy konkrét példa, azaz epizód elmondatását a klienssel, vagyis itt egy epizodikus váltásra történő kísérletet figyelhetünk meg. A kliens azonban továbbra is általánosságban beszél az ilyen helyzetekről, megmaradva a narrátorszinten (650–655.). Más szóval, a kliens ellenáll a terapeuta által javasolt perspektívaváltásnak. Elgondolkodtató, hogy vajon miért utasítja el a kliens ezt a perspektívaváltást. Valószínűnek látszik, hogy egy konkrét epizód felelevenítése, újra átélése a megaláztatásokkal kapcsolatban intenzív negatív érzéseket váltana ki belőle, s erre az adott pillanatban még nem érezte késznek magát.

A terapeuta nem erőlteti a perspektívaváltást. Ezután csak egy közbevetést tesz a 651. sorban, mely visszajelzéssel figyelméről biztosítja a klienst. A 657. sorban a kliens szintén visszajelzést kér a terapeutától, amikor a történetet megszakítva megszólítja a terapeutát „Nem?”. Ez egy perspektívaváltást jelent a narrátorpozícióból a terápiás jelen itt és most perspektívájába. Ezután a 658. sorban a kliens egy direkt idézettel illusztrálja az ötvenes évek hangulatát: „Most akkor

jól megbíráljuk a+/'". A direkt idézettel itt a kliens más személyek szavait használja, azoknak a nevében szól, akik akkoriban a munkás- vagy pártértekezleteken hasonló stílusban gyakorolták az akkor divatos bírálatot. A kliens itt befejezetlenül hagyja az intonációs egységet, nem fejezi be gondolatmenetét és az idézetet sem. A terapeuta megszólalása a 659. sorban szintén egy ide illő direkt idézet: „szégyenpadra ültetjük”, ami a kliens illusztrációjához hasonlóan azoknak a lehetséges szavait idézi, akik ilyesfajta bírálatot gyakoroltak. A terapeuta megszólalásában tehát átveszi a kliens nézőpontját, ami, érdekes módon nem a kliens saját nézőpontja, hanem a történet más, meg nem nevezett szereplőé, vagyis egy pszeudokarakteré/karaktereké. Ugyanakkor a terapeuta ezt ismét egy olyan pillanatban teszi, amikor a kliens egy érzékeny témáról, az őt ért megszegényítésről beszél, saját megaláztatását párhuzamba állítva az ötvenes években gyakorolt megszegényítési módszerekkel. A terapeuta tehát itt indirekt módon, saját nézőpontváltásával mutat empátiát a kliens felé. A 660–661. sorban a kliens kifejezi azt, hogy a terapeuta helyesen találta el azt az érzést, amit ő érez.

A következő részletben a terapeuta szintén empátiát mutat úgy, hogy a kliens nézőpontját veszi fel a 487. sorban. Ezt a részletet már egy korábbi írásunkban elemeztük (Berán, Unoka, 2007), itt tehát csak röviden tárgyaljuk a szövegrészt. A kliens a magnófelvétel zavaró hatásainak kapcsán arról beszél, hogy családjában hajlamosak félreérteni azt, amit mond, mindig „belemagyaráznak” valamit, amit nem állt szándékában mondani és ez nagyon zavarja.

5. RÉSZLET

481. K: az úgy azér hoz egy ilyet,

482. K: hogy az ember azér+...

483. K: +, jobban fél tőle.

484. K: tehát rögtön arra gondolok,

485. K: hogy hú, de a másik abba mit fog tudni belemagyarázni.

486. T: szóval egy ilyen alapállása van.

487. T: hogy bele akarnak magyarázni valamit abba, amit mondok.

488. K: igen,

489. K: ilyenem van.

megjegyzés: szünet

Az analizált személy általános, személytelen kijelentéséből egy érzelmileg intenzív jelen idejű (jövő idejű) karakterszintre vált, egy gondolatot idézve saját magától (485.) egy, az eddigibe beágyazott, új epizódot indít el. Az analitikus erre két szinten is reagál: először interpretál (486.), majd a kliens perspektíváját tükrözve (487.), jelen időben, egyes szám első személyben folytatja a karakter gondolatmenetének kifejtését. Az analitikus azáltal, hogy átveszi a kliens per-

spektíváját (487.), belép annak világába, vagyis az új történetbe. Mivel egyes szám első személyű, jelen idejű példát használ, ő maga azonosul a karakterrel, vagyis a klienssel. A kliens ekkor meglepődik, hangja elhalkul és megnyugszik. Elismeri, hogy ilyen alapállással rendelkezik, egy kis szünetet tart, úgy tűnik, belátásra tesz szert. Ezt követően (már nem szerepel a fenti részletben) az analizált személy visszatér eredeti témájához, a magnófelvételt készítő személyek zavaró hatásának részletezéséhez. „Éppen ezért fontos, hogy ők mit fognak gondolni rólam”, stb. Ugyanakkor hangsúlyoznunk kell, hogy az analitikus elfogadásának és az empátia megtapasztalásának élménye detektálható volt a kliens fenti reakcióiban, tehát eredményre vezetett.

Összegzés

A fenti elemzések alapján elmondható, hogy a NP-váltás eszközei fontos szerepet játszanak az analitikus intervenciók megformálásában, mivel a különféle emléktípusok közötti navigálás eszközei, melyek az asszociációs munkára is hatással vannak. A szövegrészletek segítségével, kvalitatív elemzési módszerekkel bemutattuk, hogy milyen technikákat alkalmazva léphet be az analitikus a kliens által elmondott történetek világába, azáltal, hogy befejezi a kliens mondatait, megismétli azokat vagy egyes szám első személyben fogalmazva átveszi a kliens szerepét. A Ferenczitől idézett részletben az analitikus egy pszuedodiegetikus pozícióban interveniált. Ez máig gyakorlat az analitikus munkában.

Csak olvasható

A perspektívaváltás kölcsönös szabályozása több lépésen keresztül a terápiás interakciókban

11.

A NP-váltás kölcsönös szabályozása, valamint a NP-váltás kezdeményezésének eszköze a terapeuta részéről lehetővé teszi azt, hogy befolyásolja a kliens figyelmi állapotát, ráirányítsa figyelmét a közös konstrukcióban születő történet olyan aspektusaira, amelyek a kliens számára nem evidensek. A terapeutának erre a szerepére számos példát mutattunk be korábbi fejezeteinkben. Ugyanakkor ezekből a példákból azt is láthattuk, hogy a terapeuta figyelemirányítási kezdeményezéseire a kliens nem mindig reagál pozitívan. Előfordulhat, hogy a kliens nem veszi fel a terapeuta által felkínált perspektívát, esetleg felveszi, de nem elaborálja azt, vagy rövid idő múlva visszavált korábbi perspektívájára. Jelen fejezetben ezt a jelenséget vizsgáljuk részletesen, valamint azt, hogy mit tehet ilyen esetben a terapeuta.

A pszichoanalitikus szakirodalom alapján a perspektívaváltás kapcsán fent vázolt nehézségeket elhárító mechanizmusnak vagy ellenállásnak tekinthetjük. Jelen fejezetben nem célunk ennek a két fogalomnak a részletes áttekintése, mindössze arra vállalkozunk, hogy munkadefinícióját adjuk ezeknek a jól ismert fogalmaknak. Az alapfogalmaknak a meghatározása egészen Freudig nyúlik vissza (Freud, 1893, 1914). Laplanche és Pontailles (1988/1994) Freudra alapozva a következő módon határozzák meg az elhárító mechanizmus fogalmát: „Olyan művelettípusok, amelyekbe az elhárítás betagozódni képes. Az uralkodó mechanizmusok különbözhetnek a betegség típusa, az érintett fejlettségi szint, valamint az elhárító konfliktus kidolgozottsága szerint.” (114. o.) Az elhárító mechanizmust Freud az elfojtásból vezette le, először a hisztériára alkalmazva azt. Később az ő nyomdokain Anna Freud adott pontosabb leírást ezekről a lehetséges mechanizmusokról. Ide sorolta az elfojtáson kívül a regressziót, a reakcióképzést, az izolációt, a meg nem történtté tételt, a projekciót, az introjekciót, a saját személy felé fordulást, az ellentétbe fordulást, a szublimálást, a fantázia révén letagadást, az idealizációt, valamint az agresszorral való azonosulást (Laplanche, Pontailles, 1988/1994). A primitív elhárító mechanizmusok közé sorolja Melanie Klein a tárgyhasadást, a projektív azonosulást, a pszichés valóság tagadását, és a tárgy mindenható ellenőrzését (Laplanche, Pontailles, 1988/1994).

A perspektívaváltás kapcsán megjelenő nehézségek hátterében tehát a fent leírt elhárító mechanizmusok is állhatnak, magára a váltásra való képtelenség az elhárító mechanizmusok megnyilvánulása lehet. Bizonyos NP-váltások kliens

általi nyilvánvaló vagy kevésbé nyilvánvaló elkerülése azonban nem feleltethető meg egyértelműen az elhárítások egyes típusainak. Ugyanakkor a NP-váltások elkerülése felhívja a figyelmet magának a hárításnak a mozzanatára, valamint megnyilvánulásának okára. Például, amennyiben a kliens nem képes a narrátorszintről karakterszintre váltani, azaz konkrét epizodikus emlékeket felidézni egy általános kijelentésével kapcsolatban, akkor esetlegesen egy traumatikus emlékkal állhatunk szemben. Más esetben pont ezzel ellentétes váltásra nem képes a kliens, nevezetesen egy múltbeli karakterével azonosulva karakterszintről nem képes egy általánosabb, több epizódot magába foglaló narrátorszintre váltani, vagyis nem képes magasabb szinten integrálni töredékes epizodikus benyomásait. Itt az ok az emlékezeti szerveződésben jelen lévő disszociáció lehet, vagyis az emlékezeti szerveződésnek azon sajátossága, amikor a kliens egyes énállapotai elkülönülnek, és egyszerre, egyidejűleg nem elérhetőek a szubjektív tapasztalás számára. Ismét más esetben a kliens nem képes egy másik személy vagy saját maga belső világáról gondolkodni, vagyis mentalizálni, más szóval nem tud belső fokalizációra váltani. Ebben az esetben viselkedéses leírást ad történetének szereplőiről vagy korábbi önmagáról, vagyis külső fokalizációt használ. Ez az eset olyan variációban is előfordulhat, amikor a kliens korábban belső fokalizációt használt, és hirtelen, valamilyen nem nyilvánvaló okból külsőre vált. Ilyen esetekben a háttérben különféle érzelmi folyamatok állhatnak, például az agresszió vagy harag kezelése, valamint a félelem. Például a kliens nem empatizál a másik személlyel, mert az gátolná a felé érzett agresszív érzelmeinek kifejezését. Ugyanakkor, amennyiben a mentalizáció hiánya a szelffel kapcsolatosan mutatkozik meg, akkor ennek oka lehet a félelem az intenzívebb érzelmi bevonódástól.

Amennyiben egy bizonyos típusú perspektívaváltásra többszörös próbálkozás után sem képes a kliens, feltételezhető, hogy ellenáll. Az ellenállás definíciója Laplanche és Pontalis szerint: „A pszichoanalitikus kezelés során az 'ellenállás' elnevezéssel illetik mindazt, ami az analizált személy cselekedeteiben és szavaiban akadályozza a tudattalan megközelítését.” A szerzők ezt a definíciójukat is Freud elméletére alapozzák, aki szerint az ellenállás a kezeléssel ellentétes hatású erő. Az ellenállás úgy valósul meg, hogy a kliensek megsértik az analízis valamely alapszabályát. Freud szerint az ellenállásban és az elfojtásban ugyanaz az erő működik: emlékezés helyett a kliens cselekszik, ismételi.

Mit tehet a terapeuta akkor, ha a kliensnek nehezen megy a perspektívaváltás? Ezzel kapcsolatban többféle megfigyelést is tettünk a Budapest Pszichoterápiás Adatbázis összegyűjtésében részt vevő tapasztalt pszichoanalitikusok munkájának vizsgálatában¹. Az első ilyen lehetőség, hogy a terapeuta nem tesz semmit,

1 Fontos figyelembe venni, hogy a terapeuták és kliensek, mint korábban említettük, nem ismerték a NP-váltásra vonatkozó elméletünket, így ebből a szempontból nem tudatosan alkalmazták a perspektívaváltásokat.

vagyis nem szorgalmazza a perspektívaváltást az adott kliensnél. Ez a reakció implicit módon annak elfogadását jelenti, hogy a kliens nem áll készen az adott pillanatban nézőpontjának megváltoztatására. A terapeuta ilyenkor türelmesen kivár. A második lehetőség a perspektíva ismételt felajánlása a kliensnek egy későbbi alkalommal. Erre számos példát találtunk az egyik kliens, Szilárd és terapeuta esetében. Szilárdnál gyakran felmerült az a probléma, hogy általános, akár saját magára vonatkozó vélekedéseit nem tudta konkrét, epizódszerű történetekkel alátámasztani. Ez többnyire olyan kontextusban merült fel, amikor terapeuta arra kérte, hogy mondjon egy példát, amivel szemlélteti, hogy mire is gondol. Más szóval, ilyenkor a terapeuta arra kérte, hogy a narrátorszintről karakterszintre váltson, azonban a kliens erre nem reagált jól. A terapeuta ilyenkor ráhagyta a kliensre saját választását, és nem erőltette a váltást. Ugyanakkor kitarzott a kérdése mellett, és más alkalmakkor ugyanezt a perspektívaváltást ajánlotta fel ismét. Vizsgálatunk azt mutatta ki, hogy egy idő után (azaz 1,5 évvel a terápia kezdetét követően) a kliens több karakterszintű történetet mesélt el az ülésen, mint kezdetben. A harmadik lehetőség a terapeuta számára, ha a kliens nehézségére úgy reagál, hogy egy másik, számára könnyebben elfogadható perspektívát ajánl fel neki. Így, perspektívaváltások sorozatán keresztül segítheti a klienst a nézőpontváltásban, a védekező mechanizmusok vagy ellenállás leküzdésében. Az alábbi üléseken ezeknek a technikáknak az alkalmazását szeretnénk bemutatni.

Módszerek

A VIZSGÁLATBAN RÉSZT VEVŐ SZEMÉLYEK

Jelen fejezetben a női kliens-női terapeuta párost vizsgáljuk. Mint korábban említettük, a terapeuta képzett pszichoanalitikus, klinikai szakpszichológus, a Magyar Pszichoanalitikus Társaság tagja. Az általa alkalmazott módszer a klasszikus pszichoanalízis. A kliens a korábbi fejezetekből már ismert, Klára néven bemutatott személy. Problémáiról a 4. fejezetben részletesen írtunk, itt csak a legfontosabbakat foglaljuk össze. Klára húszas éveiben járó fiatal nő, budapesti lakos, egyetemista. A terapeuta által kitöltött CDF alapján a kliens szorongásos zavarral, szexuális diszfunkcióval és dependens személyiségzavarral küzd. A vizsgálat idején partnerkapcsolatai instabilak voltak. Terapeutája tapasztalt pszichoanalitikus, a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület tagja.

ADATOK ÉS MINTAVÉTEL

A jelen vizsgálatban használt üléseket a korábbi fejezetekben használt részletekhez hasonlóan a Budapest Pszichoterápiás Adatbázisból választottuk ki. Mintavételünket elméleti megfontolások irányították, azaz arra törekedtünk, hogy a sorozatos perspektívaváltás jelenségét minél jobban tudjuk illusztrálni a kiválasztott részletekkel. Jelen vizsgálatunkban egy páciens terápiás kezeléséből idézünk egymást követő két terápiás ülést, a vizsgálati periódus középső szakaszából, egy évvel a terápia kezdete után. Ez a terápia munkaszakaszát jelenti. Az első ülésről három, a másodikról négy részletet elemzünk.

A VIZSGÁLT ÜLÉSEK TARTALMA

Az első ülés tartalma: Az ülés kezdetén a kliens arról panaszkodik, hogy édesanyja beteg, depressziós, és ilyenkor minden gond ráhárul, ezért nem tud kellőképpen foglalkozni egyetemi tanulmányaival. Ez a belső konfliktus nagyon feszültté teszi, mert nehezen tudja kivonni magát a családi kötelezettségek alól. Erről az ülésről három részletet elemzünk.

A második ülés tartalma: kezdetben a kliens egy tanárnőjéről beszél, aki az édesanyjára emlékezteti, és részben ezért ambivalens viszony fűzi hozzá. További hasonlóan komplex érzelmi viszonyok kerülnek szóba különféle férfakkal, akikkel kommunikációs problémák, félreértések sorozatai miatt a kliens sikertelennek érzi a kapcsolatot. Öt részletet elemzünk erről az ülésről.

A NP-váltásokkal történő diskurzus szabályozás kvalitatív vizsgálata

HETERODIEGÉZISTŐL PSZEUDODIEGÉZISIG ÉS

VISSZA AZ INTERPRETÁCIÓBAN

Az első idézett ülésrészletet megelőzően a kliens elmeséli az ülésen, hogy édesanyja betegsége erősen frusztrálja, dühvel tölti el, és hogy szerinte ez valami hisztéria az anyja részéről, aki így fejezi ki figyelemigényét azok után, hogy élettársa néhány napra magára hagyta és elutazott, majd visszatért. Eközben arról is panaszkodik, hogy anyja betegsége miatt neki kellene fuvaroznia anyja élettársát, akinek elromlott az autója.

1. RÉSZLET

345. T: na de ha a ferri nincs ott,

346. T: akkor nem tud rá figyelni.

347. K: hát de most már itt van,

348. K: aztán figyeljen.

349. K: nem tudom+...

megjegyzés: szünet 12 s

350. T: na de+...

351. T: amit én nem értek, hogy-

352. T: tulajdonképpen akkor maga beszáll harmadiknak.

353. T: ebbe a # játékba vagy játszamába.

354. K: mer?

A fenti részletben, a 345. sorban a terapeuta heterodiegézisben, vagyis a történet síkjához képest kívülállóként foglalja össze a családi konfliktus okát, a „mama” megnövekedett figyelemigényét. Megfogalmazásában fontos részlet a távolra mutató deixis, ott, használata, ami a heterodiegézissel együtt azt mutatja, hogy a terapeuta egy külső nézőpontból tekint a szituációra. A kliens válaszában a 347. sorban nem veszi át a terapeuta által felkínált nézőpontot. Itt közelre mutató deixist használ ugyanarra utalva, amire a terapeuta ott-tal, és édesanyja nézőpontját felvéve pszeudodiegézist használ – a 347-es és a 348-as sorban. Így, az anyával azonosulva tudatja a terapeutával, hogy miben látja a „mama” viselkedésének okát. A 349.-ben homodiegézisre, egyes szám első személyre és jelen időre vált, miközben a diskurzusszint szempontjából kilép az epizódból, és karakterszintről (347-348.) a terápiás itt és most szintjére lép. Eközben ő maga veszi fel az ágens szerepét, elismerve, hogy ugyanakkor tehetetlen. Ez a váltás a kliens részéről egyfelől szakítást jelent az anya nézőpontjával, másfelől az eddigieken túl alternatív magyarázatot vagy megoldást nem tud adni a helyzetre, amit az itt beállt hosszabb hallgatás jelez. A szünetet a terapeuta töri meg, aki költői kérdés formájában, homodiegézisben fogalmazza meg a helyzetre vonatkozó interpretációját (351). A terapeuta megfogalmazásában a kliens saját korábbi nézőpontjához hasonlóan ágensként jelenik meg, aki beszáll a játszamába (352–353). Itt tehát arról van szó, hogy a terapeuta átveszi a kliens nézőpontját. A kliens ágensként való megjelenítése és ennek tudatosítása a terapeuta megfogalmazásában ugyanakkor azt is kifejezi, hogy a kliensnek, mint aktív cselekvő félnek, van lehetősége reakciója tudatos megválasztására ebben a helyzetben. Ez ellentétben áll a kliens korábbi érzéseivel, melyekben a tehetetlenség miatti düh és frusztráció dominált. A 354. sorban a kliens kifejezi kétségeit a terapeuta értelmezésével kapcsolatban, szintén kérdés formájában további magyarázatot kér

tőle. Ez tekinthető kihívásnak is vagy ellenállásnak a kliens részéről, de az egyértelmű, hogy itt elutasítja a terapeuta által felkínált perspektívát. A terapeuta erre reagálva tovább folytatja az interpretációt:

2. RÉSZLET

355. T: hát +...

356. T: a mama azt mondja, hogy én nem tudok,

357. T: akkor +...

358. T: itt van a lányom,

359. T: támogassa ő a Ferit.

360. T: legyen +...

361. T: +, legyen ő az, aki a Feri mellett áll a bajban.

362. T: mondjuk.

363. K: tényleg.

364. K: én meg azt mondom, hogy nem,

365. K: és utána meg iszonyú rosszul érzem magam.

A 356. sorban a terapeuta perspektívát vált, és pszeudodiegézisben, egyes szám első személyben, az anya nézőpontjából meséli tovább a történetet, hasonlóan, mint korábban a kliens tette. A pszeudodiegézis használata a terapeuta részéről ugyanakkor lehetőséget nyújt a kliensnek arra, hogy kívülről lássa, és így reflektálni tudjon arra a jelenségre, amit a terapeuta „megjelenít” számára. Ez a perspektívahasználát növeli a kliens reflexiós kapacitását, ami végül is belátáshoz juttatja a klienst. Másfelől azt látjuk, hogy a terapeuta a 356.-ban stratégiát vált, feladja korábbi nézőpontját, amikor heterodiegézisben fogalmazva kívülről tekintett a szituációra (345.), valamint azt is, amikor homodiegézisben fogalmazva próbálta megfogalmazni saját asszociációit a kliens számára (351–353.). Ehelyett perspektívája a kliens egy korábbi perspektíváját tükrözi, ami ugyanakkor a játszma más szintű újrafogalmazása a terapeuta részéről. Ezzel sikerül belátásra készítetni a klienst (363.), aki a 364. sorban képessé válik homodiegézisben, egyes szám első személyben, és szelfágenciát használva saját érzéseinek megfogalmazására: kifejti, hogy ő maga hogyan reagál anyja megjelenített gondolatmenetére. A kliens felismeri, hogy mivel ellenáll az anyja felől érkező nyomásnak, büntudat gyötri. Nemcsak az érzést ismeri fel, hanem a rossz érzésének, büntudatának komplex okát is.

Az ülés egy későbbi szakaszában a terapeuta és a kliens további részleteket vitatnak meg a problémával kapcsolatban:

3. RÉSZLET

megjegyzés: szünet 23 s

544. T: na és valahogy megoldódott ez a helyzet?

545. K: bennem?

546. K: nem.

547. T: hogy a Feri konkrétan +...

548. K: ja, eljött velem a Feri,

549. K: és kiraktam a villamosnál.

megjegyzés: a kliens nevet

550. K: ennyi.

551. T: hát ez egy elég kézenfekvő megoldás.

552. T: mit kell ezen játszózni?

553. K: én azt,

554. K: tehát én ezt nem tudom.

Az 544-ben a terapeuta visszatér a situációval kapcsolatos kérdések megvitatására, ismét heterodiegizist használva, múlt időben, de közelítő deixissel (ez) utal vissza a konfliktusra. Ezzel egyrészt távolítja magát és a kliens is az eseményektől, egy jól körülhatárolt, különálló problémaként kezelve azt, másrészt elválasztja a kliens érzelmi reakcióját a konkrét történésektől. Ugyanakkor a kliens, az 545. sorban homodiegizist és egyes szám harmadik személyt használva szintén megteszi ez utóbbi megkülönböztetést érzelmek és konkrét események között (ami abból látszik, hogy visszakérdez: „bennem?”). Az 546.-ban, a terapeuta kérdésére adott nemleges válaszból azonban azt is kimutatja, hogy nem tud érzelmileg leválni a situációról, a külső és belső eseményeket nem tudja elkülönítve átélni. Az 547.-ben a terapeuta pontosítja kérdését, megmaradva korábbi perspektívájánál (454). A kliens az 548-549.-ben, válaszában most már a konkrét helyzet konkrét megoldásáról beszél, átvéve a terapeuta perspektíváját, először Ferit, majd saját magát helyezve az ágens szerepébe. A kliens ezt követő nevetése jelentheti a történet lezárulásával kapcsolatos megkönnyebbülést, megerősítve azzal, hogy a helyzetet végül egyszerűen megoldotta ő maga, amit a szelfágencia használata jelez. A pozitív érzést a terapeuta is megerősíti az 551-552.-ben, ahol is jelen időt, heterodiegizist és általános alanyt használ, hasonlóan a probléma kezdeti megvitatásában használt perspektívájához. Ez a nézőpont a terápiás ülés jelenéből külsőleg tekint a helyzetre, az attól való távolodást egy lezáró aktusként mutatja. Ugyanakkor a terapeuta jelen időben történő, általános alanyt használó megfogalmazása arra utal, hogy általános érvényű következtetést kíván levonni, vagy erre serkenti a kliens. A 553-554.-ben a kliens mind közelítő, mind távolító deixissel viszonyul a kérdéshez, tehát némi bizonytalankodással helyt ad a terapeuta kérdésben implikált véleményének, ugyanakkor fenntartja egy másik válasz lehetőségét azáltal, hogy nem veszi át a terapeuta általánosító perspek-

tíváját, hanem egyes szám első személyben, homodiegézisben fogalmaz (554), vagyis nem távolodik el a történetektől: „...én ezt nem tudom”.

Összegzés: mi történt az első ülésen?

Összefoglalva a fenti elemzéseket, elmondhatjuk, hogy a kliens számára nem okoz alapvető gondot az internális fokalizáló mód használata, hiszen az eddig idézett szövegrészek nagy többségében ő is és a terapeuta is internális fokalizáló módot használ, mely perspektíva az érzelmek, gondolatok, szándékok kifejezésére irányítja a beszélő és hallgató figyelmét. Ez alapján, amennyiben a mentalizációt csak az internális fokalizáló mód használatával definiálnánk (amint az gyakran előfordult korábbi kutatásokban: Meins, Fernyhough, 1999; Meins és mtsai, 2001; Meins és mtsai, 2002; Meins és mtsai, 2003) úgy tűnhetne, hogy ezt a fajta perspektívahasználattal ez a kliens már elsajátította, vagyis képes önmaga és mások belső érzéseinek, gondolatainak, szándékainak a megértésére. Ugyanakkor, az első ülésen éppen azt követhettük nyomon, hogy a szelfágencia-élmény fontos szerepet játszik a megfelelő mentalizációban, vagyis abban, hogy az érzéseket és célokat adekvát módon kapcsoljuk össze a társas teret alkotó személyekkel, szubjektumokkal. Ahhoz, hogy a kliens saját szempontjaiból kiindulva önmagát ágensként megélve képes legyen eligazodni mások és saját érzelmi interakciói között, tehát pontosan megértse saját maga és mások szándékait, céljait, viselkedésének okát, motivációját, önmagára gyakorolt hatását, és így tovább, szükség van arra, hogy önmagát, mint környezetétől elhatárolt különálló szubjektumot és ágenst tudja felfogni, és ebből a biztos pontból kiindulva viszonyuljon az őt érő társas-környezeti hatásokhoz. A fenti részletekben, a terapeuta intervencióiban a perspektívák széles skáláját bejárva – a heterodiegézistől indulva a homodiegézisen, majd a pszeudodiegézisen át újra vissza heterodiegézisbe – több váltás kombinálásával jut el odáig, hogy a kliens figyelmét ráirányítsa erre a szubjektivitás- és ágenciaérzésre. A többszörös perspektíva-váltás a terapeuta részéről azt mutatja, hogy képes volt számos eltérő nézőpontból viszonyulni a kliens által felvetett problémához, és ezt a tudását demonstrálva a kliens figyelmének irányítása során a klienst is képessé tette arra, hogy alternatív nézőpontból tekintsen a problémára – amit a kliens a gyakorlatban már korábban megoldott, de lelkiismeretét mégis nyomasztotta a helyzetre adott saját válasza. A terapeuta tehát a nézőpontok váltogatásával juttatta el a klienst arra a pontra, hogy el tudja fogadni saját ellenállását az anyai akarattal szemben, vagyis egy olyan önmagát ágensként pozicionáló perspektívából tekintsen saját magára, ahonnan nézve lehetősége van a választásra.

Igeidő és érzelmi önszabályozás a terápiás ülésen

A következő részletek a második ülésről valók. A NP-váltásokat ebben a részben az előzőektől kissé eltérő módszerrel elemezzük, ugyanis nem egy-egy intonációs egységben megjelenő perspektívára, majd az onnan történő váltásokra koncentrálnunk, hanem a perspektíva egy-egy aspektusának változásait követjük végig több intonációs egységen át, ha tetszik, „vertikális irányban” elemzünk. Ez a változtatás eddigi módszerünkön megkönnyíti, hogy képet kapjunk a NP aspektusainak egy hosszabb szövegrészen át érvényesülő változásairól. A következő részletben a kliens egy iskolai emléket idéz fel, miközben tanáráról beszél:

4. RÉSZLET

155. K: azér+...

156. K: biztosítja nekem a terepet,

157. K: hogy+...

158. K: higgyek, amit akarok##.

159. T: [\$\$]

160. K: [de] úgy kezdődött egyébként,

161. K: azt is el lehet mondani,

162. K: hogy ültem így az órán,

163. K: és azért annyira nagyon nem érdekel a+..

164. K: szervezeteknek+/
165. K: a szervezetekben elhelyezkedő szupervízorok és coachoknak a története.

166. K: úghogy így inkább gondolkodtam.

A fenti részlet tágabb szövegkontextusa a terápiás ülésen az a kliens által felvetett probléma, hogy egy bizonyos tanárához ambivalens érzelmek fűzik. Megemlíti, hogy időnként az az érzése támad, hogy ez a tanárnő egyáltalán nem kedveli őt, és ez nagyon bántja. A részletben a kliens hosszasan beszél, és folyamatosan alkalmaz perspektíva-váltásokat, míg a terapeuta – eltekintve egy rövid közléstől, amit a magnón nem lehet érteni (\$\$) – közbeszólás nélkül hallgatja. Az ilyen, egy beszélő monologikus megnyilvánulása közben megvalósított egymást követő perspektíva-váltásait a NP-váltással történő szabályozás szempontjából önszabályozásnak nevezzük.

A történet idői viszonyait szemlélve a beszélő a jelenből a múltba csapong, majd ismét vissza a jelen időbe, aztán megint a múltba:

155–158.: jelen idő

160., 162., 166.: múlt idő

161., 163–165.: jelen idő

A grammatikai idő leírásánál azonban a narratív szerveződési mintázatban megjelenített idői viszonyok sokkal árnyaltabbak. A 155–158. sor jelen ideje például egy folyamatosan jellemző viszonyulási módról, mint múltba visszanyúló folyamatról számol be, míg a 163–165. sor a múltbeli történet egy epizódjába beékelődött jelen idő, a narrátorra, mint karakterre vonatkozó általános jellemzőket ír le. Az időbeli váltásokhoz szorosan kapcsolódik a diskurzusszintek közötti mozgás, amennyiben a 155–158. között általános leírást kapunk a tanárhoz fűződő viszonyról, vagyis a narrátorszinttel azonosul az elbeszélő, míg a 160., és a 162. és 166.-ban a kliens egy epizodikus jelen elbeszélésébe kezd, vagyis azonosul korábbi önmagával a karakterszinten. A 161., 163–165.-ben a történetmondás közben a kliens magyarázó megjegyzéseket fűz az elbeszéléshez, szintén a narrátor szintjén.

A szubjektivitás aspektusából vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a kiemelt részlet homodiegetikus történetként, egyes szám első személyből indul, ebbe ékelődik be az egyes szám 3. személyre történő váltás, ami valójában általános alanyra váltást jelent a 160–161. sorban: „azt is el lehet mondani”. A kliens tehát, mielőtt belekezdene az epizód elbeszélésébe, egy külső, távolító nézőpontot vesz fel, mely által egy pillanatra mintha csökkentené saját érzelmi involváltságát a történetben, vagyis ennek a váltásnak érzelmi szabályozó funkciója lehet. Az időbeli oda-vissza ugrások, a diskurzusszintek közötti mozgások és a szubjektivitás aspektus változásai is egyöntetűen mutatják, hogy a kliens figyelme a terapeuta szabályozó viselkedése nélkül szabadon csapong: hol belemerül az elbeszélte epizód részleteibe, hol egy általánosabb, távolibb szemszögből jeleníti meg múltbeli emlékeit.

Az intencionalitás aspektus szempontjából a kliens váltakozva használja az internális és externális fokalizációt: internális fokalizációt használva értelmezi a tanár viselkedését: „biztosítja a terepet, hogy higgyek, amit akarok” (156–158). Ezután az epizód kezdete előtt externális fokalizációra vált: „el lehet mondani” (161.), „ültem az órán” (162.). Miután viszont belekezd a történetbe, ismét saját magára, belső érzéseire összpontosít: „annyira nagyon nem érdekel” (163.), „inkább gondolkodtam” (166). Az ágensia ezzel egyidejűleg a másik személy, mint ágenstől (156. sor) a szelfágensiaig (158. sor) jut el. A 158. után az idézett részlet végéig megtartja ágens pozícióját – vagyis ő a cselekvő, kezdeményező fél, aki saját érzéseire felelős – kivéve a 160. és 161. sort, ahol élettelen tárgy, ill. fogalom szerepel ágenspozícióban. A többi vizsgált változóhoz képest az ágensia használata a legstabilabb a fenti részletben.

Ugyanakkor a hullámmozgások és oda-vissza mozgások az időben, külső-belső fókusz váltogatása, valamint a korábban említett epizódban való elmélyülő és

attól eltávolodó nézőpont váltogatása a beszélő perspektívájában nem pusztán tükrözik a tanárnőhöz fűződő ambivalens kapcsolatát, az ezzel kapcsolatos közeledés-távolodás érzéseinek kettősségét, hanem eljuttatják a kliensnek annak felismeréséig, hogy voltaképpen mi volt az ok, ami ezeket a nyugtalanító érzéseket kiváltotta benne. Az elbeszélő visszautal egy időben még korábbi eseményre, amit az epizódba ágyazott korábbi epizódstruktúrával jelenít meg:

5. RÉSZLET

167. K: és így+...

168. K: úgyhogy az jutott az eszembe,

169. K: hogy mikor én először találkoztam A-val,

170. K: akkor az volt az első gondolatom,

171. K: hogy+...

172. K: jéé, ugyanolyan színű a haja, mint a mamának.

173. T: ühm.

megjegyzés: szünet

Az igeidő használatot vizsgálva ebben a részletben a kliens az epizódot továbbra is múlt időben beszéli el, ám ezt hirtelen jelen idejű váltással szakítja meg (172), ami egy intenzív érzelmi állapotot jelent, mind tartalmában (indulatszó használata), mind nézőpontváltásában (múltról jelen időre vált). A perspektíva-használatban az időhasználattal párhuzamosan az intencionalitás aspektusában történik releváns váltás: a kliens internális fokalizációval kezd: „amikor először találkoztam A-val, az volt az első gondolatom” (169), majd visszaemlékezés közben externálisra vált: „jéé, ugyanolyan színű a haja, mint a mamának” (172.). A kliens anyjával való külső hasonlóság vezetett oda – legalábbis a kliens története szerint –, hogy ennyire szokatlanul reagált a tanárnőre. Ugyanakkor, amikor ehhez a felismeréshez jut, a kliens perspektívája az eddigi *szelf*ágenciából (169.) *szelf*frészágenciára vált (170.: gondolatom), majd átvált egy élettelen tárgy, ami ugyanakkor egy másik *szelf*ének a része, ágensként való pozicionálásába (171-172.: haja).

A pszichés narratív síkot vizsgálva a kliens a narrátor- és karakterpozíciókat váltogatja. Könnyedén mozog a síkok között, ami arra utal, hogy a váltások a kliens *szelf*regulációs repertoárjának részét képezik, vagyis már rendelkezik a váltásokhoz szükséges figyelemirányítási készségekkel, és ehhez nincs szüksége a terapeuta segítségére. A történet narrátorpozícióból indul (158.), majd a terápiás itt és most szintjére vált (160–161.), aztán az epizód kezdetével a kliens ismét karakterpozícióba kerül (162.). Ezen a ponton, mint láttuk, a NP összes aspektusa változik egyszerre: a fizikai aspektusok (igeidő), a szubjektivitás (diegézis, szám, személy), az intencionalitás (ágencia) és a diskurzusszint. A NP ezen változásai

kijelölik a pillanatot (más szóval intonációs egységet), amikor elkezdődik a történet, mely aztán az egész ülés szempontjából kulcsfontosságú lesz.

A terapeuta csak ebben a pillanatban szól közbe, egy *ühüm*-mel nyugtázza az elmondott történetet, ami egyrészt hallgatói visszajelzés arról, hogy eddig is figyelemmel kísérte, amit a kliens mondott, másrészt egy megerősítés abban a pillanatban, amikor a kliensnek érzelmi támogatásra lehet szüksége, mert a történet terápiás szempontból fordulópontjához érkezett. A terapeuta jelzése visszarántja a klienst a múlt eseményeinek átéléséből a terápiás jelen szituációjába.

Az ülésen ezt követően a kliens két hasonló, ambivalens érzelmi szituációt mesél el, amikor elutasítástól való félelmei miatt nem tudott kapcsolatot teremteni, vagy kapcsolatban maradni olyanokkal, akikkel valójában szeretett volna. Egy e-mail váltás nehézségei kapcsán a kliensnek az jut eszébe, hogy azért nem tud válaszolni egy barátjának, mert fél, hogy az nem fog visszaírni, vagy valahogyan másképpen elutasítja majd a közelséget.

6. RÉSZLET

312. K: mert hogy nekem nincsen+/
313. K: vagy most már megvan,
314. K: de hogy nekem nem volt meg,
315. K: és neki sem volt meg az én e-mail címem.
316. T: ühüm.
317. T: és így egymásra akadtak ezen a hálózaton keresztül.
318. K: hát ő rám.
319. T: aha.
320. T: és ezért írt.
321. T: és erre föl,
322. T: maga ennek ellenére maga úgy reagál,
323. T: hogy ő úgysem válaszolna magának.
324. K: igen.
325. T: miközben ő kezdte a levelezést.
326. K: igen.
megjegyzés: a kliens nevet
327. T: tanulságos.
328. K: miért?
329. K: miért az?
megjegyzés: a kliens nevet
330. K: mondom ennél sokkal jobb sztorim van.

312–318. sorig kibontakozik egy történet a kapcsolatról a fiúval, aki levelezést kezdeményez a klienssel, és akivel a kliens is szívesen tartana fent kapcsolatot.

A történet közös konstrukciója során Klára homodiegizist használ, míg a terapeuta heterodiegizist, vagyis a kliens belülről, a terapeuta pedig kívülről tekint rá a történetre. A 320–326-ig a terapeuta összegzi a történeteket a kliens helyeslése mellett. A történet összegzése során mindkét beszélő externális fokalizációt használ, vagyis viselkedéses leírást adnak a történetekről. Ugyanakkor a 325. sorban a terapeuta hangsúlyából érződik, a történetek pusztán rekonstrukcióján túlmutat az az ellentmondás, amit a levelezés kezdeményezéséből kiolvasható szándék és a kliens félelme között fennáll, azonban a háttérben álló gondolatokra és érzelmekre a terapeuta itt nem tér ki részletesen, nem kérdez rá a kliens belső állapotaira. A 327. sorban a terapeuta továbbra is heterodiegizisben folytatja, amikor implicit módon a tanulságok levonására szólítja fel a klienst, vagy legalábbis annak lehetőségét kínálja fel. A tanulságok levonása egy narrátorszinten zajló integrációt jelentene, amikor több hasonló történetből valamiféle mind-egyikre érvényes következtetést lehetne levonni. A kliens azonban a 328.-ban és a 329.-ben is megkérdőjelezi a terapeuta állítását, nem veszi át a terapeuta perspektíváját, nem von le semmilyen következtetést a történetből. Ehelyett egy újabb kapcsolati történetbe kezd bele a 330.-ban. Pillanatnyilag tehát még nem áll készen egy integráltabb narrátorszintű nézőpontváltásra. A terapeuta az újabb kapcsolati epizód elmondása során – mely részlet itt nem kerül elemzésre – nem szól bele a kliens elbeszélésébe, nem próbálkozik a kliens nézőpontjának megváltoztatásával, vagyis a kiválás technikáját alkalmazza.

A következő részletben a kliens már egy elfogadóbb attitűdöt mutat az integráció irányába. Miután a terapeutával közösen megállapítják a hasonlóságot a kliens kapcsolati viselkedésében más helyzetekkel, magyarázatot keresnek, és a terapeuta interpretál:

7. RÉSZLET

467. T: öö +...

468. T: +, egy lehetséges, de csak egy lehetséges magyarázat.

469. K: lehet, hogy én nem akarom, hogy válaszoljon?

470. T: hát ööö+...

471. T: igen.

472. K: valamilyen valamilyen félelem miatt.

473. T: nem hinném, hogy +...

474. T: +, hogy ez ez tudatos.

475. K: persze hogy nem.

A diskurzusszintet vizsgálva a részletben, megállapíthatjuk, hogy mind a terapeuta, mind pedig a kliens a terápiás itt és most szintjén mozog. Ezt a váltást a terapeuta a 468. sorban kezdeményezi, a kliens átveszi ezt a perspektívát (469),

és a továbbiakban benne is marad, miközben nagyon kooperatív az együtt gondolkodásban. Elismeri félelmét, ezt követően pedig egy teljes egymásra hangolódás alakul ki a terapeutával. Az ágenciát vizsgálva, a 469.-ben a kliens magát jelöli meg ágensként, majd az ágens szerepében egy fogalom (félelem) jelenik meg a 472.-ben. Ezt a nézőpontot a terapeuta is átveszi a 473-474. sorban, amikor a kliens félelméről beszél. Miután a kliens kifejezi egyetértését a 475. sorban, a terapeuta tovább folytatja az interpretációt:

8. RÉSZLET

478. T: de talán a a rejtett érzés,

479. T: ami ami itt lehet, az hogy,

480. T: ha válaszolna, akkor bonyodalmak keletkeznének.

481. T: és akkor szoronganék.

482. T: és ö+...

483. T: egy idő után megint úgy érezném,

484. T: hogy visszautasítanak.

485. K: ez biztos.

A terapeuta jelen időben, heterodiegízisben kezd beszélni a 478.-ban, azután a 481.-ben pszeudodiegízisre vált, és egyes szám első személyben folytatja, a kliens nevében beszél. Ebben a perspektívában nemcsak empatizál a klienssel, de azonosul is vele, mint narrátorral, átveszi az ő szerepét a dialógusban. A kliens számára így jeleníti meg azokat az érzelmeket, melyeket átélne ebben a hipotetikus helyzetben (vagyis abban az esetben, ha a szóban forgó személy és a kliens között kialakulna egy kapcsolat), amelyeket a terapeuta, azonosulva a klienssel, jelen időben fogalmaz meg, megteremtve ezzel egy „mintha” átélési helyzetet. Ebben az intenzív egymásra hangolódásban és azonosulásban a kliens elfogadja a terapeuta interpretációját a 485. sorban, amikor azt mondja: ez biztos. A terapeuta tehát nem csak szóban tárja fel a tudattalan érzéseket, melyek a kliens viselkedése mögött állnak, hanem perspektívaváltásaival igen erőteljes érzelmi bevonódást tükrözve fokozatosan megteremti a kliensnek azt a közeget, amikor ő elfogadhatja ezeket a számára fenyegető érzéseket.

Az ágenciát vizsgálva az 5. részben láthattuk, hogy a kliens ágenciaélménye az érzelmi intenzitás fokozódásakor csökkent, míg a 8. részletben a terapeuta felvállalta az érzelmileg intenzív helyzetet, miközben pszeudodiegízist használva jelenítette meg a kliens gondolatait. A 481. sortól kezdve a beszélő terapeuta = narrátor kliens a NP ágencia aspektusa szerint szelfágenciát mutat, a kliens tehát ágensként jelenik meg a szövegben. A klienst ágensként bemutatva a terapeuta demonstrálja a kliensnek, hogy miként élheti át ezeket a számára nem kívánatos érzéseket úgy, hogy közben nem veszíti el cselekvőképességét, kezdeményezőképességét és

a helyzet feletti kontrollt. Analitikus értelemben azt mondhatjuk, hogy a terapeuta oly módon tudja tartalmazni a kliens érzéseit, hogy közben érezteti vele: erre ő maga is képes. Ezt az általa választott perspektívahasználattal éri el.

Összegzés: mi történt a második ülésen?

A második üléssel kapcsolatban elmondhatjuk, hogy a kliens érzelmi szelfregulációját segíti a terapeuta magas fokú empátiamegnyilvánulása. A kliens számos ambivalens kötődéssel kapcsolatos emlék felidézése során jut el addig a gondolatig, hogy valójában a visszautasítástól való félelem gátolja a számára kívánatos viszonyokban való elmélyedést. A terapeuta perspektívaváltás segítségével kifejezi azonosulását a klienssel, ugyanakkor azt is érezteti vele, hogy ebben a helyzetben is lehetősége van arra, hogy ágensként tapasztalja meg saját magát, és ennek megfelelően cselekedjen.

Következtetések

Vizsgálatunkban a terápiás ülésen megvalósuló narratív konstrukció részleteibe nyerhettünk betekintést. A perspektívaváltások segítségével sikerült egy pontos leírást adni arról, hogy a kliensnek milyen nézőpontváltások okoztak nehézséget elbeszélései során, valamint arról, hogy a terapeuta hogyan reagált a kliensnek ezekre a nehézségeire, és intervenciói segítségével hogyan készítette a klienst új, alternatív NP-k felvételére. A terapeuta NP-váltások segítségével a kliens figyelmét ráirányította történetének azon aspektusaira, amelyeket a terápiás munka szempontjából ő maga fontosnak tartott.

A perspektívaváltások elemzése során azt láttuk, hogy a kliens fő problémáját saját szubjektivitásának megélése és ágensként való felfogása jelentették, és ezek képezték a megfelelő mentalizáció akadályát. Narratívperspektíva-modellünk alapján ez a szubjektivitás és az intencionalitás aspektust jelenti, ezen belül az ágencia/páciencia változókat érintő perspektívák átvételéhez és elabrálásához kapcsolódik. Konkrétan, a diegetikus váltásokat és a szelf, valamint más ágenciát/pácienciát kifejező perspektívaváltásokat emeltük ki. A kliens figyelmet fordított saját maga és mások belső világára, és gondolatok, szándékok, érzelmek tulajdonításával megpróbálta értelmezni azokat. A szelfet elárasztó érzelmek és benyomások között azonban nehezen tudott kiigazodni, nehezen tudta saját belső világát a környezetében élők szándékaitól és érzelmeitől elkülöníteni (határ megállapításának problémája), melynek részben az

volt az oka, hogy nem tudta egy viszonylag stabil szelfből kiindulva ágensként megélni saját helyzetét.

A terapeuta perspektívaváltásaival érzékenyen követte a kliens érzelmi változásait és ebből következő perspektívaváltásait, és az érzelmileg intenzív pillanatokban, amikor a kliens instabillá vált, sikeresen avatkozott közbe olyan perspektívaváltások indukálásával, ahol a kliens megtapasztalhatta, sajátjaként átélhette szelfállapotait és ágenciáját. Ilyen volt például az üléseken alkalmazott diegetikus váltások sorozata. Ugyanakkor, ismételten fel kell hívnunk a figyelmet arra, hogy a vizsgálatban részt vevő terapeuta spontán és reflektálatlanul használta a narratív perspektíva kialakításában szerepet játszó nyelvi eszközöket. Mindazonáltal e nyelvi eszközök lélektani jelentőségével és gyakorlati használhatóságával készség szinten rendelkezett.

Hasonlóan tehát korábbi vizsgálatainkhoz (Unoka, Berán 2005, 2006) itt is kimutatható volt az, hogy a terapeuta a kliens nehézségeinek megfelelő perspektívaváltásokkal reagált, elősegítve például a kliens erős, bár ambivalens kötődési igényének és közelségigényének kielégülését pszeudodiegézis és egyes szám első személyű megfogalmazások gyakori alkalmazásával. Ezzel ugyanakkor megerősítette a kliens pozitív áttételét is.

A narratívperspektíva-váltások nyelvi eszköztárát használva a terapeuta a kliens emlékeinek, élményeinek, az elbeszélte társas interakciók szereplőinek olyan új aspektusaira irányította figyelmét, amelyek korábban nem vagy kevésbé voltak hozzáférhetőek számára. A figyelemirányítás társas helyzetében a terapeuta hatására megváltozik az, hogy a kliens mit tart magára és másra vonatkozóan releváns információnak, és ezáltal egy módosult, társasan motivált figyelemirányítási készségrepertoár alakul ki. Az új figyelmi készségek révén pedig módosulnak a világról, önmagáról és másokról generált reprezentációk. A pszichoterápiák egyik lehetséges hatásmechanizmusa az új figyelemirányítási készségek kialakulása. Az általunk kidolgozott NP kódrendszere lehetővé teszi a narratívperspektíva-váltás kölcsönös szabályozási folyamatainak mikroelemzését, és ezáltal lehetővé teszi a pszichoterápiás folyamat során kibontakozó változások követését.

Az anyára vonatkozó központi kapcsolati konfliktus téma (KKKT) változása a pszichoanalitikus terápia során

A hosszú távú terápiás változások közül az egyik legfontosabb az interperszonális kapcsolatokban történő változás, pontosabban annak megváltozása, ahogy az egyén funkcionál ezekben a kapcsolatokban: mennyi örömet talál bennük, és hosztilisnak vagy támogatónak tapasztalja meg kapcsolatait, valamint, hogy ő maga miként járul hozzá fontos kapcsolatainak a működtetéséhez. Freud óta tudjuk, hogy a másokhoz való pozitív kapcsolódás mércéje az egészséges életnek. Számos vizsgálat kimutatta, hogy a lelki egészség egyik fontos kritériuma a társas támogatottság (pl. Burt, 1987; Eisenberger, Cole, 2012; Walker, McGlone, 2013), krízishelyzetekben és a hétköznapi életben is, aminek fontos előfeltétele a szeretetre való képesség.

A jelen fejezetben közölt vizsgálat a terápiás folyamat során bekövetkező hosszú távú változási mechanizmusokra irányul, egy újabb szempont bevezetésével: az interperszonális kapcsolatok vizsgálatával. A kapcsolati konfliktust Luborsky nyomán a személyre jellemző, tipikusan megjelenő, problematikus interperszonális viszonyulási módként definiáljuk (Luborsky, 1990). Az alábbiakban részletesen kifejtjük, hogy mit is jelent ez pontosan.

A vizsgálat során továbbra is a terápiás ülések lejegyzett szövegeit elemezzük, arra keresve a választ, hogy a hosszú távú dinamikus terápiában miként változik a személyes kapcsolati viszonyulások jellemző szerkezete, a kapcsolati problémák megjelenítése a kliens és terapeuta által az ülésen konstruálódó kapcsolati történetekben. Másként fogalmazva azt vizsgáljuk, hogy a kapcsolati történetek hogyan alakulnak át hosszú távon egyes kapcsolati személyek esetében, konkrétan az anyára vonatkozó kapcsolati történetekben. Vizsgálatunk másik célja, hogy bemutassuk: a kliens, valamint a terapeuta perspektívaváltásai miként járnak hozzá a kezelés során bekövetkező változáshoz.

Központi kapcsolati konfliktus téma

Luborsky és munkatársai (Barber, Crits-Christoph, Luborsky, 1990) szerint az interperszonális kapcsolatainkra vonatkozó tapasztalatok, repetitív tapasztalatok kapcsolati epizódokká alakulnak. Ezek azok a rövid történetek a másokkal való

interakciókról, melyek a hétköznapi beszélgetésekben és pszichoterápiás üléseken is sokszor elhangzanak. Luborsky központi kapcsolati konfliktus téma módszere ezeket a kapcsolati epizódokat egy séma szerint rendezi. Elmélete szerint a kapcsolati tapasztalatok megjelenítése a páciensről prototipikus alany-tárgy-cselekmény viszonyokat tartalmaz. A kapcsolati epizódban fellelhető információból három alapvető szempontot emel ki Luborsky:

1. Vágy vagy kívánság: Mit vár a személy másoktól?
2. Tárgy reakciói: Mások hogy reagálnak a személy vágyaira, elvárásaira?
3. Alany reakciói: Hogyan reagál a személy mások reakcióira?

A fenti kérdésekre adott válaszok statisztikai előfordulásának gyakorisága mentén kiemelkedik néhány (esetleg csak egy) kapcsolódási probléma vagy séma, amely a klienst hosszú távon is jellemzi. Ez az, amit Luborsky központi kapcsolati konfliktusnak nevez. Luborsky ezt a pszichodinamikai áttételi konstellációk vizsgálatára alkalmas módszert 1977-ben fejlesztette ki (Barber, Crits-Christoph, Luborsky, 1990). Maga a módszer egy tartalomelemző eljárás, melyben a fenti kérdésekre adott válaszok alapján kategorizáljuk a kliens kapcsolati történeteit.

Fontos hozzátenni, hogy a kapcsolati tapasztalatok elemzése a kliens nézőpontjából indul ki, abból, hogy a páciens hogyan élte meg az adott eseményt. A kapcsolati történetek fontos jellemzője a kapcsolati tapasztalat egyénre jellemző feldolgozása, amiből a kliens egyedi pszichés világára lehet következtetni (Thomä, Kächele, 2006/2007). Ennek háttérében az áll, hogy egy esemény kapcsán különböző személyek esetén az individuális feldolgozás teljesen eltérő lehet. Például más szemszögből láthatják egyes családtagok azt, hogy mi történt, mint ahogy a kliens maga (Thomä, Kächele, 2006/2007).

Luborsky és munkatársai (Barber, Crits-Christoph, Luborsky, 1990) az elbeszélő kívánságait, szükségleteit, szándékait egy standardizált kategóriarendszerben összesítették, mely kódrendszerben 35 standard vágy kategória van. A kategóriákat nagyobb csoportokba, clusterekbe rendezték, így 8 standard clustert alkottak. Az alábbi példák ízelítőt adnak ezeknek a vágykategóriáknak a mibenlétéről:

1. Megérttsenek: értsék, hogy ki vagyok, empatizáljanak velem, pontosan lássanak
2. Elfogadjanak: támogassák azt, ami, aki vagyok, ne ítélkezzenek felettem, erősítsenek meg
3. Tiszteljenek: értékeljenek, bánjanak velem tisztességesen, fair módon, fontos legyek másoknak
4. Másokat elfogadni (szelf): befogadóan viselkedjek mások felé

Mások reakcióival kapcsolatban Luborsky és munkatársai szintén standard kategóriákat alakítottak ki, összesen 30 standard kategóriát állapítottak meg, és ezeket 8 nagyobb clusterbe sorolták. Itt is felsorolunk néhány kategóriát:

1. Megértő: empatikus, szimpatizál velem, pontosan lát engem
2. Nem megértő: nem empatikus, nem szimpatizál velem, figyelmen kívül hagy
3. Elfogadó: nem utasít el, támogatja, aki, ami vagyok, számításba vesz
4. Elutasító: nem fogadja el azt, aki, ami vagyok, kritikus velem szemben

A szelf reakciói között Luborsky és munkatársai 31 kategóriát különítettek el, amelyeket 8 clusterbe soroltak be. A kategóriák közül néhányat példaként megemlítek:

1. Megértem: felfogom, belátom, pontosan látom
2. Kontrolláló vagyok: dominálok, befolyásolok, manipulálok másokat, asszer-tív vagyok, agresszív vagyok
3. Független vagyok: saját döntéseket hozok, autonóm vagyok, magam irányítom a sorsomat
4. Kedvelek másokat: barátságos vagyok

Luborsky, Barner, Schaffler és Cacciola (1990) egy 33 fős klinikai mintán vizsgálták a KKKT elemeinek gyakoriságát. Vizsgálatukban azt találták, hogy a leggyakoribb vágyak a „közel kerülni másokhoz és elfogadni másokat”, „mások szeressenek és értsenek meg”, valamint a „szelf asszertivitása és függetlenség elérése” voltak. A mások reakciói között a leggyakoribb mintázatok az „elutasítani és ellenállni” és a „kontrollálni” reakciók voltak. A szelf reakciói között a leggyakoribb a „csalódott és lehangolt”, a „nem befogadó” és a „tehetetlen” voltak. Luborsky és munkatársai ebben a tanulmányban megvizsgálták, hogy a két leggyakoribb vágy – „mások szeressenek és értsenek meg”, valamint a „szelf asszertivitása és függetlenség elérése” – milyen kontextusokban jelentek meg, ami mások reakcióját, valamint a szelf reakcióját illeti. A „mások szeressenek és értsenek meg” vágyhoz mások reakciójaként leggyakrabban az „elutasítani és ellenállni” válasz következett, az epizódok 24,4 százalékában. A szelf reakciójaként pedig a „tehetetlen” vagy a „csalódott vagy lehangolt” következett az esetek 44,2 százalékában. A függetlenség vágyához szintén az „elutasítani és ellenállni” kapcsolódott leggyakrabban mások reakciójaként, az esetek 25,4 százalékában, és a „tehetetlenség” vagy „csalódott és lehangolt” következett a szelf reakciójaként az esetek 42,7 százalékában.

Mivel kutatásunkban egy dysthymiában szenvedő ambuláns beteg a vizsgálati személy, egy rokon betegségre, a depresszióban szenvedő személyekre jellemző KKKT mintázatairól is szót ejtünk (mivel dysthymiasoknál eddig még

nem végeztek ilyen vizsgálatot). Vanheule, Desmet, Rosseel és Meganck (2006) 31 depresszióban szenvedő ambuláns beteget vizsgált klinikai interjúk alapján a KKKT módszerével. Vizsgálatukban arra voltak kíváncsiak, hogy a depresszióban szenvedő betegeknél melyek a leggyakoribb központi kapcsolati konfliktus témák, és ezek hogyan magyarázzák a depressziós tüneteket. Eredményeik azt mutatták, hogy a depresszió varianciáját jól magyarázza a KKKT modell. A leggyakoribb vágyak arra vonatkoztak, hogy a személy boldog akart lenni másokkal folytatott interakciói által. A depresszióban szenvedők szerint mások erre úgy reagáltak, hogy elutasították, nem kedvelték a személyt, amire a szelf reakciójaként mások nem kedvelése, valamint tehetetlenség érzése volt a válasz.

Módszerek

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

Jelen vizsgálat adatait szintén a Budapest Pszichoterápiás Adatbázis szolgáltatta. A kliensről és a terapeutáról részletesen a 4. fejezetben írtunk. Itt csak a legfontosabbakat említjük meg. A vizsgálati személyek Szilárd, a 40-es éveiben járó férfi kliens és tapasztalt pszichoanalitikus terapeutája voltak (aki férfi). A kliens egyebek között dysthymiában szenvedett.

MINTAVÉTEL

Változás vizsgálata hosszú távon: 2 ülést vizsgálunk, az ülések között eltelt idő kb. 1,5 év.

Két ülés szövegében az anyára, mint kapcsolati személyre vonatkozó kapcsolati epizódokat vizsgálunk (3 epizódot) kvalitatív elemzési módszerrel. Fontos hozzátenni, hogy a kapcsolati epizódok száma egy ülésen akár a 40 epizódot is meghaladhatta, ezek közül a 3 epizódos minta kiválasztása teoretikai megfontolások alapján történt, azzal a céllal, hogy a hosszú távú változásokat illusztrálni tudjuk.

A KKKT KÓDOLÁSA

Az adatbázisból felhasznált két ülés szövegében egy kódoló (az első szerző) alapította meg a kapcsolati epizódokat. Az ülések szövegeiben két analitikus terápiában járatos gyakorló pszichoterapeuta kódolta le a kapcsolati epizódokat a KKKT kódolási módszerét és Luborsky és munkatársainak standardizált kategóriarendszerét alkalmazva, mind a kategóriák esetén, mind pedig a clusterek esetében. A két független kódoló az ülés szövegének kódolását követően egyez-

tette a kódolási eredményeket, és eltérések esetén közös megállapodásra jutottak a kódolást illetően.

MÉRŐESZKÖZÖK

Egy 1–5-ig tartó skálán mértük a kapcsolati epizód teljességét, amit szintén a pszichoterapeuta kódolók határoztak meg. Luborsky leírása alapján a kódolók meghatározták a kapcsolati epizód típusát, amely lehetett a másik személyre vonatkozó (ezen belül megkülönböztettük a következőket: anya, apa, testvér, gyerekek, párkapcsolati személy, férfi tekintélyfigurák, női tekintélyfigurák, férfi barátok, női barátok és egyéb), a terapeutára vonatkozó, valamint a szelfre, mint kapcsolati személyre vonatkozó epizód.

Vágy: mi az specifikusan, vágy kategória, explicittség.
Másik reakciója: mi az, és kategória.
Alany reakciója: mi az, és kategória.

A NP-váltásokat a kapcsolati epizódokban általunk kidolgozott NP-modell alapján kódoltuk, és kvalitatív diskurzuselemzési módszerekkel vizsgáltuk.

Kvalitatív elemzés

KORAI ÜLÉS

Az ülésen felvetett témák a következők voltak: gyermekekkel kapcsolatos attitűd, saját gyermek elképzelése – nem lehetséges, húga gyermekei – nagyon szereti őket, gyermekekkel különféle helyzetekben, munkahelyi tapasztalatok főnökökkel, női főnökökkel különösen rossz viszony, férfi főnökkel nagyon rossz viszony, munkanélküliség, utazások munkanélküliség alatt, nyelvtanulás munkanélküliség alatt.

A következő részlet tehát a kezdeti terápiás szakaszból való. A részletben a kliens arról beszél, hogy miért nem tudja elképzelni, hogy saját gyermeke legyen, miközben nagyon kedveli a gyerekeket, és hogyan érezné magát akkor, ha saját gyermeke lenne.

1. RÉSZLET

141.K: és a másik ami nagy félelmem, ho: gy # -,

142.K: hogy # [4x], egy ilyen szituációban # #

143.K: <n nem nem> nem olyan lennék,

- 144.K: mint amilyen vagyok általában a # gyerekekkel,
 145.K: hanem+...
 146.K: +, hanem mittom hogy olyan lennék,
 147.K: mint anyám velem.
 148.T: ühüm.
 149.K: és ez [4x] nagyon ilyen taszítólag # tehát /undorral hat rám.
 megjegyzés: T köhög
 150.K: még a lehetősége is, hogy esetleg+...
 151.K: hogy /eset/leg akaratlanul is+...
 152.K: olyan # /lennék.
 153.T: ühüm.
 154.T: de akkor ezek szerint nem is ad magának esélyt arra,
 155.T: hogy ezt ezt [/] korigálni tudná?
 megjegyzés: szünet 4 mp
 156.K: hogy a:: ehhez való viszonyom megváltozzon?
 157.T: igen.
 158.T: hogy esetleg nem úgy viselkedne a [/] saját gyerekével,
 159.T: mint ahogy magával az édesanyja,
 160.T: hanem teszem azt, úgy mint ahogy maga viselkedik a a(z) unokahúgával,
 öccsével.
 161.K: tehát mer a+...?
 162.K: ennek az esélye persze meglenne, hogy nem úgy-'
 163.K: de /mivel megvan az esélye annak # hogy hogy esetleg mégis,
 164.K: az nagyon # negatív # # -
 165.K: /érzéseket vált ki belőlem.
 megjegyzés: szünet 5 mp
 166.K: tehát ha ez mégis bekövetkezne azt []
 167.K: úgy érzem azt nem tudnám # #+...
 168.K: megbocsátani magamnak,
 169.K: vagy nem tudnék [<] < # # vele> mit kezdeni.

A 12.1. táblázatban részletezzük a kapcsolati epizódra vonatkozó KKKT kódolási eredményeket. Az epizód kétféle kapcsolati személyre is vonatkoztatható. Az első a szelfre, a második a másokra, konkrétan az anyára, mint kapcsolati személyre vonatkozó értelmezés.

NP-VÁLTÁSOK ELEMZÉSE AZ 1. ÜLÉSRÉSZLETBEN

Az idézett részletben mindkét beszélő végig jelen időt, egyes szám első személyt és belső fokalizáló módot használ, mely perspektívahasználattal, mint korábban kifejtettük, az intenzívebb szelfbevonódás jellemzője. A részletben a kliens saját

12.1. táblázat KKKT a szelfre és az anyára, mint kapcsolati személyre vonatkozóan

Kapcsolati epizód típusa: SZELF	Kapcsolati epizód típusa: MÁSÍK – anya
Epizód teljességének mértéke (1–5)	
2 nem teljes	2 nem teljes
Vágy másíkra	
elkerüljem, hogy olyan legyek, mint anyám a gyerekekkel → önkontroll explicit	anyám viselkedése gyerekekkel undorító → elkerülés, elutasítás, közepesen explicit
Vágy kategória	
asszertivitás	ellenezni, elutasítani a másíkat
Másík reakciója	
elkerülöm, hogy rossz szülő legyek, nem szenvednek a gyerekeim → nincs kifejtve	anya reakciója nincs kifejtve
Másík reakciója kategória	
nincs kifejtve	nincs kifejtve
Szef reakciója	
nem tud megbocsátani magának, nem tud vele mit kezdeni, ha mégis úgy viselkedik, mint az anyja → büntudat, nem érti magát	nem kedvelni, utálni a másíkat
Szef reakciója kategória	
szorongó, szégyenteli, büntudatos. Nem tudom kontrollálni magam	nem értem a másíkat, nem vagyok nyitott, nem kedvelek másokat

magáról, anyja iránti, valamint a gyermekek iránti érzéseiről beszél, a „terápiás itt és most”-ban, homodiegézisben szólal meg (141–147.-ig). A kliens megszólalásában egy hipotetikus történetben fogalmazza meg aggodalmait, amikor kifejti, milyen hatással lenne rá, ha mégis anyjához hasonlóan viselkedne a gyerekekkel. Az ágencia és páciencia használati mintázatai érdekes váltásokat mutatnak mindkét beszélő esetében. A 141. sorban, a kliens beszédében a „félelem” szerepel ágensként, a 149.-ben a kliens szelfpácienciát használ, amikor arról beszél, hogy saját, valamint anyja gyerekekhez való viszonya „taszítólag”, „undorral hat rá”. Összességében tehát a kliens kontrollálhatatlan viselkedésének és érzelmeinek kiszolgáltatott, passzív elszenvédőként jeleníti meg saját magát.

A terapeuta a 154. sorban a klienst helyezi ágens pozícióba, tehát a kliens korábbi megszólalásához képest nézőpontot vált. A kliens erre adott reakciójában (156.) azonban nem szerepelteti saját magát sem ágensként, sem páciensként. Ehelyett egy absztrakt fogalmat helyez a páciens pozíciójába: „hogya a:: ehhez való viszonyom megváltozzon”. A terapeuta a 158–160. sorban ismét a klienst jelöli meg ágensként, tehát ismételten visszavált saját korábbi nézőpontjára. A kliens ezt követően a 162.-ben ismét absztrakt fogalmat jelöl ágensnek, tehát ellenáll annak, hogy kövesse a terapeuta váltását. A 165. sorban ismét szelfpácienciát használ, saját magát, mint érzelmi állapotának passzív elszenvédőjét jelöli meg „az nagyon # negatív # # - /érzéseket vált ki belőlem”. Ezt követően, egy

viszonylag hosszabb szünet után a kliens szelfágenciára vált saját beszédében: „Úgy érzem...”. Ez tehát megegyezik azzal a típusú perspektívaváltással, melyet a terapeuta két alkalommal is használt a kliens megszólalását megelőző intervencióiban. Véleményünk szerint a terapeuta közbevetései végül oda vezettek, hogy a kliens önmagát az események aktív részeseként tudta látni és láttatni saját beszédében. Az aktív ágens pozíció fontosságáról és terápiás jelentőségéről korábban már szóltunk. Jelen kontextusban ez a pozíció azt jelzi, hogy a kliens felismeri, és ugyanakkor sajátjaként ismeri el érzelmeit, és megpróbálja elfogadni őket.

A következő részlet szintén a korai ülésről való. A kliens a szülőkkel való viszonyt összekapcsolja a rossz munkahelyi viszonyaival.

2. RÉSZLET

393.K: de a szülőkkel való viszony, és hogy

394.K: a mamámmal ilyen rossz viszony az+...

395.K: öö hogy így kihathatott-e a munkahelyi viszonyokra+...

396.T: aha,

397.K: hogy +...

398.K: persze hát lehet hogy nem ebből fakad, de talán ezért,

399.K: hogy amiről+/-

400.K: +, ami ugye ami már /úgy jutott eszembe,

401.K: meg úgy föltűnt, hogy, hogy+...

402.K: hogy abból mindig komoly konfliktushelyzetek adódtak a munkahelyen+...

403.K: hogyha nekem nő lett a főnököm.

404.T: aha.

405.K: tehát amikor női főnököm lett.

406.T: ühüm.

407.K: azzal rövid időn belül ##+...

408.K: nagyon rossz viszony alakult ki.

409.T: az így tudatosodott magába,

410.T: hogy ez így működik?

411.T: vagy most összegezi a+//

412.K: nem, csak utóbb visszagondolva.

413.K: hogy jó, tényleg mikor ilyen adódott,

414.K: akkor abból mindig nagyon rossz dolgok sültak ki.

415.T: például.

416.T: mondjon arra példát, hogy milyen helyzetek adódtak.

417.K: ez nem /egy konkrét helyzet!

418.K: hanem a viszonyunk vált-

419.K: nagyon mérgeessé.
 420.K: nagyon tüskéssé-,
 421.T: [kivel például]

A 12.2. táblázatban a 2. kapcsolati epizódot kódoltuk le a KKKT alapján, az anyára és női főnökre, mint Másikra vonatkozóan.

12.2. táblázat. KKKT a női főnökre és az anyára vonatkozóan

Kapcsolati epizód típusa: MÁSİK – női főnök	Kapcsolati epizód típusa: MÁSİK – anya
Epizód teljességének mértéke (1–5):	
2,5, nem teljes	2,5, nem teljes
Vágy másikra	
másikkal rossz a viszony → elkerülés, nem explicit, nincs megjelölve	anyámmal rossz a viszony → elutasítás, nem explicit
Vágy kategóriája	
nincs megjelölve	nincs megjelölve
Másik reakciója	
tüskéssé válik a viszony, megromlik a viszony → ellenkezni velem	anyámmal rossz viszony → elutasítás, ellentét
Másik reakciója kategória	
elutasító, ellenálló	elutasítás, ellentét
Szelf reakciója	
nem tud együttműködni női főnökkel → ellenkezni másokkal	harag, irritáció, frusztráció
Szelf reakciója kategória	
ellenkezni másokkal, bántani másokat	haragos, csalódott, szomorú

Az alábbi ülésrészlet a megfigyelési periódus utolsó szakaszából, a terápia munkafázisából való. A kliens nemrégiben elköltözött az édesanyjától, ugyanakkor gyakran meglátogatja. A részletben egy ilyen látogatásról számol be a terapeuta.

NP-VÁLTÁSOK ELEMZÉSE A 2. ÜLÉSREZSLETBEN

A kliens narrátorszinten kezd el beszélni 393–408.-ig. Ezen a szinten két különböző viszonyt a történetét kapcsolja össze múlt időt használva. Egyfelől az anyjával való rossz viszonyt, másfelől a női főnökökkel való rossz viszonyt. A terapeuta a 409. sorban szintén a narrátorszintet használja, átvéve a kliens perspektíváját, azonban a 411. sorban a terápia itt és most pozíciójába vált, jelen időben fogalmazza meg kérdését: „vagy most összegezi a+//”. A kliens a

terapeuta szavába vágva szintén a „terápiás itt és most” pozíciójából válaszol (412–414.).

A terapeuta a 415–416.-ban egy konkrét példa említésére invitálja a klienst, vagyis egy konkrét élettörténeti epizód felidézésére, ami karakterszintre történő perspektívaváltást jelentene. Ez a szint, mint korábban kifejtettük, intenzív szelfbevonódást jelent, hiszen a kliens az elbeszélés során azonosul egy korábbi szelfjével. A kliens azonban 417-ben nem vált perspektívát, ehelyett megtartva a terápiás „itt és most” pozícióját válaszol a terapeutának. Majd a 418–420. sorban visszavált a korábban általa használt narrátorszintre, a női főnökkel való viszony leírásakor. A részlet végén a terapeuta újabb kísérletet tesz arra, hogy egy konkrét epizód elbeszélésére bírja rá a klienst: „T: [kivel például]”.

Az ágencia szempontjából is érdekes váltásokat találhatunk a részletben. A kliens a 393. sorban egy absztrakt fogalmat, a „viszony”-t állítja ágens pozícióba a szülőkre vonatkoztatva, a páciens pozíciójába szintén ez kerül, itt már a munkahelyi viszonyokról van szó. A 398–403.-ig a női főnök kerül a páciens pozíciójába, valamint fontos megemlíteni, hogy ágenst nem használ a beszélő. A 409.-ben a terapeuta átveszi a kliens nézőpontját, a páciens helyére egy absztrakt fogalmat állítva, az „ez”-t (utalva a páciens által elmondottakra), majd az ágens pozíciójába állítja ugyanezt az absztrakt fogalmat. A 411.-ben azonban már a klienst jelöli meg ágensként: „vagy most összegezi a+//”. A kliens erre adott reakciójában a 412.-ben szintén átveszi a terapeuta nézőpontját, és saját magát jelöli meg ágensként nemleges válaszában. Ezt követően azonban ismét egy absztrakt fogalmat jelöl meg páciensként vissza-utalva korábbi helyzetekre: „ilyen adódott”. A terapeuta a 416. sorban átveszi a kliensnek ezt a perspektíváját, és megismétli a kifejezést. Ugyanakkor a kliens válaszában, mint említettük, nem hoz fel konkrét epizódot példaként, hanem ismét a páciens pozíciójába állít egy korábban használt absztrakt fogalmat, a „viszony”-t, míg ágenst ismételten nem használ. Az ágens elhagyása itt azzal az eredménnyel jár, hogy nem tudjuk pontosan beazonosítani, hogy ki vagy mi okozhatta a női főnökkel a viszony elmérgesedését. A kliens tehát nem vállal felelősséget ezért, ugyanakkor más személyeket sem tesz felelőssé ebben. Ezt a hatást erősíti a páciencia gyakori használata, valamint az egyes szám harmadik személyben történő megfogalmazás is, azt a benyomást keltve, hogy az események valahogy megtörténtek, mintegy az aktorok akaratán kívül vagy tudatos célirányos cselekedeteik ellenére.

Az alábbi részlet a terápia munkaszakaszából, 1,5 évvel a fenti részletek utáni ülésről való. A kliens, aki közben korábbi, nem kedvelt lakását eladta, és nemrégiben új lakásba költözött, a lakáscsere folyamata alatt ideiglenesen az anyjánál élt. A részletben arról esik szó, hogy az új lakásba költözés során elviszi a még anyja lakásában lévő holmiját, és székeket vásárol az édesanyjának ajándékba.

3. RÉSZLET

- 76.K: hogy ö+...
77.K: +, ö anyámnál ö gyakorlatilag naponta járok,
78.K: mert még ott vannak cuccaim,
79.K: tudja, amiket még apránként viszek el.
80.T: aha.
81.K: tudja olyan cuccok,
82.K: amik olyan+...
83.K: amik olyan+...
84.K: olyan úgy nem+/
85.K: na tehát úgy ö+...
86.K: jaj ezen a polcon ott van az a+...
87.K: +, nem tudom én mi,
88.K: érti?
89.K: tehát ott lakott az ember sokáig,
90.K: tehát az ilyen szanaszét ott levők.
91.K: nem az ilyen nagy holmik,
92.K: most ne úgy értse, hogy bőrdnyei mennyiségek,
93.K: hanem ilyen úgy szatyrokban.
94.K: hogy jaj má, várjunk má, azon a polcon az izé+...
95.K: +, a mobiltelefonom töltője,
96.K: nem?
97.K: és az ilyenem-olyanom,
98.K: és persze egyébként is neki kell,
99.K: mert az e-mailjét beállítani,
100.K: meg a mindent azt intézni,
101.K: és tegnap is ö felugrottam,
102.K: de akkor+...
103.K: ráadásul vittem neki két széket,
104.K: mert vettem magamnak ilyen összecsuksukhatósat,
105.K: és az nagyon megte/+
106.K: és közbe hazafelé meg beugrottam,
107.K: hogy még veszek fel hozzá cuccot,
108.K: úgyhogy hazafelé menet vigyek el magamhoz,
109.K: ööö merhogy éppen vettem a: izét,
110.K: a fű függönyhöz a /rudat,
111.K: de közben eszembe jutott,
112.K: hogy közbe a függöny, amit még korábban megvettem,
113.K: azt meg+...
114.K: ott van még,

115.K: tudja ilyen /zacskóban.

116.T: ühm.

117.K: szóval ilyet.

118.K: na,

119.K: és akkor tetszett neki a szék,

120.K: és akkor tegnapi kapott két székem akkor.

121.K: hogy legyen neki ott a konyhában ilyen, legyen min ülni.

12.3. táblázat. Az anyára vonatkozó KKKT-k a terápia munka szakaszából

Kapcsolati epizód típusa: MÁSİK – anya	Kapcsolati epizód típusa: MÁSİK – anya
Epizód kifejtettsége	
5, teljes	5, teljes
Vágy másikra	
anyámmal naponta járok → segítség várása, támogatás, nem explicit	akkor tegnapi kapott két székem → segíteni másokon, explicit
Vágy kategóriája	
szeressenek, kontrolláljanak	megjavulni, segíteni másokon
Másik reakciója	
támogató, segítő	befolyásolható, tőlem függ
Másik reakciója kategória	
segítőkész	függő, dependens, szubmisszív
Szef reakciója	
biztonságban van, elégedett	támogató, kedvére tesz, ad
Szef reakciója kategória	
tisztelnek és elfogadnak	nyitott, megértő, segítőkész

NP-VÁLTÁSOK ELEMZÉSE A 3. ÜLÉSRÉSZLETBEN

A harmadik részletben a kliens egy epizód elmesélésébe kezd bele, karakterszintet használva a 101. sorban, egyes szám első személyben, homodiegizist használva. Ezek a perspektívák a mélyebb affektív bevonódást jelzik. Az epizód elmondását megelőzi egy hosszabb bevezető, narrátorszinten (76–100.). A kliens történetmondásába nem szól bele a terapeuta, csak minimál válaszaival (aha, ühm) jelzi, hogy figyel. A terapeuta tehát nem látja szükségét, hogy közbeszóljon vagy interveniáljon. A kliens így a perspektíva-váltások során önszabályozásra szorítkozik. Ugyanakkor több helyen is megszólítja a terapeutát, kiszólva a történetből: tudja (79., 81.), érti (88.), nem? (96). Ezek a kiszólások a kliensnek azon igényét fejezik ki, hogy folyamatosan tartsa a kapcsolatot a terapeutával.

Az ágencia szempontjából érdekes használati mintázatokat találunk. A kliens többször is használ szelfágenciát, változtatva az élettelen tárgy ágensként vagy páciensként történő használatával, mint például az idézett részlet kezdetén (77.,

79.), mielőtt élettelen tárgyakat használ ágensként (78., 81–86.). Szintén szelf-ágenciát használ a kliens a 89., 101–107., 109–110., és a 112. sorban. Fontos kiemelni, hogy a 119–121-ig egy másik személy, az anya szerepel páciensként, itt azonban nem jelenik meg ágens.

KAPCSOLATI EPIZÓDOK ÖSSZEVETÉSE A TERÁPIA KEZDETI ÉS MUNKASZAKASZÁBÓL

Az alábbi táblázatban az anyára vonatkozó összes epizódból 2 kapcsolati epizódot vetünk össze, egyet-egyét a terápia kezdeti és munkafázisából. Ez egy leegyszerűsített képet ad azokról a lehetséges változásokról, melyek a terápiás kezelés 1,5 éve alatt végbementek. A többi fent elemzett kapcsolati epizódot nem használtuk enél az összevetésnél, mert bár hasznos lenne, de az összes korai epizód összevetése minden késői epizóddal nehezen áttekinthetővé tenné a fejezetet. Így az alábbi összevetés mindössze illusztrációként szolgál, és betekintést nyújt abba, hogy milyen jellegű változáson mehettek keresztül a KKKT és NP használati mintázatai.

12.4. táblázat. Kapcsolati epizódok összevetése a terápia kezdeti és munkaszakaszából

Korai ülés	Késői ülés
Kapcsolati epizód típusa: MÁSIK – anya	
Epizód teljességének mértéke	
2, nem teljes	Epizód kifejtettsége: 5, teljes
Vágy másakra	
anyám viselkedése gyerekekkel undorító → elkerülés, elutasítás, közepesen explicit	anyámhoz naponta járok ásegítség várása, támogatás, nem explicit
Vágy kategória	
ellenezni, elutasítani a másikat	szeressenek, kontrolláljanak
Másik reakciója	
anya, reakciója nincs kifejtve	támogató, segítő
Másik reakciója kategória	
nincs kifejtve	segítőképz
Szelf reakciója	
nem kedvelni, utálni a másikat	biztonságban van, elégedett
Szelf reakciója kategória	
nem értem a másikat, nem vagyok nyitott, nem kedvelek másokat	tisztelnék és elfogadnak

A fenti táblázatból leolvasható, hogy az epizód kifejtettsége eltérő a két időpontban. A késői epizód részletesebben kifejtett, az anyával kapcsolatban megjelenik a „másik reakciója” is, ami a korai epizódokból hiányzik. Az explicitég tekintetében szintén eltérést találunk a két epizód között. A késői epizódban a

vágy nyíltabban megjelenik. A kliens vágya a korai epizódokban távolságtartás, elkerülés, a későbbi epizódokban megjelenik a közel lenni másokhoz, elfogadni másokat, valamint a fejlődni és segíteni másokat vágya. A terápiás változások részeként a szelf nyitottabbnak, befogadóbbnak mutatkozik az anyával való kapcsolatban.

Mások reakciója a korai ülésen a kevésbé kifejtett „rossz a viszony”, ami a későbbi epizódban szintén tömören megfogalmazott „tetszett”, vagy „neki kell”, vagyis elfogadó, kedvel engem. Egy optimistább attitűd jelenik meg az anya, mint másik személy reakciójával kapcsolatban. A szelf reakciója a kezdeti epizódban a „nem értem a másikat”, „nem vagyok nyitott”, „nem kedvelek másokat”, tehát szintén egy kapcsolatban adott negatív válasz jelenik meg az anya felé, míg a késői epizódban tiszteletet és elfogadást él át, segít, gondoskodik, nyitott az anyával szemben.

A NP-váltások a fenti két részletben alátámasztják azt a különbséget, ami a kapcsolati mintázatokban megmutatkozik. Ebben fontos szerepe van az ágencia és páciencia perspektívák használatának. A korai epizódban a kliens perspektíva-használatában, mint azt fenti elemzésünk mutatja, dominálnak a különféle páciencia perspektívák: saját magát, illetve absztrakt fogalmakat is használ páciensként. Ez, mint kifejtettük, azt mutatja, hogy a kliens saját magát mások cselekedeteinek vagy tőle független történéseknek kiszolgáltatva látja és láttatja. A terapeuta erre adott reakcióiban ágenspozícióba állítja a klienst, amit ő a terapeuta többszöri próbálkozása után elfogad. Az ágenspozíció itt azt mutatja, hogy a kliens felelősséget vállal saját érzelmeiért. A késői ülésen a kliens nem használ pácienciát, ebbe beleértendő a szelfpáciencia használatának hiánya is. A páciencia használatában tehát jól megkülönböztethetően eltér a korai és késői epizód. Ugyanakkor az ágenciahasználatban is eltérés mutatkozik közöttük. A korai ülésellentétben a késői ülésen spontán beszédében többször is szelfágenciát használ a kliens. Történetébe a terapeuta nem szól bele, vagyis a kliens itt már a terapeutától függetlenül képes a szelfágencia használatára. Ez alátámasztani látszik azt az elképzelést, hogy bizonyos perspektívák használatát a kliens a terápia kezdeti szakaszában nem vagy csak kismértékben gyakorolja spontán beszédében, majd a terapeuta intervenciói következtében elsajátítja ezeket, és a terápia egy későbbi szakaszában alkalmazni tudja a terapeuta rávezető segítségével is.

KORLÁTOK

A fenti elemzés értelmezéséhez fontos hozzátenni, hogy a változásokat itt kvalitatív elemzés segítségével mutattuk ki, mindössze két kapcsolati epizód felhasználásával. A továbbiakban a változásokat több ülés több epizódjának elemzésével, kvantitatív vizsgálat során lehet pontosan kimutatni.

- Abelson, R. P. (1981). Psychological status of the script concept. *American Psychologist*, 36(7), 715.
- Adler, J. M., Skalina, L. M., McAdams, D. P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18, 719–734.
- Alexander F. (1937). *Five-Year Report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932–1937*. Chicago, IL: Chicago Institute for Psychoanalysis.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Alpers, G. W., Wilhelm, F. H., Roth, W. T. (2005): Psychophysiological measures during exposure in driving phobic patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 126–139.
- American Psychiatric Association & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Amer Psychiatric Pub Inc.
- Anderson, R. C., & Pichert, J.W. (1978). Recall of previously unrecallable information following a shift in perspective. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* 17, 1–12.
- Bachrach, H. M., Weber, J. L., & Solomon, M. (1985). Factors associated with the outcome of psychoanalysis (clinical and methodological considerations): report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). *International Review of Psychoanalysis* 12, 379–388.
- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417–423.
- Bahtyin, M. M. (2001). *Dosztojevszkij poétikájának problémái*. Budapest: Gond-Cura-Osiris.
- Bal, M. (1983). The narrating and the focalizing: A theory of the agents in narrative. *Style* 17(2), 234–269.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112(3), 461–484.

- Barber, J., Crits-Christoph, P., Luborsky, L. (1990). A guide to the CCRT standard categories and their classification. In: L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.) *Understanding transference*. New York: Basic Books, Inc. Publishers, 37–51.
- Barclay, C. R. (1996). Autobiographical remembering: Narrative constraints on objectified selves. In: D. Rubin (ed.), *Remembering our past*. Cambridge: Cambridge University Press, 94–125.
- Baumeister, R. F., Newman, S. L. (1994): How stories make sense of personal experiences: motives that shape autobiographical narratives, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(6), 676–690.
- Baumeister, R. F., Stilwell, A., Wotman, S. R. (1990): Victim and perpetrator accounts of interpersonal conflict: Autobiographical narratives about anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 994–1005.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on psychological science*, 1(2), 164–180.
- Bartlett, F. C. (1985). *Az emlékezés: kísérleti és szociálpszichológiai tanulmány*. Budapest: Gondolat.
- Beaudoin, M. N. (2005). Agency and choice in the face of trauma: A narrative therapy map. *Journal of Systemic Therapies*, 24, 32–50.
- Becker, T., & Quasthoff, U. M. (2005). Introduction: Different dimensions in the field of narrative interaction. In: U.M. Quasthoff, & T. Becker (Eds.), *Narrative Interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 1–13.
- Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C., Critchfield, K. L. (2006). The use of structural analysis of social behavior (SASB) as an assessment tool. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 83–109.
- Benveniste, É. (1971). *Problems in general linguistics*. 2 vols. Coral Gables, Florida: University of Miami.
- Berán, E. (2009). *A narratív perspektíva szabályozó szerepe a terápiás diskurzusban*. Doktori disszertáció, ELTE, PPK.
- Berán, E., Unoka, Zs. (2005a). Construction of self-narrative in psychotherapeutic setting: an analysis of the mutual determination of narrative perspective taken by patient and therapist. In: U.M. Quasthoff & T. Becker (Eds.), *Narrative Interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 151–169.
- Berán E., Unoka Zs. (2005b). A narratív perspektíva váltás kölcsönös szabályozása mint az affektus-reguláció egy módja a pszichoanalitikus helyzetben. In: Petó K. szerk. *Életciklusok*. Budapest: Animula, 113–121.
- Berán E. & Unoka Zs. (2007). A figyelem irányítása a perspektíva váltás szabályozásával az analitikus helyzetben. *Lélekelemzés* 2, 48–63.
- Berán E. & Unoka Zs. (2014). Az affektív bevonódás szabályozása a pszichoterápiás narratív interakcióban. In: Boros Gábor, Pólya Tibor (szerk.) *Szenvedély*,

szerelem, narrációk: Filozófiai és pszichológiai tanulmányok. Budapest: ELTE –Eötvös Kiadó, 208–225.

- Berán E., Unoka Zs., Czobor P. (2011). A szelf affektív bevonódása a pszichoterápiás folyamatba: érzelmi intenzitás kifejezése narratív perspektívahasználattal a terápia kezdeti szakaszában. *Pszichológia, 31*(3), 237–257.
- Berntsen, D., Willert, M., Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology, 17*(6), 675–693.
- Berntsen, D., Rubin, D. C. (2004). Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition, 32*(3), 427–442.
- Berntsen, D., Rubin, D. C. (2006). Emotion and vantage point in autobiographical. *Cognition and Emotion, 20*(8), 1193–1215.
- Bion, W. (2006) *Figyelem és értelmezés.* Budapest: Lélekben Otthon.
- Bion, W. (2012) *Újragondolt gondolatok.* Budapest: Animula Kiadó.
- Black, J. B., Turner, T. J., Bower, G. H. (1979). Point of view in narrative comprehension, memory and production. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour, 18*, 187–198.
- Blagys, M. D., Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 167–188.
- Blagys, M. D., Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review, 22*, 671–706.
- Bluck S., Alea, N., Habermas, T., Rubin, D.C. (2005). A tale of three functions: The self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition, Vol. 23, Special Issue: Autobiographical Memory: Empirical Applications.* 91–117.
- Boland, A. M., Haden, C. A., & Ornstein, P. A. (2003). Boosting children's memory by training mothers in the use of an elaborative conversational style as an event unfolds. *Journal of Cognition and Development, 4*, 39 – 65.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment.* London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation.* London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression.* London: Hogarth.
- Bremond, C. (1973). *Logique du récit.* Paris: Seuil.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*(4), 670–686.
- Bromberg, P. M. (2003). Something wicked this way comes: Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap. *Psychoanalytic Psychology, 20*(3), 558–574.
- Brooks, C. and Warren, R. P. (1959). *Understanding Fiction, 2nd. ed.* New York: Appleton-Century-Crofts.

- Bruner, J. (1986/2001). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge MA: Harvard University Press. Magyarul megjelent: A gondolkodás két formája. In: László J., Thomka B. (szerk.) *Narratív Pszichológia. Narratívák 5*. Budapest: Kijarat Kiadó, 27–57.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bryant, R.A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., et al. (2008). Treatment of acute stress disorder: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 65, 659–667.
- Bucci, W. (1995): The power of the narrative: A multiple code account. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health*. Washington, DC: American Psychological Association, 71–92.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. New York: Guilford.
- Bucci, W. (2000). The need for a “psychoanalytic psychology” in the cognitive science field. *Psychoanalytic Psychology* 17, 203–224.
- Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry* 20, 40–70.
- Bucci, W. (2002a). The challenge of diversity in modern psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology* 19, 216–226.
- Bucci, W. (2002b). Multiple code theory and the referential process: applications to process research, In: P. Fonagy, H. Kächele, R. Kräuse (Eds.) *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis, 2nd Edition*, London: International Psychoanalytical Association, 192–195.
- Bucci W. (2005). Process research. In: E.s. Person, A. M. Cooper & G. O. Gabbard (Eds.), *Textbook of psychoanalysis*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc., 317–333.
- Burt, R. S. (1987). A Note on Strangers, Friends and Happiness. *Social Networks*, 9(4), 311–331.
- Buss, D. M., & Scheier, M. F. (1976). Self-consciousness, self-awareness, and self-attribution. *Journal of Research in Personality*, 10(4), 463–468.
- Chafe, W. (1988): Linking intonation units in spoken English. In: J. Haiman, and S. A. Thompson (eds.), *Clause Combining in Grammar and Discourse*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishers, 1–27.
- Chafe, W. (1994). *Discourse, Consciousness, and Time. The Flow and Displacement of Conscious Experience in Speaking and Writing*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Chatman, S. (1986). Characters and narrators: Filter, center, slant, and interest-focus. *Poetics Today*, 7(2), 189–204.
- Clark, H. H. (1996). *Using language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R. G. Heimberg, M. L. Leibowitz, D. A. Hope, F. R. Schneier (Eds.) *Social phobia:*

- Diagnosis, assessment, and treatment.* New York, London: Guilford Press, 69–93.
- Cloitre, M. (1997). Conscious and Unconscious Memory: A Model of Functional Amnesia. In: Stein, D. J., (Ed.) *Cognitive Science and the Unconscious*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Coats, J. (1998). Gossip revisited: language in all-female groups. In: J. Coats (Ed.) *Language and Gender: a Reader*. Oxford: Blackwell Publishers, 226–254.
- Conway, M. A. (1992). A structural model of autobiographical memory. In: M. A. Conway, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 167–194.
- Conway, M. A. (1996). Autobiographical knowledge and autobiographical memories. In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory*. New York: Cambridge University Press, 67–93.
- Conway, M. A., Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261–288.
- Conway, M. A., Harries, K., Noyes, J., Racsmány, M. & Frankish, C. R. (2000). The disruption and dissolution of directed forgetting: Inhibitory control of memory. *Journal of memory and language*, 43, 409–430.
- Conway, M. A. (2001). Sensory-perceptual episodic memory and its context: Autobiographical memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 356, 1375–1384.
- Conway, M. A., Singer, J. A., Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social Cognition*, 22, 491–529.
- Conway, M. A. (2009). Episodic memories. *Neuropsychologia*, 47(11), 2305–2313.
- Coriat, I. (1917). Some structural results of the psychoanalytical treatment of the psychoneuroses. *Psychoanalytic Review*, 4, 209–216.
- Courage, M. L., Edison, S., & Howe, M. L. (2004). Variability in the early development of visual self-recognition. *Infant Behavior and Development*, 27, 509–532.
- Courage, M. L., & Howe, M. L. (2010). Autobiographical memory: Individual differences and developmental course. In: A. Gruszka, G. Mathews, B. Szymura (Eds.) *Handbook of individual differences in cognition: Attention, memory, and executive control*. New York: Springer, 403–417.
- Csibra G., Gergely Gy. (1998). The teleological origins of mentalistic action explanations: A developmental hypothesis. *Developmental Science* 1 (2), 255–259.
- Dahl, H. & Teller, V. (1994). The characteristics, identification, and application of FRAMES. *Psychotherapy Research* 4, 252–274.

- Dahl, H., Kächele, H., Thomä, H. (1988). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. New York: Springer-Verlag.
- D'Argembeau, A., Comblain, C., & Van der Linden, M. (2003). Phenomenal characteristics of autobiographical memories for positive, negative, and neutral events. *Applied Cognitive Psychology*, 17(3), 281–294.
- Demorest, A. P. (1995). The personal script as a unit of analysis for the study of personality. *Journal of Personality*, 63(3), 569–592.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 809–829.
- Ehmann, B., Garami, V., Naszodi, M., Kis, B., László, J. (2007). Subjective time experience: Identifying psychological correlates by narrative psychological content analysis. *Empirical Culture and Text Research*, 3, 14–25.
- Eisenberger, N. I., Cole, S. W. (2012). Social neuroscience and health: neurophysiological mechanisms linking social ties with physical health. *Nature Neuroscience*, 15(5), 669–674.
- Ekman, P., Friesen, W. V. (1978): *The facial action coding system*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Ericson, K. A., Kintsch, W. (1995). Long-term working memory. *Psychological Review*, 102, 211–245.
- Erle, J. B., Goldberg, D. A. (1979). Problems in the assessment of analyzability. *The Psychoanalytic Quarterly*, 48(1), 48–84.
- Erle, J. B., Goldberg, D. A. (1984). Observations on assessment of analyzability by experienced analysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32(4), 715–737.
- Feldman, F. (1968). Results of psychoanalysis in clinic case assignments. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 16, 274–300.
- Ferenczi Sándor (1982). Felnöttek „gyermekanalízise”. In: Ferenczi S.: *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében*. Budapest: Magvető Kiadó. 410–439.
- Ferrara, K. (1994). *Therapeutic ways with words*. Oxford: Oxford University Press on Demand.
- Fenichel, O. (1930). Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920–1930. In: S. Radó, O. Fenichel, C. Müller-Braunschweig (Eds.) *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut Poliklinik und Lehranstalt*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 13–90.
- Fivush, R., Haden, C. A., Reese, E. (2006). Elaborating on elaborations: Role of maternal reminiscing style in cognitive and socioemotional development. *Child Development*, 77(6), 1568–1588.
- Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

- Freud, S. (1919). The History of an Infantile Neurosis, vol. 17 of Standard Edition (1960). *Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, 14, London: Vintage, 237–58.
- Freud, S. (1959). Screen memories. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud Vol. 3*. London: Hogarth, 303–322. (Eredeti kiadás: 1899)
- Fivush, R. (2011). The development of autobiographical memory. *Annual Review of Psychology*, 62, 559–582.
- Frith, C. (1994). Theory of mind in Schizophrenia. In: A. S. David, J. C. Cutting (Eds.) *The Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, 147–162.
- Frank, M. G., & Gilovich, T. (1989). Effect of memory perspective on retrospective causal attributions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3), 399–403.
- Gallagher, S., Zahavi, D. (2008). *A fenomenológiai elme. Bevezetés az elmefilozófiába és a kognítív tudományba*. Budapest: Lélekben Otthon Kiadó.
- Gambini, O., Barbieri, V., Scarone, S. (2004). Theory of Mind in schizophrenia: First person vs. third person perspective. *Consciousness and Cognition*, 13, 39–46.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Garrod, S., Pickering, M.J. (2004). Why is conversation so easy? *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 8–11.
- Garrod, S. & Pickering, M.J. (2009). Joint action, interactive alignment, and dialogue. *Topics in Cognitive Science*, 1 (2), 292–304.
- Garrod, S., Anderson, A. (1987). Saying what you mean in dialogue: A study in conceptual and semantic co-ordination. *Cognition*, 27 (2), 181–218.
- Genette, Gérard (1970). *Figures I–III*. Paris: Editions du Seuil.
- Genette, Gérard (1980). *Narrative Discourse: An Essay in Method*. Ithaca: Cornell University.
- Genette, G., Sheridan, A. (1982). *Figures of literary discourse*. Columbia University Press New York.
- Gergely, Gy. (2001): The development of understanding of self and agency. In: U. Goshwami (ed.), *Handbook of Childhood Cognitive Development*. Oxford: Blackwell.
- Gergely, Gy., Koós, O., Watson, J. S. (2010). Contingency perception. In: Fuchs, T., Sattel, H. C., & Henningsen, P. (Eds.). *The Embodied Self: Dimensions, Coherence, and Disorders*. Schattauer Verlag, 141–169.
- Gergen, K.J. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.
- Goffman, E. (2005). *Interaction Ritual: Essays in Face to Face Behavior*. New Brunswick, USA and London, UK: Aldin Transaction, a Division of Transaction Publishers.

- Gorman, J. M., Roose, S. P. (2011). The neurobiology of fear memory reconsolidation and psychoanalytic theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59, 1201–1220.
- Gross, J. J., John, O. P. (1997). Revealing feelings: facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435–448.
- Habermas, T. (2006). Who speaks? Who looks? Who feels? Point of view in autobiographical narratives1. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87, 497–518.
- Habermas, T. (2012). Identity, emotion, and the social matrix of autobiographical memory: A psychoanalytic narrative view. In: D. Berntsen, D. C. Rubin, (Eds.) *Understanding autobiographical memory: Theories and approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 33–53.
- Habermas, T., Diel, V. (2010). The emotional impact of loss narratives: Event severity and narrative perspectives. *Emotion*, 3, 312–23.
- Habermas, T., Bluck, S. (2000). Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), 748–759.
- Hamburg, D. A., Bibring, G. L., Fisher, C. (1967). Report of ad hoc Committee on Central Fact-Gathering Data of the American Psychoanalytic Association. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15, 841–861.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., Dang, S. T. (1998). Autobiographical memory in acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 500–506.
- Herman, J. L., Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4(1), 1–14.
- Hermans, H. J. (1996). Opposites in a dialogical self: Constructs as characters. *Journal of Constructivist Psychology*, 9(1), 1–26.
- Jackendoff, R. (1992). *Languages of the Mind: Essay on Mental Representation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Jackson, P. L., Brunet, E., Meltzoff, A. N., Decety, J. (2006): Emphaty examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. *Neuropsychologia* 44, 752–761.
- Jeannerod, M. (2003). The mechanism of self-recognition in humans. *Behavioral Brain Research*, 142(1), 1–15.
- Jones, E. (1936). *Decannual report of the London Clinic of Psychoanalysis, 1926–1937*. London: London Clinic of Psychoanalysis.
- Jones E. (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Research*. Northvale, NJ: J. Aronson.
- Jones, E. E., Price, P. B. (1998). Interaction structure and change in psychoanalytic psychotherapy. In: Beronstein, R. F., Masling, J. (Eds.) *Empirical studies of the therapeutic hour*. Washington DC: American Psychological Association, 27–62.

- Jones, E. E., & Nisbett, R. E. (1971). The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. In E.E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelly, R.E. Nisbett, S. Valins, & B. Weiner, (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior*, New York: General Learning Press.
- Kaminer, D. (2006). Healing processes in trauma narratives: A review. *South African Journal of Psychology*, 36, 481–499.
- Kant, I. (2004). *A tiszta ész kritikája*. Budapest: Atlantisz.
- Kantrowitz, J. L., Paolitto, F., Sashin J. (1986). Affect availability, tolerance, complexity, and modulation in psychoanalysis: follow-up of a longitudinal, prospective study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 529–559.
- Kantrowitz, J. L. (1996). *The Patient's Impact on the Analyst*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Karlsson, M. M. (2002). Agency and Patiency: Back to Nature? *Philosophical Explorations*, 5, 59–81.
- Kenny, L. M., & Bryant, R. A. (2007). Keeping memories at an arm's length: Vantage point of trauma memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1915–1920.
- Kenny, L. M., Bryant, R. A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., McFarlane, A. C. (2009). Distant memories a prospective study of vantage point of trauma memories. *Psychological Science*, 20(9), 1049–1052.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Keskinen, S. (2004). Between Abstract Individualism and Gendered Lives: Negotiating Abused Women's Agency and Identity in Therapy. In: A. Lieblich, D. P. McAdams, R. Josselson (Eds.) *Healing Plots: The Narrative Basis of Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 67–89.
- Kessel, L., Hyman, H. (1933). The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. *JAMA* 101,1612–1615.
- Kintsch, W., & Van Dijk, T. A. (1983). *Strategies of discourse comprehension*. New York: Academic Press.
- Knight, R. P. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry* 98, 434–446.
- Kónya, A. (2008). Történelem az élettörténetben: '56 generációs emlékezete. Megtorlások évszázada. In: *Politikai erőszak a huszadik századi Magyarországon*. Salgótarján – Budapest: Nógrád Megyei Levéltár – 1956-os Intézet, 301–312.
- Kovács, Á. M., Téglás, E., & Endress, A. D. (2010). The social sense: Susceptibility to others' beliefs in human infants and adults. *Science*, 330(6012), 1830–1834.
- Kring, A. M., Sloan, D. (2007): The facial expression coding system (FACES): Development, validation, and utility. *Psychological Assessment*, 19, 210–221.

- Kring, A. M., Smith, D. A., Neale, J. M. (1994): Individual difference in dispositional expressiveness: Development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 934-949.
- Labov, W., Fanshel, D. (1977). *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., Greenberg, L. (2014). Memory Reconsolidation, Emotional Arousal and the Process of Change in Psychotherapy: New Insights from Brain Science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 1-80.
- Laplanche, J., Pontails, J. B. (1988/1994). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Press Universitaires de France. Magyarul megjelent: *A pszichoanalízis szótára*. Budapest: Akadémia Kiadó.
- László, J. (1991): Azonos történet, különböző nézőpontból. Az elbeszélői perspektíva szerepe az irodalmi szövegek feldolgozásában, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 48(1), 3-17.
- László, J. (2005). *A történetek tudománya: bevezetés a narratív pszichológiába*. Budapest: Új Mandátum.
- László, J., Pólya, T. (2002): The role of narrative perspective in cultural-cognitive context. In C.F. Graumann, & W. Kallmeyer (eds.), *Perspectivity and perspective in discourse: An introduction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 375-387.
- Leslie, A. M. (1995). A theory of agency. In: D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Eds.) *Causal cognition: A multidisciplinary debate*. Oxford: Clarendon Press, 121-141.
- Leslie, A. M. (2000). Theory of Mind as a mechanism of selective attention. In: M. S. Garcia (ed.) *The New Cognitive Neurosciences* (2. ed.). Cambridge, MA: The MIT Press, 1235-1247.
- Levitt, H. M., Piazza-Bonin, E. (2011). Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy Research*, 21, 70-85.
- Levitt, H. M., Rennie, D. L. (2004). Narrative activity. In: L. E. Angus & J. McLeod (Eds.) *The handbook of narrative and psychotherapy*. London: Sage Publications, 299-313.
- Lewis, M., Alessandri, S. M., Sullivan, M. W. (1990). Violation of expectancy, loss of control, and anger expressions in young infants. *Developmental Psychology*, 26(5), 745-758.
- Libby, L. K., Eibach, R. P., & Gilovich, T. (2005). Here's looking at me: the effect of memory perspective on assessments of personal change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 50-58.
- Libby, L. K. (2003). Imagery perspective and source monitoring in imagination inflation. *Memory & Cognition*, 31(7), 1072-1081.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme. In: N. Freedman, S. Grand (Eds.)

- Communicative Structures and Psychic Structures*. New York: Plenum, 367-395.
- Luborsky, L. (1990). The early development of the Core Conflictual Relationship theme idea. In: L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.) *Understanding transference*. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1-15.
- Luborsky, L., Barber, J., Schaffer, P., Cacciola, J. (1990). The narratives told during psychotherapy, and the types of CCRTs within them. In: L. Luborsky, P. Crits-Christoph (Eds.) *Understanding transference*. New York: Basic Books Inc. Publishers, 117-132.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious. Intersubjective dialogue enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry* 19, 576-617.
- MacWhinney, B. (2000). *The CHILDES Project: Tools for analyzing talk. Transcription format and programs*. (1 ed.) London/New York: Routledge.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment. Flexible vs. inflexible attention under attachment related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1095.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954.
- McAdams, D. P. (1988). Biography, Narrative, and Lives: An Introduction. *Journal of Personality*, 56(1), 1-18.
- McAdams, D. P., Hoffman B. J., Day, R., Mansfield, E. D. (1996). Themes of Agency and Communion In Significant Autobiographical Scenes. *Journal of Personality*, 64(2), 339-377.
- McAdams, D. P. (2001). *Coding autobiographical episodes for themes of agency and communion*. Unpublished manuscript, Evanston, IL: Northwestern University.
- McIsaac, H., K., Eich, E. (2002). Vantage point in episodic memory. *Psychonomic Bulletin and Review*, 9, 146-150.
- McMillen, J. C., North, C. S., Smith, E. M. (2000). What parts of PTSD are normal: intrusion, avoidance, or arousal? Data from the Northridge, California, earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 57-75.
- McNamara, P., Benson, E., McGeeney, B., Brown, A., Albert, M. L. (2005). Modes of remembering in patients with chronic pain: Relation to current pain. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 193(1), 53-57.
- Meins, E., Fernyhough, C. (1999). Linguistic acquisitional style and mentalizing development: The role of maternal mind mindedness. *Cognitive Development*, 14, 363-380.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: mother's comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637-648.

- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., Tuckey, M. (2002). Maternal mind mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73, 1715-1726.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E. (2003). Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind mindedness. *Child Development*, 74, 1194-1211.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-Abstraction Patterns in verbatim protocols: a new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1306–1318.
- Mergenthaler, E. (2002). The therapeutic cycles model (TCM) in psychotherapy research: theory and measurement, In: P. Fonagy, H. Kächele, R. Kräuse (Eds.) *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis, 2nd Edition*. International Psychoanalytical Association, 205–207.
- Morrow, D.G., Bower, G. H., Greenspan, S. L. (1989) Updating situation models during narrative comprehension. *Journal of Memory and Language*, 28, 292-312.
- Morrow, D. G., Greenspan, S. L., Bower, G. H. (1987) Accessibility and situation models in narrative comprehension. *Journal of Memory and Language*, 26, 165-187.
- Nigro, G., Neisser, U. (1983). Point of view in personal memories. *Cognitive Psychology*, 15(4), 467-482.
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127–132.
- Nelson, K., Fivush, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: a social cultural developmental theory. *Psychological Review*, 111(2), 486-511.
- Németh, T. E. (1996). *A szóbeli diskurzusok megnyilatkozás példányokra tagolása*. Budapest: Akadémia Kiadó.
- Norman, H. F., Blacker, K. H., Oremland, J. D. (1976). The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 471–498.
- Ochberg, R. L. (1994). Life stories and storied lives. In: A. Lieblich, R. Josselson (Eds.), *Exploring identity and gender: The narrative study of lives*, 2. Newbury Park, CA: Sage Publications, 113-144.
- Ogilvie, D. M., & Rose, K. M. (1995). Self-with-Other Representations and a Taxonomy of Motives: Two Approaches to Studying Persons. *Journal of Personality*, 63(3), 643-679.
- O’Kearney, R., Perrott, K. (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 81-93.
- Oremland, J. D., Blacker, K. H., Norman, H. F. (1975). Incompleteness in “successful” psychoanalyses: a follow-up study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 819–844.
- Palmer, F. R. (1971). *Semantics*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.

- Pasupathi, M. (2001). The social construction of the personal past and its implications for adult development. *Psychological Bulletin*, 127(5), 651.
- Péley, B. (2008). A pszichoterápiák hatékonyságának vizsgálata. In: Vincze O., Bigazzi Sára (szerk.) *Élmény, történet - a történetek élménye: Tanulmányok László János 60. születésnapjára*. Budapest: Új Mandátum, 152-168.
- Pennebaker, J. W. (2001). A stressz szavakba öntése: egészségügyi, nyelvészeti, és terápiás implikációk. In: László J. & Tomka B. (szerk.) *Narratív pszichológia. Narratívák 5*. Budapest: Kijárat, 189-205.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S., Leudar, I. (2008): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S., Leudar, I. (2008). Analysing psychotherapy in practice. In: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar (Eds.) *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, 5-26.
- Peterson, C., Jesso, B., & McCabe, A. (1999). Encouraging narratives in preschoolers: An intervention study. *Journal of Child Language*, 26, 49 – 67.
- Pfeffer, A. (1959). A procedure for evaluating the results of psychoanalysis: a preliminary report. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 418–444.
- Pfeffer, A. (1961). Follow-up study of a satisfactory analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9, 698–718.
- Pfeffer, A. (1963). The meaning of the analyst after analysis: a contribution to the theory of therapeutic results. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 229–244.
- Phelan, J. (2001). Why Narrators Can Be Focalizers – and Why It Matters. In: Peer, van W., Chatman, S. (Eds.) *New Perspectives on Narrative Perspective*. Albany, NY: State University of New York Press, 51-64.
- Pickering, J., Garrod, S. (2006). Alignment as the basis for successful communication. *Research on Language and Computation*, 4(2), 203-228.
- Pillemer, D. B., Desrochers, A. B., Ebanks, C. M. (1998). Remembering the past in the present: Verb tense shifts in autobiographical memory narratives. In: C. P. Thompson, D. J. Herrmann, D. Bruce, J. D. Read, D. G. Payne (Eds.). *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives*. Hove: Psychology Press, 145-162.
- Pittinger, R. E., Hockett, C. F., Danehy, J. J. (1961). *The first five minutes: A sample of microscopic interview analysis*. New York: Martineau.
- Pléh Cs. (2012). *A társalgás pszichológiája*. Budapest: Libri.
- Piolino, P., Desgranges, B., Clarys, D., Guillery-Girard, B., Taconnat, L., Isingrini, M., Eustache, F. (2006). Autobiographical memory, auto-noetic consciousness, and self-perspective in aging. *Psychology and Aging*, 21(3), 510-519.

- Pólya, T. (2003). *Az élettörténet narratív perspektívája és az elbeszélő személy identitás állapotának minősége*. Doktori disszertáció. Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Intézet.
- Pólya T. (2005). A narratív perspektíva hatása az elbeszélő személy észlelésére, In: Erős, F. (szerk.) *Az elbeszélés az élmények kulturális és klinikai elemzésében*. Magyar Pszichológiai Szemle Könyvtár. Budapest: Akadémia Kiadó, 89-107.
- Pólya, T., László, J., Forgas, J. P. (2005). Making sense of life stories: The role of narrative perspective in perceiving hidden information about social identity. *European Journal of Social Psychology*, 35, 785-796.
- Prince, G. (2003). *A dictionary of narratology*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (1994). *Changing for Good*. New York: Morrow.
- Racsmány, M., Conway, M. A. (2006). Episodic inhibition. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 32(1), 44–57.
- Raes, F., Dirk, H., Decker, A., Eelen, P., Mark, G.W., (2003): Autobiographical memory specificity and affect regulation: An experimental approach. *Emotion*, 3(2), 201-206.
- Reese, E., Haden, C. A., Fivush, R. (1993). Mother – child conversations about the past: Relationships of style and memory over time. *Cognitive Development*, 8, 403 – 430.
- Reese, E. (2002). Social factors in the development of autobiographical memory: The state of the art. *Social Development*, 11, 124 – 142.
- Reynolds, M., Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 135-147.
- Rice, H. D., Rubin, D.C. (2009): I can see it both ways: First and Third person visual perspectives at retrieval. *Consciousness and Cognition*, 18(4), 877-890.
- Robinson, J. A., Swanson, K. L. (1993). Field and observer modes of remembering. *Memory*, 1(3), 169-184.
- Robinson, M. D., Clore, G. L. (2002): Belief and feeling: Evidence for an accessibility model of emotional self-report. *Psychological Bulletin*, 128, 934-960.
- Roth, A., Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Rubin, D. C., Berntsen, D. (2003). Life scripts help to maintain autobiographical memories of highly positive, but not highly negative, events. *Memory & Cognition*, 31(1), 1-14.
- Ruby, P., Decety, J. (2003). What do you believe versus what you think they believe? A neuroimaging study of conceptual perspective taking. *European Journal of Neuroscience*, 17, 2475-2480.
- Sabatinelli, D. Lang, P. J., Bradley, M. M., Flaisch, T. (2006): The neural basis of narrative imagery: Emotion and action. *Progress in Brain Research*, 156, 93-103.

- Sacks, H., Schegloff, E. A., Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-735.
- Samson, D., Apperly, I. A., Braithwaite, J. J., Andrews, B. J., Bodley Scott, S. E. (2010). Seeing it their way: evidence for rapid and involuntary computation of what other people see. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 36(5), 1255.
- Sanders, J. (2000). *Perspective in Narrative Discourse*. Doctoral Dissertation. Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg.
- Sargent, H. D. (1961). Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry*, 24, 93-108.
- Sashin, J. I., Eldred, S. H., van Amerongen, S. T. (1975). A search for predictive factors in institute supervised cases: a retrospective study of 183 cases from 1959 to 1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 343-359.
- Schafer, R. (1976). *A new language for psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry*, 7, 29-53.
- Schafer, R. (1992). *Retelling a Life. Narration and Dialogue in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Schefflen, A. (1973). *Communicational structure. Analysis of a psychotherapy transaction*. Bloomington: Indiana University Press.
- Schlessinger, N., Robbins, F. P. (1974). Assessment and follow-up in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 542-567.
- Schlessinger, N., Robbins, F. P. (1975). The psychoanalytic process: recurrent patterns of conflict and changes in ego functions. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 23, 761-782.
- Schlessinger N., Robbins, F.P. (1983). *A Developmental View of the Psychoanalytic Process: Follow-up Studies and Their Consequences. Emotions and Behavior Monographs*. New York: International Universities Press.
- Schiffirin, D. (1981). Tense variation in narrative. *Language*, 57, 45-62.
- Settersten, R. A., & Hagestad, G. O. (1996a). What's the latest? Cultural age deadlines for family transitions. *Gerontologist*, 36, 178-188.
- Settersten, R. A., & Hagestad, G. O. (1996b). What's the latest? II. Cultural age deadlines for educational and work transitions. *Gerontologist*, 36, 602-613.
- Slade, A. (2000). The development and organization of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1147-1174.
- Sloan, D. M., Kring, A. M. (2007). Measuring Changes in Emotion During Psychotherapy: Conceptual and Methodological Issues. *Clinical Psychology: Science, and Practice*, 14, 3007-322.
- Spence, D. P. (1982). *Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*. New York: Norton.

- Sotirova, V. (2006). Reader responses to narrative point of view. *Poetics*, 34, 108-133.
- Southgate, V., Chevallier, C., Csibra, G. (2010). Seventeen-month-olds appeal to false beliefs to interpret others' referential communication. *Developmental Science*, 13(6), 907-912.
- Stern, D., (2009) *A jelen pillanat. Mikroanalízis a pszichoterápiában*. Budapest: Animula.
- Striano, T., & Rochat, P. (2000). Emergence of selective social referencing in infancy. *Infancy*, 1(2), 253-264.
- Szölösi, Á., Fazekas, K., Kónya, A. (2013). Önéletrajzi emlékezet: élmény és elbeszélés. *Pszichológia*, 33(3), 205-222.
- Stephenson, G. M., László J., Ehmann B., Lefever, R.M.H., Lefever, R. (1997). Diaries of Significant Events: Sociolinguistic Correlates of Therapeutic Outcomes in Patients with addictive Problems. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 389-411.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the human infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stiles, W. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 1-21.
- Storms, M. D. (1973). Videotape and the attribution process: reversing actors' and observers' points of view. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(2), 165-173.
- Sutin, A. R., Robins, R. W.(2008): When the „I” looks at the „Me”: Autobiographical memory, visual perspective, and the self. *Consciousness and Cognition* 17, 1386-1397.
- Symington, J., Symington, N.,(1999) *Wilfred Bion klinikai munkássága*. Budapest: Animula.
- Talarico, J. M., LaBar, K. S., Rubin, D. C. (2004). Emotional intensity predicts autobiographical memory experience. *Memory & Cognition*, 32(7), 1118-1132.
- Tannen, D. (1989). *Talking Voices: Repetition, Dialogue, and Imagery in Conversational Discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, S. E., & Fiske, S. T. (1978). Salience, attention, and attribution: Top of the head phenomena. *Advances in Experimental Social Psychology*, 11, 249-288.
- Thomä, H. Kächele, H. (2006/2007). *Psychoanalytische Therapie*. Heidelberg: Forschung Springer Medizin Verlag. Magyarul: Pszichoanalitikus terápia – kutatás. Budapest: Lélekben Otthon Kiadó.
- Thomä, H., Kächele, H. (1985/87). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie I-II*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. Magyarul: A pszichoanalitikus terápia tankönyve I-II. Budapest: MIET.
- Todorov, T. (1981). *Introduction to Poetics*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Tomasello, M. (1999). The human adaptation for culture. *Annual Review of Anthropology*, 509-529.
- Tomkins, S. S., & Demos, E. V. (1995). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S Tomkins*. Cambridge University Press.
- Unoka Zs., Berán E. (2005): A narratív pozíciók és elkülönítésük szerepe az analitikus intervenciókban. In: Pető K. (szerk.) *Életciklusok*, Budapest: Animula, 122-133.
- Unoka Zs., Berán E. (2006): Figyelemirányítás, mint az analitikus terápia hatótényezője: az analitikus figyelmének hatása a szelf-narratívumok konstrukciós folyamataira. *Lélekelemzés*, 1:51-61.
- Unoka, Zs., Berán, E., Pléh, Cs. (2012). Narrative constructions and the life history issue in brain-emotions relations. *Behavioral and Brain Sciences*, 35, 168-169.
- Uspenski, B. (1973). *A Poetics of Composition: The Structure of the Artistic Text and Typology of Compositional Form*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- van der Wel, R., Knoblich, G. (2013). 15 Cues to Agency: Time Can Tell. In: J. Metcalfe, & H. S. Terrace (Eds.) *Agency and Joint Attention*. Oxford: Oxford University Press, 256-268.
- Van Dijk, T. A. (1975). Action, action description, and narrative. *New Literary History*, 6(2), 273-294.
- Vanheule S., Desmet, M., Rosseel Y., Meganck, R. (2006). Core transference themes in depression. *Journal of Affective Disorders* 91, 71–75.
- Voutilainen, L., Perakyla, A., Ruusuvauro, J. (2011). Therapeutic change in interaction: Conversation analysis of a transforming sequence. *Psychotherapy Research*, 21, 348-365.
- Vigotszkij, L. Sz. (1971). *A magasabb pszichikus funkciók fejlődése*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Waldron, S., Scharf, R. D., Firestein, S. K. (2002). Analytic process scales (APS) study of 3 audiotaped psychoanalyses, In: P. Fonagy, H. Kächele, R. Kräuse (Eds.), *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis, 2nd Edition*. International Psychoanalytical Association, 224–227.
- Waldron, S., Scharf, R. D., Hurst, D. (2004). What happens in a psychoanalysis? A view through the lens of the Analytic Process Scales (APS). *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 443–466.
- Walker, S. C., McGlone, F. P. (2013). The social brain: Neurobiological basis of affiliative behaviours and psychological well-being. *Neuropeptides*, 47, 379–393.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wallerstein, R. S. (1988a) Psychoanalysis and psychotherapy: relative roles reconsidered. *Annals of Psychoanalysis*, 16, 129–151.

- Wallerstein, R. S. (1988b). Assessment of structural change in psychoanalytic therapy and research. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 36, 241–261.
- Wallerstein, R. S. (1995). Research in psychodynamic therapy, In: H. J. Schwartz, E. Bleiberg, S. H. Weissman (Eds). *Psychodynamic Concepts in General Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 431–456.
- Wallerstein, R. S. (2005). Outcome Research. In: E. S. Person, A. M. Cooper, G. O. Gabbard (Eds.) *Textbook of psychoanalysis*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc., 301–315.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5(3), 319–328.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 1–8.
- Weber, J. J., Bachrach, H. M., Solomon, M. (1985a). Factors associated with the outcome of psychoanalysis: report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). *International Review of Psychoanalysis*, 12, 127–141.
- Weber, J. J., Bachrach, H. M., Solomon, M. (1985b). Factors associated with the outcome of psychoanalysis: report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). *International Review of Psychoanalysis*, 12, 251–262.
- Weber, J. J., Solomon, M., Bachrach, H. M. (1985c). Characteristics of psychoanalytic clinic patients: report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (I). *International Review of Psychoanalysis*, 12, 13–26.
- Wegner, D.M. (2002). *The Illusion of Conscious Will*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss, J. (1994): The analyst's task: To help the patient to carry out his plan. *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 236–254.
- Weiss, J., Sampson, H. (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. New York: Guilford Press.
- Wegner, D.M. (2002). *The Illusion of Conscious Will*. MIT Press.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *The American Journal of Psychiatry*, 160(5), 952–966.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122–148.
- Williams, H., Conway, M., Cohen, G. (2008). Autobiographical memory. In: G. Cohen, M. A. Conway (Ed.) *Memory in the Real World*. Hove: Psychology Press, 21–81.
- Williams, A. D., Moulds, M. L. (2007). Cognitive avoidance of intrusive memories: Recall vantage perspective and associations with depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1141–1153.

- Wilson, A., Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11(2), 137-149.
- Wolfson, N. (1979). The conversational historical present alteration, *Language*, 55, 168-182.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, D. C., London: American Psychiatric Publishing.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zubin, D. A., Hewitt, L. E. (1995). The deictic center: a theory of deixis in narrative. In: J.F. Dunchan, G. A. Bruder, L. Hewitt, (Eds.) *Deixis in Narrative: A Cognitive Science Perspective*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 129-155.
- Zwaan, R. A., Radvansky, G. A. (1998). Situation models in language comprehension and memory. *Psychological Bulletin* 123(2), 162-185.

Csak olvasható