



ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA

2024/4

XXVI. ÉVFOLYAM

ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA

Fenomenológia különszám

2024/4
XXVI. évfolyam

Alapítás éve: 1998

Megjelenik a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem,
az Eötvös Loránd Tudományegyetem
és a Debreceni Egyetem együttműködésének keretében,
a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával.

A szerkesztőbizottság elnöke

Prof. Oláh Attila

E-mail: olah.attila@ppk.elte.hu

Szerkesztőbizottság

Demetrovics Zsolt	Faragó Klára
Jekkelné Kósa Éva	Juhász Márta
Kalmár Magda	Katona Nóra
Király Ildikó	Kiss Enikő Csilla
Molnárné Kovács Judit	N. Kollár Katalin
Münnich Ákos	Szabó Éva
Urbán Róbert	

Rovatvezetők

Balázs Katalin	Bertalan Eszter
Csukonyi Csilla	Kovács Karolina
Oláh Katalin	Pántya József

Főszerkesztő

Kocsel Natália

E-mail: kocsel.natalia@ppk.elte.hu

A szerkesztőség címe

ELTE PPK Pszichológiai Intézet
1064 Budapest, Izabella u. 46.

Nyomdai előkészítés

ELTE Eötvös Kiadó

E-mail: info@eotvoskiado.hu

Kiadja

az ELTE PPK dékánja

ISSN 1419-872 X

DOI: 10.17627/ALKPSZICH.2024.4

TARTALOM

Fenomenológia különszám

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

Szerkesztői előszó.....	7
<i>Pintér Judit Nóra, Kövály Zoltán</i>	

TANULMÁNYOK

Teremtő párbeszéd. A segítő beszélgetés mint kreatív együttalkotás	11
<i>Pintér Judit Nóra</i>	
A filozófiai praxis mint életvezetési-tanácsadói tevékenység	21
<i>Bialkó László Gergő</i>	
Genetikai örökség – családi test. Egy öröklődő betegség embodiment-tapasztalata	37
<i>Tomán Edina</i>	
Borderline személyiségzavarral élők pszichiátriai tapasztalata és a diagnózisnak való értelemadás folyamata	59
<i>Ruscsák Péter, Gonda Xénia, Pintér Judit Nóra</i>	
A szülőség fenomenológiai tapasztalata. Decentrálódás, újraalapítás, társszerzőség	81
<i>Pintér Judit Nóra</i>	

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ



PINTÉR Judit Nóra
ELTE PPK Pszichológiai Intézet
pinter.judit@ppk.elte.hu

KÖVÁRY Zoltán
ELTE PPK Pszichológiai Intézet
kovary.zoltan@ppk.elte.hu

A modern pszichológia kialakulásának korában, a 19. század második felében az új tudomány részéről markáns törekvésként jelentkezett egyrészt a filozófiától való emancipáció igénye, másrészt a tudományosság legitimálása az akkor felfutóban lévő természettudományok pozitivistá módszertanának adaptálásával. Az akadémiai kutatás keretein belül formálódó kísérleti pszichológia a fizikát vette mintaképül, és olyan általános és megdönthetetlen törvényszerűségek leírására és képletbe foglalására törekedett, amely a természettudományokat jellemezte, a századforduló körül megjelenő klinikai alkalmazás pedig az orvostudomány nyomvonalán haladva a medikális diskurzushoz igyekezett igazodni. Ezekből és további hasonló kezdeményezésekből (pl. pszichometriai törekvések) alakult ki a 20. században egy igen nagy hatású paradigma a pszichológia tudományán belül, amit különféle nevekkkel illettek az elmúlt százharminc évben. Wilhelm Dilthey filozófus „magyarázó pszichológiának”, Carl Rogers „objektív trendnek”, William Runyan pszichobiográfus

„kemény tudományosságot” favorizáló lélektannak nevezte ezt a trendet. A legtalálhatóbb azonban talán a Richard Walsh – Thomas Teo – Angeline Baydala szerzőtrío fogalma: a „természettudományos pszichológia” (*natural science psychology*). Ez a fajta pszichológia a nomotetikus perspektívát kultiválja, vagyis általában sok embert vizsgál kevés változó mentén, előnyben részesíti a megfigyelő ún. harmadik személyű perspektíváját, az objektív-kvantitatív kutatási módszereket, mint például a kísérleti vagy korrelációs eljárások. Mélni, kontrollálni és megjósolni kívánja a pszichológiai jelenségeket, hasonlóképpen, mint a természettudományok a maguk tárgyát. Mivel a természettudományos pszichológia a bizonyítás stratégiáját követi, ezért a gyakorlati – pl. terápiás – alkalmazás során is a „bizonyítékokon alapuló”, technikai megközelítéseket tartja követendőnek. Ez a szemlélet vezető szerepet játszik korunk pszichológiájában, mind a kutatás, mind az oktatás, mind az ellátás területén, ami nem meglepő, hiszen sokan a kemény tudományosságot (*hard science*)

tekintik a tudományosság képviselőjének, ami egyébként nemcsak a professzionális, hanem a laikus diskurzusokat is nagyrészt jellemzi. A természettudományos pszichológia ernyőfogalma alá sorolható számos jelentős irányzat: a behaviorizmus, az evolúciós pszichológia, a kognitív pszichológia és az idegtudományok, vagy a személyiséglelektanon belül a vonáselméletek és a pszichometrikus hagyományok.

A természettudományos pszichológia túlzott naturalizmusra és redukcionizmusra való hajlamát már a 20. század hajnalán kritikával illették olyan filozófusok, mint Edmund Husserl vagy Wilhelm Dilthey. Husserl és Dilthey megteremtették a Dilthey által „leírónak” vagy „megértőnek”, Rogers által „egzisztenciális trendnek”, Walshék nyomán pedig „humán tudományosnak” nevezett pszichológia episztemológiai-módszertani alapjait: a fenomenológiát és a modern hermeneutikát. A fenomenológiai-hermeneutikai (régies kifejezéssel élve „szellemtudományos”) hagyomány határozza meg az olyan irányzatok kutatáshoz való viszonyulását, mint például a humanisztikus és az egzisztenciális pszichológiák, de részben ide sorolható a narratív pszichológia és a pszichoanalízis is. Ezek a pszichológiai irányzatok nagyrészt idiografikusak, vagyis az egyén mély megértésére törekveszenek, kontextualisták és holisztikusak, a felfedezés stratégiáját követik, és azt vallják, hogy a történeti-idői dimenzió nélkül az ember nem érthető meg, amely megértési folyamatban a „vizsgálati személy” helyett az Én első személyű perspektívája, tapasztalatai állnak a fókuszban. A gyakorlati alkalmazás során a humán tudományos pszichológiai elveket követő szakemberek a kapcsolatiságot, az interszubjektivitást és a Másikkal való

dialógust helyezik a középpontba, a terápiát-tanácsadást meghatározó tudást pedig döntően *phronészisz*ként („bölcsség”) és nem *tekhné*ként értelmezik.

A természettudományos pszichológia – néhány olyan specifikus periódust leszámítva, mint a forradalmi 60-as évek – nagyon sokáig hegemon helyzetben volt a kutatásban, az oktatásban-képzésben és az ellátásban, míg a humán tudományos pszichológia az „underground”-ot képviselte, hiszen nem képes a kemény tudományosság kritériumainak megfelelni. Azonban a 90-es évektől kezdve a helyzet szerencsére változott, a pszichológia jóval pluralistábbá vált. Teret nyert a narratív paradigma, visszatért a hermeneutikai és főképp a fenomenológiai hagyomány, elfogadottabbá vált a kvalitatív kutatás, az ezredfordulót követő civilizációs „polikrízis”, és I. D. Yalom népszerűsége következtében újból érdeklődést keltett az egzisztenciális irányzat. Az ELTE PPK Humán Tudományos Pszichológia Kutatócsoportja is ezeket ez értékeket igyekszik érvényesíteni a hazai pszichológiai életben, aminek az egyik manifesztuma az *Alkalmazott Pszichológia* folyóirat 2024–2025-re tervezett két különszáma. Ennek az első, fenomenológiáról szóló részét olvashatja most az érdeklődő.

A fenomenológia, ez a 20. századi kontinentális filozófiai iskola elsősorban Edmund Husserl nevéhez köthető, aki Sigmund Freuddal együtt Franz Brentano tanítványa volt, aki a tudatot úgy határozta meg mint *intencionális reprezentációk egyetemes kapcsolata a prereflektív belső* tudat kíséretében. Innen Freud a prereflektív, azaz tudattalan felé indult el, Husserl pedig a tudat különféle intencionális aktusai körében folytatta vizsgálódásait. Életműve

több ezer oldalnyi fenomenológiai elemzést foglal magában olyan alapvető tapasztalatokról, mint az idő, a saját test vagy éppen a másik ember percepciója. A német filozófus fontos vonatkoztatási pontja a korszak uralkodó természettudományos pszichológiájának kritikája volt, amely a tudatot naturalizáló, pszichofizikai eszköztárral igyekezett feltérképezni. Ezzel szemben Husserl egy sajátos gondolkodási gyakorlatot dolgozott ki, a „tapasztalat tudományát”, amelynek módszertani-teoretikus alaptétele, hogy a tudat és a tárgy elválaszthatatlan egymástól, éppen ezért a tárgy helyett a *fenomén* (azaz: a tudat számára megjelenő) megnevezést alkalmazta, innen a *fenomenológia* terminus. Az iskola ugyanakkor nem egy egységes vagy dogmatikus irányzat, egysége sokkal inkább sajátos módszerének és gondolkodási stílusának egységességében áll. Az irányzat későbbi képviselői (például Martin Heidegger, Jean Paul Sartre vagy Maurice Merleau-Ponty) jelentősen továbbgondolták a husserli tanokat, ezt azonban a fenomenológia módszertani keretrendszerében tették.

A fenomenológiai szemlélet egyre inkább teret hódít a kvalitatív pszichológiai kutatásokban is, több kvalitatív módszertan alapoz teoretikus háttereként rá, építi be protokolljába a fenomenológiai, illetve hermeneutikai tapasztalatelemzési gyakorlatokat, mint például az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA). A dupla tematikus szám első része ízelítőt nyújt különféle módszertanú fenomenológiai, filozófiai elemzésekből, olyan tapasztalatok feltárásával mint a betegség, a szülői lét, a pszichiátriai tartózkodás, a diagnózishoz való viszony és a segítő beszélgetés fenomenológiai tapasztalata. Az első két tanulmány – Pintér Judit Nóra és Biálkó László

Gergő írásai – a tanácsadói tevékenységet filozófiai keretben tárgyalják. A *Teremtő párbeszéd – a segítő beszélgetés mint kreatív együttalkotás* című tanulmány a klasszikus fenomenológiai és hermeneutikai hagyomány meghatározó szerzőin keresztül elemzi a terápiás dialógus fenomenológiáját: Maurice Merleau-Ponty észleléselmélete és Hans-Georg Gadamer dialóguselemzése keretében értelmezi újra a terápiás beszédhelyzetet mint kreatív alkotói folyamatot. A *Filozófiai praxis mint életvezetési-tanácsadói tevékenység* című tanulmány a filozófiai praxis legfontosabb fajtáit és értelmezési lehetőségeit mutatja be, mint a lelkipráxis, az életmód, a csoportos elvonulás. A következő két szöveg a szomatikus és mentális betegség-tapasztalatokat IPA-módszertannal feltáró kutatásokat mutat be. Tomán Edina írása, a *Genetikai örökség – családi test: egy öröklődő betegség embodiment-tapasztalata, az interkorporeitás (testköziség)* fenomenológiai koncepcióját az örökletes thrombophilia értelmezésén keresztül tárja fel. A fogalom egy a testből kiinduló szubjektumfelfogást tételez, amely a genetikailag öröklődő betegségek élményvilágának feltárásához kínál új nézőpontot. A negyedik, szintén IPA-módszertanú szöveg Ruscsák Péter, Gonda Xénia és Pintér Judit Nóra tanulmánya, amelyben a szerzők a pszichiátriai tartózkodás élményvilágát, illetve a borderline személyiségzavar diagnózis identitásba való integrálásának egyes szám első személyű tapasztalatát vizsgálják. Az utolsó írás, Pintér Judit Nóra *A szülőség fenomenológiája – decentralizáció, újraalapítás, társszerzőség* című tanulmánya, szintén egy klasszikus fenomenológiai alapokon nyugvó tapasztalatelemzést nyújt a szülőség megéléséről. A tanulmány

Edmund Husserl és Emmanuel Lévinas nyomán a szülői tudat szabadsághoz, felelősséghez és nosztalgiához való viszonyát tárgyalja. Jelen különszám széleskörű és izgalmas betekintést nyújt a fenomenológiát, hermeneutikát és a pszichológiát ötvöző kutatási, elemzési és praktizálási

gyakorlatokba, és abba, hogy milyen filozófiai megközelítésekkel, eszköztárral lehet olyan tapasztalatokat vizsgálni, amelyek a pszichológiai kutatások fókuszában is állnak, illetve milyen értelmezései és módszerei vannak a segítő beszélgetésnek filozófiai keretrendszerbe ágyazva.

TEREMTŐ PÁRBESZÉD. A SEGÍTŐ BESZÉLGETÉS MINT KREATÍV EGYÜTTALKOTÁS



PINTÉR Judit Nóra
ELTE PPK Pszichológiai Intézet
pinter.judit@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A tanulmány a segítő beszélgetést fenomenológiai és hermeneutikai keretben tárgyalja, és mint a közös kreativitás és alkotás folyamatát elemzi. Ehhez elsőként röviden körvonalazom az egyik legnagyobb hatású fenomenológus, a francia Maurice Merleau-Ponty tapasztalatelméletét, amelyben a kiazmus, a hús és a vad értelem fogalmai mentén kísérelt meg számot adni a tapasztalat sajátos képlékenységről, illetve a beszéd, a kifejezés teremtő jellegéről. Ezt követően a magyar filozófus, Tengelyi László által elemzett fenomenológiai tudattalan koncepcióját vázoló fel. Ez a szféra a tudatot magát is meglepő, tudatidegen értelmek szülőhelye, amely nyers értelmeket tudatosan, a nyelv segítségével igyekszünk kifejezni, magunk számára is megragadhatóvá tenni, lehorgonyozni. A nyelv dialógusban és megértésben betöltött szerepe Merleau-Ponty fenomenológiájában és a német filozófus, Hans-Georg Gadamer hermeneutikájában is központi tétel, aki amellett érvel, hogy egy beszélgetésben szükségszerűen egy közös nyelvet teremtünk, amely a beszélgetők számára olyan közösséget hoz létre, amiből kilépve már nem lesznek többé ugyanazok. Végül a fenti szerzők teoretikus koordináta-rendszerében a segítő beszélgetés egy lehetséges fenomenológiai és hermeneutikai leírását vázoló fel, középpontba állítva a pszichológus és a kliens között folytatott dialógus kreatív jellegét, nyelv- és világteremtő potenciálját.

Kulcsszavak: fenomenológia, Maurice Merleau-Ponty, teremtő párbeszéd, Hans-Georg Gadamer, segítő beszélgetés, horizont-összeolvadás

A VILÁG ÉSZLELETI MEGALKOTÁSA

Maurice Merleau-Ponty (1908–1961), az egyik legjelentősebb fenomenológus, *Az észlelés fenomenológiája* című első főművében abból indul ki, hogy tévedés, miszerint a világ, mint tények összessége, készen áll előttünk. Az észlelés szintjén a világ mindig befejezetlen, képlékeny, az észlelés maga alakítja a világot. A fenomenológia feladata pedig az, hogy ennek a még befejezetlen és nyitott észleleti világnak és az ezt felnyitó tapasztalatnak a működését feltárja. Az általa kidolgozott fenomenológia központi kérdése, hogy hogyan lehet megragadni az értelem kialakulásának ezt a sajátos képlékenységet (Ullmann, 2004). Az a szféra, ami a leginkább kifejezi a tapasztalás elevenségét, a tapasztalat testi jellege, ami azt jelenti, hogy a tapasztalásnak létezik egy nem tudatos rétege, ami minden észlelésünk és jelentésadásunk alapja és háttere. *A test nem semleges összetevője tehát a tapasztalásnak, hanem másra vissza nem vezethető forrása az értelem létrejöttének, a test az eredeti értelemképződés szerve.*

A következő idézet jól érzékelteti Merleau-Ponty fenomenológiai gondolkodásmódját a tapasztalatszerzés mibenlétéről: „A festőt meghatározó stílus a festő számára magában a látottban adottként jelenik meg, abban a hitben, hogy a természetet épp abban a pillanatban fejt meg, amikor újraterezt” (Merleau-Ponty, 1998, p. 155). A festő számára tehát az észlelés, a jelentésadás és a kifejezés tulajdonképpen egybefolyik. *A látás aktusában, azzal, aminek és amilyennek látja tárgyát, születik meg maga a tárgy.* Ugyanígy gondolkodik Merleau-Ponty a teremtő kifejezésről, azaz a nyelvről, amely a fogalmazás közben,

a fogalmazás aktusában alkotja meg mondanivalóját, pontosabban a jelentés és a nyelv egymást alkotják meg. Fenomenológiájában a nyelvnek nincsen elsődlegessége a festészet vagy az élet fölött, *a nyelv és a jelentés között nincs alá-fölérendeltségi viszony.* A látottban tehát a festő számára már eleve „adottként” jelenik meg az, ami valójában a festő *stílusa*. A festő „abban a hitben” van, hogy megfejtette a természetet, tehát hogy ábrázolásában visszaadja, kifejezi a természetet, amit a saját szemével lát, s nem is sejt, hogy valójában akkor teremti meg. A festő számára tehát az észlelés, a jelentésadás és a kifejezés elkülöníthetetlen aktus. Merleau-Ponty tapasztalatelméletének éppen ez a lényege, hogy benne az észlelés, a jelentésadás és a beszéd/kifejezés/alkotás szerves egységet képez.

Merleau-Ponty fenomenológiájában lényegi kiindulópont, hogy az észlelés nem pusztán egy a többi fenomén közül, hanem azok között is a legalapvetőbb. Az észlelés az a háttér, amiből minden aktus kiemelkedik, s amit minden aktus előfeltételez (Merleau-Ponty, 2012), az észlelés az az eredeti kontaktus a valósággal, amire minden egyéb világhoz való viszony (nyelvi, kulturális, esztétikai) ráépül. Merleau-Ponty kései főművében – *A látható és a láthatatlanban* – tovább árnyalja észlelésről vallott nézeteit. Az észlelést – különös tekintettel a látást – a tapintás mintájára kell elgondolnunk. Tekintetünkkel letapogatjuk a dolgokat, írja, „nincs látás anélkül, hogy a tekintet körbe ne ölelné, saját húsába ne foglalná a látható tartalmakat” (Merleau-Ponty, 2006, p. 149). A néző nem maradhat kívül az általa nézett világon” (p. 152). Eleve azért lehetséges látás, mert a látó is egy a látható dolgok között. Ahogy

írja, az észlelő „ugyanabból az anyagból van gyúrva, mint az őt körülvevő világ, egylényegű vele” (p. 153). Ennek metaforája Merleau-Ponty-nál a hús. A világ húsnak és a tapasztaló húsnak az egylényegűségéről beszél, ami miatt egyáltalán képes vagyok észlelni, látni, tapintani. „A hús a tárgyat és az alanyt egyszerre kiformaló közeg” (p. 157), amiből az is következik, hogy Merleau-Ponty túllép az alany–tárgy mesterséges szétválasztáson. „Kölcsönös egymásba illeszkedés és egymásba fonódás van tehát látó és látott között” (p. 157), ezt az egymásba fonódást nevezi Merleau-Ponty *kiazmus*-nak. A hús tehát nem anyag, hanem ennek az összehuzalotottságnak a kifejeződése, a világ szövete, amelybe mindannyian bele vagyunk szöve. Ennyiben a látásnak mindig van egy nárcisztikus jellege, amennyiben én és a világ szükségszerűen egymásban tükröződünk.

Abból a tételből, hogy a világ észlelése és a világnak való jelentésadás szervesen összetartozik, egyenesen következik, hogy a tapasztalatszerzés maga Merleau-Ponty-nál egy alkotó folyamat, kreativitás, amelyben egy mindenkire jellemző sajátos látásmód, avagy stílus jelenik meg, ami legfeljebb csak fokozatában különbözik egy művész stílusától. A tapasztalat fejlődését Merleau-Ponty nem mechanikus bővülésként, hanem kreatív alakulásként mutatja be. A gyermek színtanulása kapcsán például úgy fogalmaz, hogy „megtanulni színeket látni annyi, mint elsajátítani a látás egy bizonyos stílusát, gazdagítani és újraszervezni a test-sémát (Merleau-Ponty, 2012, p. 177). A testi tapasztalat ilyen értelemben vett individualitása és a műalkotások kimeríthetetlen egyedisége között ebből a perspektívából nincsen lényegi különbség. Gesztusaink, ahogyan a világban vagyunk,

a látásmód, ahogyan a világot felfogjuk, egy csak ránk jellemző egyedi stílust rajzol ki, ebben az értelemben maga „a testünk egy műalkotáshoz hasonlít” (Merleau-Ponty, 2012, p. 175): egy festményhez vagy egy regényhez, nem pedig egy fizikai tárgyhoz. Azaz a test sokkal inkább eleven jelentések szövédéke. Merleau-Ponty egyik kritikája a pszichológiával mint tudománnyal szemben éppen az, hogy képtelen számot adni az észlelés kreativitásáról (Ullmann, 2004).

A VAD TARTOMÁNY MEGSZELIDÍTÉSE

Merleau-Ponty gondolkodásmódja nagy hatást gyakorolt az egyik legjelentősebb magyar fenomenológusra, Tengelyi Lászlóra (1954–2014). Tapasztalatelméletének egyik központi gondolata, hogy a tapasztalásnak és a tapasztalat szavakba öntésének, azaz a tapasztalat kifejezésének számos spontán, uralhatatlan mozzanata van, amelynek során a tapasztalót is meglepő, előzetes várakozásaira erősen rácăfóló értelmek születnek. Tengelyi megfogalmazásában a tapasztalat „egy olyan magától meginduló és önállóan lejátsszódó értelemképződés terméke, amely kivonja magát a tudat hatóköréből” (Tengelyi, 2007, p. 19). Tehát az értelemben, amit a velünk történő eseményeknek, élményeknek adunk, több mozzanat – ahogyan az már Edmund Husserlnél is megjelent – tudatidegen módon keletkezik, azaz „nem származtatható a tudat értelemadó tevékenységéből” (Tengelyi, 2007, p. 19), hanem a tudat „spontaneitásából” áll elő. A tudatos értelemadás hiánya abban érhető például tetten, hogy sokszor az újonnan született értelmek keresztülhúzzák a tudat előzetes

várákozásait. Például egy minket felkavaró esemény „előreláthatatlanságában és uralhatatlanságában” számunkra teljesen új, addigi világunkkal, világértelmezéseinkkel össze nem egyeztethető értelmet szülhet. Ezen, a tudatot is meglepő értelmek keletkezési helyének Tengelyi, Husserl nyomán a fenomenológiai tudattalant jelöli meg, ahol értelemtröredékek, „értelemszedimentumok szunnyadnak”, amelyeket váratlanul történő események felébreszthetnek, újjáéleszthetnek. Az értelemképződés egyik alapvető színhelye tehát a *fenomenológiai tudattalan*. Ebből a nézőpontból állítja a magyar fenomenológus, hogy „a tudat értelemadó tevékenysége újra és újra elmarad egy olyan magától meginduló értelemképződés mögött, amely a tudattalanba szorulva kialakítja számára a valóságnak egy mindaddig ismeretlen arculatát” (p. 27).

Tengelyi egyik kitüntetett példája az ötlet, ami váratlanul és előreláthatatlanul érkezik. „Az ötlet betör a tudat intencionális életébe, szerkezetváltozást idézve elő annak értelemképződményei között [...] és új értelemkezdményeket hív életre. [...] Olyan értelemrezdülés, ami új értelemadásra serkenti az intencionális tudatot”. Ezeket *interintencionális* mozzanatnak nevezi, amennyiben a tudattalanból, „a tudat háta mögül” törnek fel a tudatba. „Csillámlóan sokértelmű értelemkezdmények”, amelyek „valóságos elburjánzásával a tudat nem tud lépést tartani” (p. 28). Tengelyi másik emblemikus példája a *sorseseemény*, ilyenek például a traumatikus események, de kiválthatják akár extrém pozitív élmények is. Sorseseeményen olyan történéseket ért, amelyek „hatására az önazonosság mint az élettörténet foglalata meghasad és felnyílik” (Tengelyi, 1998,

p. 43), és olyan értelmek képződnek, amelyek az élettörténetben előre és visszafelé is új értelmek rögzítését teszik szükségessé. A sorseseemény „olyan magától meginduló, uralhatatlan módon lejátsszódó, föld alatti értelemképződésre utal, amely az élettörténetben új kezdetet teremt” azáltal, hogy „új és kezdetben teljességgel önidegen értelmet szül, amelyet önazonosságunk újólagos rögzítése révén igyekszünk – több-kevesebb sikerrel – megragadni és ismét csak a magunkévá tenni” (p. 199). Tengelyi levezetésében „az önhasadás eme pillanataiban az önmagunkból való kilépés olyan igényével találjuk szembe magunkat, amely még akkor is az idegenség jegyét viseli magán, ha nem valaki más közvetlen jelenléte váltja ki bennünk” (p. 47). Máshogy fogalmazva: a sorseseemények „az önmagunkból való kilépés igényét a megszüntethetetlen más-ság és idegenség erejével szegeznek nekünk” (p. 48). Ez alapján Tengelyi azt állítja, hogy egy „új belátáshoz vezető tapasztalat minden esetben egyszersmind találkozás és érintkezés a tudattól független valósággal”, ami alapján oda jut, hogy „*minden tapasztalat magában hordozza a sajátban eleve ott rejlő idegen tapasztalatát*” (a szerző kiemelése; p. 33), azaz egy tudatidegen – amennyiben nem a tudatunkból származó – tapasztalatot. Ez az állítás ugyanakkor nem is tűnik annyira radikálisnak, ha például egy traumatikus esemény tudatra, személyiségre gyakorolt hatására gondolunk, amelyet kénytelenek vagyunk befogadni az énbe. A trauma eseményében éppen hogy egy olyan idegenséggel találkozunk – Freud maga „emberfeletti hatalmú vendégekről”, „idegen testről” beszél (Freud, 1968, p. 226.) –, amelyet nem tudunk feltartóztatni. A psziché kénytelen magába fogadni, és mint egy idegen testet a sajátba integrálni

az élményt, amelyet kizárólag azáltal tudna feldolgozni, ha az értelmezéssel sajátta is tudná tenni. Az integrálhatatlan élmény felszakítva addigi, viszonylagosan integrált énem burkát, anélkül vált belsővé, hogy sajátta is vált volna (Pintér, 2014, p. 43).

Az élettörténet tehát a maga sorsese-ményeivel, fordulópontjaival, életvalóságával a részben tudattalan értelemképződés színtere, amely önmagában sokszor kezdeményszerű, „ingatag és határozatlan értelemalakzatokat” foglal magába – Merleau-Ponty megfogalmazásában olyan vad értelmeket (Merleau-Ponty, 2007), tehát szavakkal még le nem horgonyzott, néma vagy nyers tapasztalatokat, amelyeket megszelídíteni, szimbolizálni, analizálni: rögzíteni kell. A rögzítés nem más, mint amikor a tapasztalatainkat megkíséreljük nyelvileg is kifejezni: „arra kényszerülünk, hogy a mindenkori nyelvi rendszer készen talál, elfogadott és intézményesen rögzített jelentéseit megdolgozzuk, sajátos összefüggésbe állítsuk, és használatuknak egyéni színezetet adjunk, mert különben a saját bőrünkön tapasztaltakat nem tudjuk még csak hozzávetőleges hűséggel sem szavakba foglalni. Az eredmény nem ritkán magát a beszélőt is meglepi” (Tengelyi, 2007, p. 30). Merleau-Ponty ennek kapcsán a vad tartomány megszelídítéséről, a kifejezésért vívott küzdelemről beszél. Ez a küzdelem tapasztalataink kifejezéséért pedig sokszor párbeszédben történik, amely megmutatja az értelemteremtés dialógikus természetét.¹

A DIALÓGUS MINT KÖZÖS ALKOTÁS

Merleau-Ponty-nál tehát nem csupán az észlelés szintjén (az egyén észlelésében és világértelmezéseiben) jelenik meg a kreativitás, azaz a világ észleleti megalkotása, hanem a beszédben, kifejezésben, illetve a párbeszédben is. Fenomenológiájában mind a kifejezésnek, mind a dialógusnak teremtő jelleget tulajdonít. Amikor egy általa „vadnak mondott értelem keresésére indulunk” (Tengelyi, 2007, p. 155) a nyelv által, azaz a tapasztalat kifejezésére törekvő beszéd nevezhető „hódító, tevékeny, teremtő beszédnek” (Merleau-Ponty, 2006, p. 201). A másikkal való dialógus során, írja Merleau-Ponty, én és a másik „kölszönösen áthágjuk a minket egymástól elválasztó határokat [...]. A beszéd árama átalakít [...], a másikba visz át, és őt is átlépteti belénk, eltörli az enyém és a nem enyém között húzódó határokat, megszünteti az én és a másik szemben állását” (Merleau-Ponty, 2007, p. 169), az én jelentéseim megérintik az övét és fordítva. Kettőnk dialógusa a fenomenológus leírásában „teremtő párbeszéd”: a másik meglep, és rámcáfol, és folyamatosan „az értelem egy új dimenziójára nyitja rá a szemem”. Ketten együtt új értelmet teremtünk, olyan jelentéseket, amelyeknek korábban nem voltunk tudatában, miközben mi is folyamatosan alakulunk a dialógus folyamatában. Ez a gondolat már Friedrich Schleiermachers-nél (1786–1834), a német hermeneutikai hagyomány jeles képviselőjénél is megjelent, aki a „szabad beszélgetést” a művészi gondolkodás

¹ Itt most külön nem foglalkozunk olyan filozófiákkal, amelyekben megjelenik az Én-Te-kapcsolat (Martin Buber), illetve az Ugyanaz és a Másik találkozása, ami egy etikai viszonyt iktat be (Emmanuel Lévinas), de nem a dialógus értelemteremtő potenciálja van a fókuszban.

egy formájának tartotta, amely „egyfajta művészi alkotás a közlés kölcsönös viszonyában”. Levezetésében a beszéd, beszélgetés „megérthető művészetként, azaz céltól és tárgytól elvonatkoztatva, egy alkotói produktivitás kifejezéseként”, amiből az is következik, hogy a Schleiermacher által kidolgozott hermeneutikában a „művészi és nem művészi között folyékonyak az átmenetek” (Schleiermacher, 1835, pp. 355–364, idézi Gadamer, 2003, pp. 220–221).

Lássunk egy példát a teremtő párbeszédre Merleau-Ponty-tól! „Valakivel együtt nézzük a tájat és beszélünk róla [...], az én számomra való látvány átlép belé, a mező szemeim előtt kinyíló egyedi zöld színe meghódítja az ő látómezejét is”. S ezzel egyidőben „a saját észlelésemben felmerülő zöld árnyalatban az ő általa is érzékelt zöldet ismerem fel” (Merleau-Ponty, 2006, p. 161). A fenomenológus észleléselméletét a terápiás beszédhelyzetre² vonatkoztatva azt mondhatjuk, hogy amikor a kliens megosztja saját élményét, akkor én pszichológusként az empátia működtetésével belehelyezkedek az ő élményvilágába, az ő jelentésmezejére lépek, elhelyezkedem belső látása koordináta-rendszerében. Elmerülök a „látványban”, amit a kliens lelki szemeim elé tár. Együtt szemléljük az ő lelki jeleneteit. A pszichológus a fantáziáját használja ehhez, a saját belső képeit, amelyek ugyanakkor a kliens által körvonalazott képek. Ezeket a segítő a saját érzéseiből, saját emlékvilágából tölt fel, lelkesít át. Ugyanúgy, mint amikor egy regényt olvasunk. Ugyanakkor minden olvasó más-hogy látja maga előtt, amit olvas: *A bűn és bűnhődésnek*, az *Emlékiratok* könyvének

végtelen sok belső látványa van. A fentebb már idézett Schleiermacher magát a megértést is a művészi produkció párjaként, azaz végső soron művészetként írta le. Ennek az elgondolásnak az alapját az képezte hermeneutikájában, hogy a pszichológiai dimenziót elengedhetetlennek tartotta egy műalkotás megértése kapcsán, egészen pontosan azt gondolta, hogy akkor értünk meg valamit, ha rekonstruáljuk azt a belső teremtő folyamatot, teremtő aktust, ami a művet létrehozta. Tehát újraalkotásra, az eredeti produkcióra vonatkozó reprodukcióra van szükség. Ez, a hermeneutikai hagyományt követve, akkor lehetséges, ha abból indulunk ki, hogy a rész értelme mindig csak az összefüggésből, így végső soron az egészből adódik. A német hermeneuta ezt a pszichológiai megértésre is alkalmazta, azaz hogy valakinek a gondolatait „feltörő életmozzanatként, sok más tettel, más jellegű tettekkel is összefüggő tetteként értjük meg” (Schleiermacher, 1835, pp. 355–364, idézi Gadamer, 2003, p. 223). Tehát mind a beszélgetés maga, mind a másik megértése Schleiermachernál művészi alkotás karakterű.

A kliens tehát felfesti elem, mint pszichológus elé, belső világának képeit, s én belépek ebbe a világba, óhatatlanul vívé magammal saját képeimet. Segítőként azon vagyok, hogy „újraalkossam azt, amit ő”: azt lássam, amit ő, érzem, amit ő: vagy inkább az ő érzésein keresztül lássak – ezt nevezhetnénk Rogerssel szólva *primér empátiának*. (Eleve nincsen érzésektől, jelentésektől elválasztható látás, ahogyan fentebb, Merleau-Ponty nyomán levezettük.) A segítés beszédhelyzete bizonyos

2 A tanulmányban a személyközpontú, fenomenológiai, hermeneutikai és pszichodinamikus tradíciókhoz kapcsolódó segítő/terápiás beszélgetéssel foglalkozom, a kognitív iskolákkal nem.

mozzanataiban aszimmetrikus: eleinte egy hangsúlyos egyirányú mozgás indul a segítő irányából a kliens felé. Segítőként én akarom megérteni őt. Azonban onnantól kezdve, hogy belépek a másik világába, empátiás visszajelzéseket adok, érzéseket ajánlok meg, feltárom a kliens kogníciója mögötti érzésfedezteteket – mindezzel, fogalmazhatunk úgy, elkezdem formálni az ő világát, vagy akár a Merleau-Ponty által felvázolt fenomenológiai észleléselemlet keretében szólva úgy is, hogy elkezdi ő is azt *látni*, amit én. Az én *megajánlott* zöldem párbeszédbe lép az ő jelentésadásaival, árnyalataival. Elkezdi az én zöld árnyalatomat látni a saját zöldjében, miközben kikerülhetetlenül az ő zöldje is átszínezi az enyémet. Tehát a mező zöldjét a másikkal való beszélgetés által közösen alkotjuk meg. És bár a terápiás dialógus nem egy érdek nélküli nézelődés a mezőn, hanem a személyközi befolyásolás folyamata és terepe, alapstruktúrája ugyanakkor a Merleau-Ponty által oly költőien megfogalmazott teremtő párbeszéd, avagy a mezőn való együtt nézelődés mintájára gondolható el, amelyben én és másik párbeszéde egy közös alkotáshoz hasonlít.³

A fenomenológiában és különösen Merleau-Ponty-nál alapvetésnek tekinthető *horizont* fogalmának Hans-Georg Gadamer (1900–2002), a hermeneutika „atyja”, sajátos értelmet adott. A német filozófus az *Igazság és módszer* című korszakalkotó művében új, dialogikus módszert dolgozott ki a szövegek értelmezésére. Levezetésében egy műalkotás, egy szöveg vagy akár egy másik ember megértése akkor történik meg, amikor kettőnk horizontja összeolvad:

az enyém és a másiké, az enyém és a szövegé, és így tovább. Ennek leírására vezette be a *horizont-összeolvadás* fogalmát (Gadamer, 2003, p. 419). Tehát a mezőn való együtt nézelődés példájánál maradva: a másik által és az én általam látott látvány teremtő párbeszédre lép, amelynek során lépről-lépésre egyre jobban értjük egymást. Amennyiben sikerül egymásra hangolódunk, vagy ahogyan Gadamer írja, „nyitottá válni” a másik mássága iránt, akkor az én és a másik horizontja összeolvad, Merleau-Ponty-val szólva pedig egy közös látvány fog elénk tárulni.

KÖZÖS NYELV TEREMTÉSE

Gadamer hosszan elemzi a nyelv szerepét a megértésben, magában a hermeneutikai tapasztalatban. Levezetésében abból indul ki, hogy bár úgy fogalmazunk, hogy „beszélgetést folytatunk, ám minél valószínűbb a beszélgetés, folytatása, irányítása annál kevésbé függ az egyik vagy a másik partner akaratától. Az igaz beszélgetés sohasem az, amit folytatni akartunk. [...] Helyesebb azt mondani, hogy beszélgetésbe kerültünk, sőt talán azt, hogy beszélgetésbe bonyolódunk. [...] Ahogy a beszélgetés fordulatokat vesz, megtalálja a maga előrehaladását és végkicsengését, mindennek lehet irányításjellege, de ebben az irányításban a beszélgetőpartnerek nem annyira irányítók, hanem sokkal inkább irányítottak. Senki nem tudja előre, hogy a beszélgetésből »mi jön ki«. A szót értés [...] mint valami történés, amely végbemegy velünk. [...] Mindez arról tanúskodik, hogy

3 Bár nem fenomenológiai, hanem pszichoanalitikus keretben, de Bakó Tihamér is megfogalmazza ezt a tapasztalatot: „a pszichoterápia a terapeuta és a páciens kreatív közös alkotása” (Bakó, 2024, p. 16).

a beszélgetésnek saját szelleme van, hogy a nyelv feltár és előhoz valamit, ami aztán ettől fogva van” (Gadamer, 2003, p. 425). A dialógusba lépés tehát mindig egy nyitott végű történés, amelyben mind a két fél hagyja magát vezetni a dialógus által.

A dialógusban lét tapasztalata párhuzamba állítható Gadamer *játék*-felfogásával is, amelynek könyvében külön fejezet szentel mint sajátos, a műalkotásokkal analóg fenomennek. Lényegi meglátása, hogy valójában „minden játszás játszottság” (p. 138). Tehát a játékot, bármilyen típusú játékról legyen is szó, valójában nem játsszuk, azaz nem szubjektum-létünkben megmaradva irányítjuk, hanem feloldódunk benne: a „*játéknak elsőbbsége van a játékos tudatával szemben*” (a szerző kiemelése; p. 136) – írja, a játék szükségszerűen hatalmába keríti a játékost. A dialógus ennek mintájára tehát egy olyan, a résztvevőket vezető kölcsönmozgás, amely a játéknak is a sajátja. Gadamer emlékeztet, hogy a játék szó eredeti jelentésében (*Spiel*) benne van a tánc is. A játékban jelenlévő szó szerinti vagy átvitt értelmű folyamatos ide-oda mozgás, ha tetszik, tánc, hozzátartozik a játék lényegéhez, és azt is implicálja, hogy valójában nem is lehetséges egyedül játszani.

A Gadamer által kidolgozott hermeneutikában (szemben a pszichológiában használatos rogersi fogalommal) az empátia, „a megértés nem azon alapul, hogy belehelyezkedünk a másik személyébe, nem az egyiknek a másikban való közvetlen részesezésen alapul” (p. 425), hanem az egész folyamat hangsúlyosan *nyelvi, dialogikus*, ha tetszik tánc-jellegű. A másikat a mondanóján keresztül mint beszédet, mint nyelvet értjük meg a dialógus közegében. A megértésben végbemenő horizont-összeolvadás terepe tehát a kifejezésben, azaz

a nyelvben történik, „a nyelv voltaképeni teljesítménye” (p. 419). Gadamer úgy fogalmaz, hogy minden beszélgetés nem is csupán előfeltételez, hanem egyenesen „kialakít egy közös nyelvet”. Magában „a beszélgetésben dolgozzuk ki a közös nyelvet”, és a „beszélgetésben végbemenő kölcsönös megértés [...] azt jelenti, hogy olyan közösséggé változunk, amelyben egyikünk sem marad az, aki korábban volt” (p. 420). A dialógus tehát értelem- és világteremtő potenciállal bír, amely megváltoztatja a résztvevőket.

KONKLÚZIÓ

Abban a dialogikus aktusban tehát, amivel közösen a világot értelmezzük, valójában a klienssel együtt, egy közös nyelv kialakításával, új világot is teremtünk, ahová egy idő után ő már egyedül, a velem való dialógustól elszakadva is be tud lépni, magáévá teszi a segítő kapcsolatban közösen kimunkált látást (azaz tapasztalást, jelentésadást). Ez párhuzamba állítható Rogersnek *A pszichoterápia folyamatkonceptiója* című előadásában felvázolt személyiségfejlődési modelljével, amelyben azt egy folytonos spektrumként mutatja be, hét stációt különítve el. A személyközpontú terápia hatására ezeken keresztülhaladva a személyiség folyamatos változáson megy át. A kliens elkezd egyre inkább megélni az érzéseit és szabadabban kifejezni azokat, a folyamat elején ez még csak a segítő beszélgetés védett terében történik. A folyamat utolsó állomása, amikor már nem csupán a segítővel való beszélgetések során, hanem a terápián kívül, a „külvilágban” is megjelenik a változás (Rogers, 2010, pp. 169–209): a kliens önmagával való és külső kapcsolataiban,

abban, ahogyan a világot látja, hogy elfogadja, megéli és kommunikálja az érzéseit stb. Ezzel párhuzamosan, Merleau-Ponty-i értelemben a segítő saját látása, saját világa is minden klienssel való együtt alkotása során folyamatosan alakul. Minden segítő kapcsolat egy, csak abban a kapcsolatban

létrehozott unikális nyelven, egy egyedi és megismételhetetlen világot alapít, ami a folyamat végére nem marad meg pusztán a dialógus szituációjában létező világnak, hanem – husserli szóhasználattal – a kliens saját, otthonos, az élni tudást adaptívan segítő „életvilágává” válhat.

SUMMARY

CREATIVE DIALOGUE: THERAPEUTIC CONVERSATION AS JOINT CREATION

Background and Aims: This study discusses the therapeutic conversation in a phenomenological and hermeneutical framework and analyzes it as a process of joint creativity and creation. To this end, I first briefly outline the theory of one of the most influential phenomenologists, Maurice Merleau-Ponty, who attempted to account for the specific plasticity of experience and the creative nature of speech and expression along the concepts of chiasm, flesh, and wild meaning. Subsequently, I outline the concept of the phenomenological unconscious as described by the Hungarian philosopher *László Tengelyi*. This sphere is the birthplace of meanings that surprise consciousness itself, meanings alien to consciousness, which we consciously try to express, make accessible to ourselves, and anchor raw meanings with the help of language. The role of language in dialogue and understanding is a central theme in Merleau-Ponty's phenomenology and in the hermeneutics of the German philosopher Hans-Georg Gadamer, who argues that in a conversation we necessarily create a common language, which creates a community for the interlocutors as a result of which they will no longer be the same. Finally, I outline a possible phenomenological and hermeneutical description of the therapeutic conversation within the theoretical coordinate system of the above authors, focusing on the language- and world-creating potential and creative nature of the dialogue between psychologist and client.

Keywords: phenomenology, Merleau-Ponty, creative dialogue, Gadamer, counselling, fusion of horizons

IRODALOM

- Bakó, T. (2024). *Pszichoterápia, a közös alkotás*. Psycho Art.
- Freud, S. (1968). A traumához való rögződés. A tudattalan. In S. Freud, *Bevezetés a pszichanalízisbe* (pp. 225–235). Gondolat.
- Gadamer, H. G., Bonyhai, G., & Fehér, M. I. (2003). *Igazság és módszer: egy filozófiai hermeneutika kezdetei*. Osiris.
- Merleau-Ponty, M. (1998). A közvetett nyelv és a csend hangjai. In Bacsó B. (szerk.), *Kép, fenomen, valóság* (pp. 142–178). Kijárat.
- Merleau-Ponty, M. (2006). *A látható és a láthatatlan*. L'Harmattan.
- Merleau-Ponty, M. (2007). A másik észlelése és a dialógus. *Helikon – Irodalomtudományi Szemle*, 53(1–2). 156–169.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Az észlelés fenomenológiája*. L'Harmattan.
- Pintér, J. N. (2014). *A nem múltó jelen: trauma és nosztalgia*. L'Harmattan.
- Rogers, C. R. (2010). *Valakivé válni*. Edge 2000.
- Schleiermacher, F. (1835). *Friedrich Schleiermacher's sämtliche werke* (Vol. 3). G. Reimer.
- Tengelyi, L. (1998). *Élettörténet és sorsesemény*. Atlantisz.
- Tengelyi, L. (2007). *Tapasztalat és kifejezés*. Atlantisz.
- Ullmann, T. (2004). A francia fenomenológia kialakulása és Merleau-Ponty észleléselemélete. *Metropolis*, 8(3), 68–78.

A FILOZÓFIAI PRAXIS MINT ÉLETVEZETÉSI-TANÁCSADÓI TEVÉKENYSÉG



BIALKÓ László Gergő
PTE KPVK Filozófia Doktori Iskola, Pécs
A Tan Kapuja Buddhista Főiskola, Budapest
bialko.laszlo@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Jelen tanulmányomban a filozófiai praxist, annak legfontosabb fajtáit, értelmezési lehetőségeit és megnyilvánulási formáit mutatom be. Tekintettel a téma sokrétűségére, nem teljességre törekszem, inkább azt kívánom szemléltetni, hogy milyen alapokkal (és főbb irányokkal) rendelkezik a filozófiai praxis ahhoz, hogy helye legyen az életvezetési és tanácsadói tevékenységek között (beszéljünk akár egyéni tanácsadásról vagy csoportos elvonulásról). A téma időszerűségét alátámasztja az a rengeteg, ehhez kapcsolódó könyvmegjelenés és mozgalom, amely a filozófiát megpróbálja újra fontossá, a hétköznapi élet részévé tenni. Ez a fajta megközelítés lelkigyakorlatként, életmódként, esetleg terápiaként interpretálja a filozófiát, amely – hagyományánál fogva – valóban alkalmasnak tűnik arra, hogy segítsen új kérdéseket feltenni, és más megközelítési módokat találni egy adott szituációban. Alkalmasnak tűnik továbbá arra is, hogy önvizsgálatra, önnevelésre, önismeretre és kontemplációra készítse az embert. Nem utolsósorban pedig már magának a különböző filozófiai koncepcióknak a megismerése, megértése és gyakorlása is egy magasabb minőségű, boldogabb élethez vezethet. A filozófiai praxis azonban nem merül ki ennyiben, hiszen vannak intézményesült formái is, melyek között elsőként az egyéni és csoportos filozófiai tanácsadást vagy konzultációt érdemes kiemelni. Írásomban bemutatom az ezekkel a tevékenységekkel kapcsolatos fontosabb „mozgalmakat”, azok történetét és a velük szemben felhozott kritikákat. A témából adódóan módszereim között az elméleti összefoglaló és a filozófiai elemzés dominál. Arra jutok, hogy a filozófiai praxisnak – ahogyan például a mentálhigiénés gondozásnak vagy az irodalomterápiának – helye van a tanácsadói tevékenységek között, szükség lenne azonban ilyen irányú *aktív* posztgraduális képzésekre, illetve olyan szervezetre, egyesületre vagy társaságra, amely ezt a szemléletet képviseli.

Kulcsszavak: filozófiai praxis, terápia, tanácsadás, lelkigyakorlat

BEVEZETÉS

A neves egzisztenciális pszichoterapeuta, Irvin D. Yalom (2017) *A Schopenhauer-terápia* című fikciós könyvében egy Julius nevű pszichiáter és egy Phillip nevű filozófus (terápiás) kapcsolatát meséli el. A történetbe az olvasó ott kapcsolódik be, amikor kiderül, hogy a pszichiáternél gyógyíthatatlan bőrrákot diagnosztizálnak. Ez számvetésre készteti, ezért felveszi a kapcsolatot egy korábbi páciensével, akinek terápiás kezelését akkor kudarcként élte meg. Megdöbbenve értesült azonban arról, hogy kliense azóta filozófussá vált, és gyógyultnak gondolja magát, felépülését pedig – meglátása szerint – nem a pszichoterápiának, hanem egy rég halott ember gondolatainak köszönheti. Phillip szerint Arthur Schopenhauer pesszimista filozófiája gyógyította ki a lelki bajaiból.

Ezzel viszont még nincs vége a történetnek. Kiderül például, hogy Phillipnek még mindig mindennapi problémái vannak a párkapcsolatok és a szociális érintkezés terén, de nemcsak ő küzd démonokkal, hanem a pszichiáttere is. Julius, aki egész életében a lélek gyógyítójaként tevékenkedett, most nem tud mit kezdeni azzal az egzisztenciális válsaggal, amely a végső elmúlást, vagyis a halált jelenti. Úgy tűnik tehát, mintha mind a két férfinak szüksége lenne a másikra, és bár a történet szerint inkább Phillip az, aki többet nyer a kezeléssel, maga a szituáció, vagyis a pszichiáter és a filozófus találkozása, illetve az egymásra gyakorolt hatásuk, sok tanulsággal szolgál.

A témára fogékony érdeklődők Yalom írói munkássága révén nemcsak az egzisztenciális pszichológia alapvető kérdéseivel, működésének mechanizmusával ismerkedhettek meg, hanem azzal a jelenséggel is, amikor valaki életvezetési kérdések esetében a filozófiát hívja segítségül. *A Schopenhauer-terápiában* Yalom a filozófiai praxist is bemutatja, Phillip ugyanis szupervíziós lehetőséget kér a főszereplő pszichiátertől, és a történet végén maga is tanácsadóvá válik.

A pszichoterapeuta-író története rámutat többek között arra, hogy léteznek esetek, amikor a pszichológia nem tud kielégítő válasszal szolgálni a lélek minden rezdülésére, és arra is, hogy a filozófiai praxis akár intézményesült keretek között is működhetne életvezetési, tanácsadói vagy terápiás tevékenységként. Hogy kell azonban ezt elképzelnünk? Ahhoz, hogy erre a kérdésre válaszoljunk, először meg kell néznünk, mi alapján tekinthetünk úgy a filozófiára mint praxisra.

A PRAXIS ELMÉLETE RÖVIDEN¹

Ahhoz, hogy meghatározhassuk, mit értünk filozófiai praxison, kézenfekvőnek tűnik a filozófia felosztásából kiindulnunk. Ez a felosztás ugyan maga is bölcséleti vita tárgya, Arisztotelész óta azonban mégiscsak megkülönböztetünk teoretikus és praktikus „tudományokat”.² A praxisnak viszont innentől már több értelmezése is lehetséges. Ezzel kapcsolatban – meglátásom

1 A filozófiai praxistról, annak értelmezési lehetőségeiről és kérdéses pontjairól a közelmúltban az *Elpis Filozófiatudományi Folyóirat*ban bontakozott ki vita. A 2017-ben Nemes László által publikált *Filozófiai tudás vs. filozofálás: A közösségi filozofálás praxisa* című vitaindítóra (Nemes, 2017) vagy fél tucat reakció érkezett.

2 Arisztotelész filozófiájában a praktikus tudomány a helyes gyakorlati cselekvést (*praxis*) szolgálja, az ezzel elérhető jó az *eudaimonia*, vagyis a *sikerült élet*, a boldogság.

szerint – legalább három fő csoportot különíthetünk el. Ezek a következők:

1. A praxis a filozófia tárgya. Ez a hagyományos gyakorlati filozófiát jelenti, amelynek jó példája az etika.
2. Praxis lehet az is, amikor a teória a gyakorlatot akarja előmozdítani vagy befolyásolni.
3. Végző soron pedig praxis magának a filozófiának a gyakorlása. Ebben az esetben úgy is beszélhetünk praxistról, hogy közben nem a hagyományos értelemben használjuk ezt a fogalmat, vagyis nem úgy, mint az 1-es és 2-es pont esetében. Ezt az értelmezést a legkönnyebben olyan kulcsszavak mentén lehet bemutatni, mint például a kontempláció, az önvizsgálat és az életmód.

Esetünkben elsősorban ez utóbbi praxis-értelmezés és az erre alapozó mozgalmak, illetve tevékenységek kerülnek előtérbe a továbbiakban.

A filozófia mint „lélekgyógyítás”

A filozófiai praxis tárgyalásakor az egyik legfontosabb gondolkodó, akit meg kell említenünk, az Pierre Hadot.³ A francia filozófus – a hellén iskolákra alapozva, de nem kizárólag rájuk hivatkozva – amellett érvelt, hogy a filozófiai tevékenység az ókorban nem korlátozódott a megismerés területére, hanem folytonos fejlődést jelentett,

amelynek során a filozófus jobbá válhatott (Hadot, 2010, p. 12). Ezt támasztja alá az a Platón *Theaitétosz* dialógusában található részlet is, amelyben Prótagorasz – egyébként az igazság-központúság ellenében – így jellemzi a szofisták tevékenységét: „...a nevelés során is az egyik állapotból a másik, a jobbik állapotba való változásra kell törekedni; csakhogy míg az orvos e változást gyógyszerrel éri el, addig a szofista szavakhoz folyamodik” (Platón, 2001, p. 167). A hagyományos felfogással szemben tehát a szöveg szerint Prótagorasz nem arra törekszik, hogy ismeretet adjon át, hanem arra, hogy „betegeknek” jobb legyen a kezelés után.

A filozófia és az orvoslás, illetve „lélekgyógyítás” közötti analógia nem ismeretlen a filozófiatörténetben. Ezt jól példázza az az Epikurosznak tulajdonított tantétel is, amely így szól: „Üres az a filozófiai beszéd, amely nem gyógyít egyetlen emberi gyötrelmet sem. Épp, ahogy semmi haszna az orvoslásnak, ha nem üzi el a test betegségeit, a filozófiának sincs haszna, ha nem üzi el a lélek szenvedését”.

Azonban nem csak az ókori filozófiai iskolákban lehet találkozni az orvoslás (illetve „lélekgyógyítás”) és a filozófia közt megvont analógiákkal, a későbbi korok bölcséletében is megjelennek ilyen jellegű mintázatok. *Friedrich Nietzsche* például az *Ecce Homó*-ban kijelenti: „...az egészség, az élet akarására építettem föl filozófiámat...”

3 Bár Pierre Hadot volt az, aki a filozófia ilyen irányú értelmezését jelentősen meghatározta, említés szintjén érdemes kitérni még pár gondolkodóra, akik hasonlóan (akár Hadot-ra reflektálva) viszonyultak a filozófiához. Jan Patočka cseh filozófus is amellett érvelt, hogy a filozófia, ugyan még kimondatlanul, de már Démokritosznál is a *lélekről való gondoskodást* jelentette (Patočka, 2021). A francia filozófus, Michel Foucault az antik filozófia életmódot alakító szerepére hívja fel a figyelmet, a szexualitás történetének szentelt munkája harmadik részének pedig a *Törődés önmagukkal* címet adja (Foucault, 2001). Sárkány Péter ebbe az értelmezési keretbe sorolja még Wilhem Schmid német gondolkodó *életművészet-filozófiáját* (*Philosophie der Lebenskunst*) (Sárkány, 2014, p. 22 skk.), és hasonló életművészet-felfogásról tesz említést magyarországi előadásában Byung-Chul Han is.

(Nietzsche, 2003/2005, p. 18). Míg egy másik művében, az *Emberi, nagyon is emberi* című alkotásában, a német filozófus már az előszóban kiemeli, hogy írásai „egészségtant” fejtenek ki (Nietzsche, 2012/1886, p. 9; kiemelés az eredetiben).

Ha elfogadjuk a filozófia ilyen jellegű megközelítését, vagy legalább azt, hogy a filozófiatörténetben fellelhetők olyan viszszaátérő mintázatok, melyek úgy tekintenek a filozófiára mint „lélekgyógyításra”, lelki gyakorlatra vagy terápiára, feltehetjük azt a kérdést, hogy mégis kicsoda a gyakorlója, vagyis ki az alanya a praxisnak? A fentiekből adódóan ugyanis a lelkigyakorlatot végző személy maga a filozófus, aki ismeri és alkalmazza a filozófiai koncepciókat, kontemplációs vagy meditációs gyakorlatokat végez, önvizsgálatot tart, a filozófia esz-köztárának segítségével törekszik egy boldogabb élet elérésére. Mi van azonban azokkal az emberekkel, akik egyszerűen csak jobban szeretnék érezni magukat, boldogabbak szeretnének lenni, akik nyitottak az önfejlesztésre és önvizsgálatra, de nem szeretnének sem filozófiatörténetet tanulni, sem elmélyedni a különböző filozófiatörténeti diszciplínákban vagy koncepciókban? Másképpen megfogalmazva a kérdést: gyakorolhatja-e a filozófiai praxist az, aki nem filozófus? E kérdés megválaszolásához Szókratész személye jelentheti a kulcsot, akinek filozófiája elválaszthatatlanul összefonódik személyiségével, tevékenységével, életével.

Szókratész módszere

Szókratészről olvasva az az érzésünk lehet, hogy ő maga a két lábon járó filozófia, és tulajdonképpen a praxis megtestesülése.

Mint ismert, a görög bölcselelő nem dolgozott ki teóriát, és az őt követő tanítványokkal ellentétben nem is írt, illetve nem tartott előadásokat. Helyette egyszerű emberekkel beszélgetett a piacon, dialogikus *elenkhosz-módszerével*⁴ pedig egyfajta „szellemi bábaasszonyként” arra vette rá beszélgetőtársait, hogy lássák be tudatlanságukat. Erre a jellegzetesen szókratészi metódusra röviden érdemes kitérni, mivel ez később is fontos szerephez jut. Egy szokásos elenkhosz-módszer lépései a következők (Bene, 2013, p. 69 sk.):

1. Szókratész megfogalmazza a kérdését, mely legtöbbször egy, az adott élethelyzetből szempontjából fontos etikai erény mivoltára irányul. (Például: „mi a bátorság?”)
2. A beszélgetőpartnerét ráveszi, hogy próbáljon meghatározást adni az adott erényről. (Például: „a bátorság a lélek állhatatossága.”)
3. Szókratész kérdései nyomán a kérdező további tételeket fogad el sajátjának. (Úgy, mint: „a bátorság szép dolog.”)
4. Szókratész rámutat, hogy az utóbb elfogadott tételekből az eredeti meghatározás tagadása következik, ezért azt el kell vetnünk. (Például: „nem igaz, hogy a bátorság a lélek állhatatossága.”) Az eredeti meghatározás cáfolata után annak javított változatával tesznek próbát, vagy valamilyen új meghatározást vetnek fel. Miután valamennyi definíciókísérlet kudarchoz vezet, és nem kínálkozik több lehetőség, a kérdező az *aporia* („kiútatlanság”, „tanácstalanság”, „zavar”) állapotába jut. Ez az eljárás azonban mégsem öncélú, sőt, Platón a *Menón*-ban egy pozitívabb interpretációját adja az

4 Az *elenkhosz* jelentése: vizsgálat, ellenőrzés, cáfolat.

elenkhosz-módszernek. Eszerint ez egy olyan átfogóbb módszer része, amely pozitív ismeretekhez vezet. Szókratész álláspontja szerint ugyanis az igaz ismeretek eleve benne rejlenek a lélekben, amely jelenlegi életünket megelőzően is létezett. Amit tanulásnak szokás nevezni, az nem egyéb, mint visszaemlékezés (*anamnészisz*) ezekre az ismeretekre. Szókratész módszerében így két szakaszt tudunk elkülöníteni. Az első, negatív szakaszban cáfolatot nyernek a téves vélekedések, melyek útjában állnak a valódi tudásnak, és csak a tudatlanság belátása nyomán ébredhet fel az igény az igazság felkutatására. A második, konstruktív szakaszban felszínre kerülnek a lélekben rejlő ismeretek: a döntő mozzanat itt valamilyen új szempont felfedezése, amelynek alapján meghaladhatjuk az első szakaszban feltárt dilemmákat.

Az igazság felkutatására való törekvéssel, a tudatlanság belátásával és az új szempontok felfedezésével ezek a sajátos dialógusok belső lelkigyakorlatra hívnak, önnön valónk felderítésére, önvizsgálatra és önismereti fejlesztésre. A módszer lényege így a Szókratész és társa által megtett úton lesz. Ezen az úton pedig a beszélgetésben résztvevő megtapasztalhatja, mit jelent a szellem aktivitása, sőt, *ő maga is Szókratészé, vagyis filozófussá válhat* egy kis időre. Így a korábbi kérdéseinkre, miszerint gyakorolhatja-e a filozófiai praxist az, aki nem filozófus, igennel kell felelnünk. Egy filozófiai kérdésekre nyitott laikus, egy filozófiában jártas *facilitátor* segítségével maga is *filozófussá válhat* a szókratészi elenkhosz-módszerének segítségével.

Joggal vetődhet fel ugyanakkor az a kritika, hogy Szókratész élete és módszere az

igazság keresésére, illetve az ismeret fogalmának újraértelmezésére irányul, és nem a mentális jóllét elérésére. Ezzel kapcsolatban ugyanakkor az a kérdés is jogos, hogy az új szempontok felfedezése nem hasonlítható-e a kognitív terápiához? Donald Robertson skót kognitív pszichoterapeuta szerint az ókori dialógusokban Szókratész például olyasféle módszereket érvényesít, melyeket minden további nélkül leírhatunk a kognitív terápia előzményeként, és a görög bölcs bizonyos helyzetekben úgy lépett fel, akár egy kapcsolati tanácsadó (Robertson, 2025, p. 19). Robertson meggyőződése szerint a szókratészi módszer által elért szabadság nagyban hasonlít ahhoz, amit a modern pszichológusok „kognitív rugalmasságnak” neveznek (Uo., p. 31). Ez is azzal a hadot-i szemlélettel rokonítható, miszerint az ilyen jellegű filozófiai tevékenység nem korlátozódik a megismerés területére, és nemcsak a gondolkodásra, de az egész személyiségre is hatással van.

AZ INTÉZMÉNYESÜLT FILOZÓFIAI PRAXIS

Amennyiben a filozófiára életmódként, lelkigyakorlatként vagy terápiaként tekintünk, úgy az alkalmas lehet arra, hogy intézményes szinten is gyakorlati segítséget nyújtson a hozzá forduló emberek számára. Az ilyen típusú segítségnyújtás egyik legalapvetőbb formája a *filozófiai tanácsadás* vagy *konzultáció* (*philosophical counseling*), amely egy egyéni és egyénre szabott konzultáció keretében próbálja segíteni az őt felkereső klienst.

Egyéni filozófiai tanácsadás

A filozófiai konzultáció vagy tanácsadás alatt olyan vállalkozást kell tehát értenünk, mint amilyen az orvosok, pszichológusok, szociális munkások, mentálhigiénés szakemberek praxisa, azzal a különbséggel, hogy ebben az esetben egy filozófiában járatos szakember a bölcséletet használja az életvezetési döntések támogatására. A mozgalom elindítója, a német Gerd B. Achenbach, az 1980-as években nyitotta meg praxisát Németországban, ahová olyanokat várt, akik szellemi szükségleteikre, értelemkeresésükre és életvezetésük mikéntjére kerestek válaszokat. Érdekes, hogy bár Achenbach elutasítja a filozófia kizárólag akadémiai célú felfogását, a filozófiai praxist nem tartja gyógyítási célú terápiának.⁵ A német filozófus ugyanakkor a pszichológiát és a hozzá kapcsolt terápiát is kritikával illeti. Meglátása szerint a 20. században a pszichológia szinte egyeduralmat élvez az emberi problémák megoldásában, noha eljárásában – előzetes célkitűzései ellenére – súlyos ellentmondások fedezhetők fel. Achenbach szerint ugyanis a pszichológia abba a hibába esett bele, ami ellen kezdetben – vagyis a teológiai lelki gondozás elköteleződése és normatív jellege ellen – fellépett (Sárkány, 2004).

Achenbach mozgalmától függetlenül (de az ő koncepcióját már ismerve) a tengerentúlon is kialakult az intézményszerű filozófiai praxis. Ennek egyik legnagyobb hatású egyénisége Lou Marinoff,

az *American Philosophical Practitioners Association* elnöke, aki ugyancsak kritikával él a pszichológiával szemben. Meglátása szerint nem minden probléma esetében kell neurózisról beszélnünk, előfordul, hogy a segítőhöz forduló páciens vagy kliens nem orvosi értelemben vett problémával néz szembe, hanem filozófiával (például létértelmezéssel vagy etikai, erkölcsi kérdésekkel). A *Plato, not Prozac!* című művében – Achenbachnál némileg keményebben fogalmazva – annak a véleményének ad hangot, hogy az a felfogás nevezhető mentális betegségnek, amely szerint minden személyes probléma mentális betegség lenne (Marinoff, 2000, p. 36). Az amerikai filozófus úgy véli, hogy mint minden területnek, úgy a pszichiátriának is korlátozottak a lehetőségei, és nem tud teljes eredményt felmutatni mindenki számára (Uo., p. 21 skk.). Meggyőződése szerint a filozófia az a diszciplína, amely képes hossz távon is működő lehetőségekkel szolgálni. Ezzel kapcsolatban azt is hangsúlyozza, hogy a filozófia és a pszichológia „ikerdiszciplínák” voltak a 20. századig, és arra is kitér, hogy a pszichoterápia mint kifejezés két görög szó összetételéből ered: a *pszükhé* lelket, karaktert és lélegzetet is jelent, míg a *therapeia* gondoskodást.

Marinoff nézetéhez hasonló Peter B. Raabe szemlélete. A Németországban született, Kanadában élő filozófus szerint a mentális betegséggel diagnosztizált páciensek gyógyszeres kezelése gyakran tévút, sőt, a pszichoterápia (*beszélgetőterápia*) is

5 Ezzel kapcsolatban egy gondolat erejéig érdemes kitérni arra, hogy miként értelmezzük a terápiát mint fogalmat. A terápia szó ugyanis mára szorosan összefonódott az egészségügyben hozzá kapcsolt gyógyító tevékenységekkel (pszichoterápia, fizikoterápia stb.), a hagyományos görög értelemben azonban a *therapeia*ának szélesebb körű jelentést tulajdonítottak, amely minden jellegű gondozással, ápolással, kezeléssel kapcsolatos tevékenységet magába foglalt.

lehet hatástalan, ha a terapeutának alapszintű képzettsége sincs a filozófiai gyakorlatban (Raabe, 2014, p. 15). Raabe úgy tartja, hogy egy *beszélgetőterápia* minősége mindig is szegényes lesz, ha a terapeuta nem jártas a filozófia teóriáiban és alkalmazásában (Uo.).

Marinoff és Raabe kritikái nem egyedülállóak, fájó pontot értenek ugyanis a filozófiatörténetben. Arról a feszültségről van szó, amit a filozófiából fokozatosan kiváló különböző tudományterületek önállósodása okozott. A pszichológia ráadásul viszonylag későn válik önálló tudományos diszciplínává, és éppen egy olyan kompetenciaterületet rabol el a filozófiától (jelölve a *szubjektivitását*), amely Descartes óta a filozófia kutatási területének és önmeghatározásának lényegét adta (Sárkány, 2004).

Fontos kiemelni még Sárkány Péter filozófiaipraxis-felfogását, melyet a *filozófiai lélekigondozás* kifejezéssel illet. Ezzel az elnevezéssel részben a segítőfoglalkozások gyakorlatával szembeni távolságot jelzi, részben pedig a pszichoterápia és lelkigondozás szavak közös eredetére emlékeztet. Meghatározása szerint a lélekigondozás specifikumát a gondolkodás bölcséleti hagyományában ragadja meg, megkülönböztető tevékenysége pedig a *gondolkodás gondozása* (Sárkány, 2014, 53). Ilyen értelemben Sárkány filozófiai lélekigondozásában nem az ember lelki üdve, egészsége, szociális jólléte kerül középpontba, hanem a *megélt élet konkrét értelme*. Módszerei között az egyik legfontosabb a *szókratészi párbeszéd*, az *értékközpontú egzisztenciaanalízis* (ami tulajdonképpen az egzisztenciafilozófia és Viktor Frankl *egzisztenciaanalitikus logoterápiájának* alkalmazása) és a *fenomenológiai gyakorlat* (amely egységben szemléli a gondolkodás lehetséges irányait).

Egy eddig nem említett, de fontos módszer még az Elliot D. Cohen által kidolgozott *Logika-Alapú Terápia* (*Logic-Based Therapy*, röviden: LBT). Cohen szerint ez az egyik első, szisztematikusan kidolgozott módszere a filozófiai gyakorlatnak (praxisnak), amely hozzásegítheti az embereket egy boldogabb élet megéléséhez (Cohen, 2016, p. 15). Az amerikai filozófus úgy írja le módszerét, mint ami az életesemények értelmezéséről és az ezekből fakadó emberi érzelmekről szól. Meghatározó momentuma, hogy a logikai elemzés (és a filozófiai elméletalkotás) segíthet legyőzni az „*önsorsrontó, irracionális gondolkodást*”, és ezzel megteremti a feltételeket arra, hogy az ember „*jobban gondolkodjon*”, ezáltal pedig jobban érezze magát (Uo.; a szerző kiemelései). A Logika-Alapú Terápia módszere egy hatlépcsős keretrendszerből áll, amely a viselkedési és érzelmi problémák konstruktív kezelését tartja szem előtt. Ez a hat lépcsőfok a következő:

1. Az érzelmi gondolkodás azonosítása.
2. A meghatározó (*kardinális*) tévedések ellenőrzése a premisszákból.
3. Minden meghatározó tévedés (téves következtetés) cáfolása.
4. A *kísérő erény* beazonosítása.
5. Egy *lelkisítő* filozófia keresése.
6. Egy *cselekvési terv* készítése a filozófia alkalmazásával.

A Logika-Alapú Terápia tizenegy olyan meghatározó (*kardinális*) tévedést (gondolkodási hibát) nevez meg, amely aláássa a racionális viselkedést. Ez a tizenegy a *tökéletesség iránti vágy*; a *rettegés*; a *kárhoztatás* (akár önmagunk, akár más kárhoztatása); a *demotiváció*; „a *mindenki más is ezt csinálja*” típusú gondolkodás; a *kötelességtudó aggodalmaskodás*; a *manipuláció*; a „*körülöttem forog a világ*” típusú

gondolkodás; a túlzott leegyszerűsítés; a valószínűségek eltorzítása és a vak találgatás (Uo., p. 16). Cohen szerint mindegyik tévedésnek (illetve téves következtetésnek) megvan a maga *kísérő erénye*, amely ellensúlyozza azt, és meghatározza a pozitív irányt is. Egyszerűen megfogalmazva tehát a tévedések (téves következtetések) beazonosításával a kísérő erény is megtalálható, amely felé törekedni kell.

Közösségi filozófia

Az egyéni filozófiai tanácsadáson kívül a filozófiai praxis fontos fajtája még a csoportos filozófiai gondolkodás megnyilvánulása, a közösségi filozófia (*community philosophy*). Ennek jellegzetes formái a *gyerekfilozófia* (vagyis a gyerekek csoportjaival való filozofálás), a *filozófiai csoporttanácsadás* és talán a legnépszerűbb, a *filozófiai kávéház mozgalom*.⁶

A filozófiai kávéház eredetét Párizsban kell keresnünk. A kávéházi kultúrának és a filozófiai gondolkodásnak ilyen jellegű találkozása 1992-re tehető, amikor is Marc Sautet filozófus nyilvános filozófiai kávéházakat kezdett hirdetni a párizsi Bastille téren található Café des Phares nevű kávéházba (Nemes, 2014). A filozófiai kávéház tehát nem egy hely speciális elnevezése, hanem egy olyan, többnyire nyilvánosan meghirdetett esemény vagy összejövetel, ahol a résztvevők közös filozófiai beszélgetésen vesznek részt. (Vagyis mintegy filozófusokká válnak maguk is.) Az ilyen összejöveteleket általában egy filozófiában jártas *facilitátor* moderálja. Az „eredeti” elgondolás szerint egy ilyen esemény során a résztvevők a helyszínen javasolt filozófiai témákat vagy

fogalmakat beszélnek ki. Fontos kiemelni, hogy a filozófiai kávéház nem kávéházi filozófia, vagyis nem rendszertelen okoskodás, hanem meghatározott módszerekkel dolgozó közösségi filozófiai gyakorlat. Fő célja, hogy hozzásegítse a résztvevőket nézeteik (és tulajdonképpen életük) kritikus átvizsgálásához, s ezzel együtt egy filozófiai értelemben vett jobb élet eléréséhez és megéléséhez. Az ehhez hozzásegítő egyik legnyilvánvalóbb módszer, amit a *filozófiai facilitátor* alkalmazhat, az a szókratészi elenkhosz-módszerre épülő, de azt némileg módosító *Nelson-féle metódus*. Ezt Leonard Nelson göttingeni pedagógus és filozófus dolgozta ki, lényegében pedig Szókratész alapvetően két személyre vonatkozó dialógusát ültette át csoportpárbeszéddé, és igazított rajta olyan értelemben, hogy amíg a görög filozófus a céljának elérése érdekében trükköket is bevet (akár manipulál is), addig Nelson módszere a kölcsönös tiszteleten alapul (Sárkány, 2014, p. 66). Az ezt a módszert alkalmazó facilitátor csoportfoglalkozása alatt az alábbi fontos lépések különíthetők el (Uo., p. 67 skk).

1. Az első lépés, ugyanúgy, mint Szókratész esetében, a téma megtalálása. A legideálisabb kérdésfelvetés egy adott dolog lényegére, természetére irányul. Például: Mi a barátság? Mi a szabadság? Mi a felelősség?
2. A második lépés a példák keresésének mozzanata. A csoport vezetője vagy facilitátora megkéri a résztvevőket, hogy a feltett kérdésre válaszolva mondjanak példákat, és amennyiben szükséges, a tagok előtt fejtssék is ki azokat.
3. Megkezdődik a példák elemzése. A csoport egy konszenzusos döntés révén

⁶ Lásd még: Fulford et al. (2020).

kiválaszt egy példát az elhangzottakból. Lehetőleg olyan példát, amely a csoport megegyezése szerint a leginkább elősegítheti a feltett kérdés megválaszolását. Ezután megkérlik azt, aki a példával előállt, hogy a lehető legrészletesebben fejtse ki mondandóját. A csoport feladata ekkor a példa részletes elemzése lesz.

4. A negyedik lépés a definíció megalkotása. A példa részletes kielemezésével kapcsolatban a csoport a párbeszédet folytatva megalkot egy konszenzusos definíciót, majd megvizsgálják, hogy ez a meghatározás illik-e mindegyik példára. Amennyiben nem, akkor tovább folytatják a folyamatot egészen addig, amíg az alkalmassá nem válik arra, hogy az összes szóban forgó példát lefedje.
5. Az utolsó lépés a beszélgetés lezárása. Ekkor a csoportvezető teret ad a megalkotott definícióra vonatkozó hipotetikus kérdések és példák megfogalmazására. Ha a meghatározás ezeknek a törekvéseknek is ellenáll, akkor a csoportvezető rögzíti a definíciót, és lezárja a foglalkozást.

Ez a módszer egy 5–10 fős csoport 3–4 órán át tartó beszélgetésén nyugszik. Használhatóságának lehetősége igen sokrétű. Ahogyan megjelenhet a filozófiai praxis módszerei között – így például a filozófiai kávéházban –, úgy a szociális munka eszköztárában is, de érvényesülhet továbbá a filozófia, illetve az etika oktatásában, vagy akár a mentálhigiénés gondozásban és az azzal kapcsolatos foglalkozásokon. Ennek megfelelően mindegyik terület a maga kereteihez igazíthatja a módszer alkalmazhatóságát.

A Nelson-féle szókratészi módszernek további fontos eleme, hogy a csoport által megfogalmazott személyes tapasztalatokon

nyugvó példákból induljon ki, egy másik hangsúlyos momentum pedig a csoportdöntés, a folyamatos egyeztetésen alapuló meghatározás kialakítása. Az ehhez a módszerhez köthető fogalmi analízis segítheti a résztvevőket abban, hogy jobban megértsenek egy-egy élethelyzetet, tisztább képet kapjanak egy adott problémáról, és annak megoldási lehetőségeiről, valamint más perspektívákat is megismerjenek a sajátjukon kívül.

A filozófiai praxis tekintetében talán a filozófiai kávéház és a hozzá hasonló csoportos filozófiai gondolkodás koordinálását előtérbe helyező tevékenységek a legnépszerűbbek Magyarországon. Rendszeresek a Nemes László filozófus által rendezett filozófiai- és úgynevezett *halálkávéházak*, illetve *kertfilozófiai* alkalmak, valamint 2024-ben egy ismert és népszerű kultúrkávézóban is elindult egy *Élőfilozófia* elnevezésű sorozat, melyet szintén nagy érdeklődés övez minden alkalommal. Időről időre felbukkannak olyan kezdeményezések is, amelyek valahol a *biblioterápiás „ülések”* és a filozófiai kávéházi események határterületén mozognak. Az ilyen jellegű kezdeményezések során a résztvevők nem egy előre meghatározott fogalommal, hanem egy előre megadott (irodalmi vagy filozófiai) szöveggel dolgoznak, felhasználva akár a biblioterápia eszköztárát is.

Egy másik friss tevékenység, az úgynevezett filozófiai elvonulás is a csoportos filozófiai gondolkodás koordinálását helyezi előtérbe. Ez amellet, hogy közösségi tevékenység, a kontemplációra helyezi a hangsúlyt. Máriás Leonárd és Pavlovits Tamás 2024 szeptemberében már negyedik alkalommal szervezték meg filozófiai elvonulásukat. A pár napos alkalmak résztvevői a Szegedi Tudományegyetem

filozófia szakos hallgatói és doktoranduszai voltak, a csoportok létszáma a két vezető mellett 8–10 fő volt. Az elvonulásokon a szervezők egy-egy filozófusnak (Platón, Arisztotelész, Plótinosz, Descartes) a kontemplációval kapcsolatos szövegét állították a középpontba, és azzal dolgoztak. Az elvonulók először kontemplatív szövegolvasási gyakorlatok formájában vonták be ezeket a szöveget a szemlélődésbe, majd a szövegtől elszakadva megpróbálták közösen gyakorolni a kontemplációt. Mindezt tették egyrészt abban a formában, ahogy az magukban a szövegekben megjelent, másrészt vezetett csendmeditációk vagy a természetben folytatott kontemplatív séták alkalmával (Máriás & Pavlovits, 2024).

A Máriás és Pavlovits által szervezett elvonulások sok hasonlóságot mutatnak az úgynevezett *Deep Philosophy* (Mélyfilozófia) mozgalommal. Ez az irányzat Ran Lahav izraeli-amerikai filozófushoz köthető, aki 2017-ben megalapította a *Deep Philosophy Group* (vagyis a Mélyfilozófiai Csoport) nevű közösséget. Lahav a *Deep Philosophy*-t úgy határozza meg, mint a belső mélységünkben történő filozofálást, egy olyan kontemplatív szemlélődést, amelynek segítségével a szemlélő az emberi valóság alapjaihoz igyekszik kapcsolódni (Lahav, 2021 előszava). Máriás és Pavlovits kezdeményezéséhez hasonlóan a Lahav-féle *Deep Philosophy*-nak is a legfőbb tevékenysége a filozófiai szövegeken való szemlélődés lesz. A *Deep Philosophy* esetében ez a szemlélődés csoportos tevékenység, és azt jelenti, hogy a tagok „belső mélységükből”, ítélkezés nélkül, „befelé figyelve” együtt olvasnak és gondolkodnak. Hagyják, hogy

a szavak és gondolatok rezonáljanak, és új felismeréseket, új megértéseket ébresszenek bennük. A *Deep Philosophy* hét pilléren nyugszik (Lahav, 2021, 8. fejezet). Ez a hét *a valóság utáni vágyakozás; a belső mélység* (vagyis a tapasztalás belső megélése); *a valóság filozófiai megértésére tett kísérlet; a kontempláció; az összetartásban való egymásra hangolódás; a filozófiai szövegek mélyebb jelentéseinek (a valóság hangjainak) felfedezése és az átalakulás (transzformáció).*

Ezen pillérek kifejtésénél azonban esetünkben érdekesebbek azok a módszerek és gyakorlatok, melyeket a *Deep Philosophy Group* dolgozott ki.⁷ A *recitáció*, a *listázás* vagy éppen *filozófiai jegyzetek készítése* mellett kifejezetten érdekes gyakorlat a *filozófiai térkép készítése* (*Philosophical Mapping*). Ez a gyakorlat leginkább a *gondolattérképek* (*mind map*) készítéséhez hasonlítható, csak ez esetben a térkép olyan szavakból és kisebb rajzokból áll össze, amelyek az adott filozófiai szöveg hatására az olvasóban felszínre törnek. Egy másik érdekes gyakorlat a vezetett *filozófiai imagináció*. Ebben a gyakorlatban könnyen elképzelhető filozófiai szövegek (például Platón balranghasonlatának) vizualizációján van a hangsúly (Lahav, 2021, 11. fejezet).

A FILOZÓFIAI PRAXIS VISZONYA MÁS, SEGÍTSÉGNYÚJTÁSSAL FOGLALKOZÓ TERÜLETEKEN

Ahogy arról fentebb már szó volt, a filozófiai praxis nem kizárólag a filozófiai magánpraxist jelenti (ahol egy képzett

⁷ Ezekről a módszerekről rövid ismertető a közösség honlapján is olvasható. *Deep Philosophy Group*: <https://dphilosophy.org/>

szakember filozófiai szolgáltatásokat nyújt), hanem minden olyan területet, amely a filozófiai szemléletet a mai társadalmi keretek között szeretné érvényesíteni (Sárkány, 2014, 100 sk.). Ilyen területek lehetnek például a humán segítségnyújtással foglalkozó tevékenységek, úgy mint a pszichoterápiás- és mentálhigiénés gondozás, de akár a szervezetfejlesztés is. Vagyis a filozófiai praxis más, pszichológiai, szociálpedagógiai, orvosi vagy egyéb praxisok keretén belül is alkalmazható, amennyiben az adott szakember megfelelő ismeretekkel és képzettséggel rendelkezik. Ezzel kapcsolatban Sárkány arra a furcsa jelenségre is felhívja a figyelmet, miszerint a filozófiai praxis első képviselőjének számító Gerd B. Achenbach élesen elkülöníti a filozófiai praxist a *logoterápiától*, mondván, hogy a logoterápia „pszichoterápiái köntösbe bújtatott álfilozófia”, a német gondolkodó azonban nem reflektál az állítás megfordításának lehetőségére, amely a filozófiai tanácsadást filozófiai köntösbe bújtatott álpszichoterápiának bélyegezné (Uo.). Sárkány ugyanakkor azt is megjegyzi, hogy a logoterápia és az egzisztenciaanalízis oly erősen kötődik a fenomenológiához és az egzisztenciaközpontú bölcsesetekhez, hogy azok konkrét alkalmazásának is tekinthetők.

Közvetlen egészségügyi vonatkozásban – tehát az egészségügyi intézményrendszer keretein belül – a filozófiai praxis több más változata is megjelenhet. Ígéretes lehetőségnek számít például a – Magyarországon sajnos gyakorlatilag nem létező – klinikai etikai tanácsadás, de ezen túl is léteznek olyan nemzetközi példák, melyek az egészségügyben megjelenő filozófiai

praxis szerepéről szólnak (Nemes, 2012). Ilyen például a rákbeteg pácienseknek nyújtott csoportos filozófiai tanácsadás, melynek egyik neves képviselője, Vaughana Feary (aki egyébként maga is gyógyíthatatlannak vélt rákbetegség túlélője).⁸

Ígéretes terület még a filozófiai praxis számára az orvosi rehabilitációba való bevonása. Ennek fontos szereplője Richard Levi, a svéd Umeå Egyetem rehabilitációs osztályának professzora, akinek meggyőződése, hogy a rehabilitációs orvoslásnak a teljes személylél („holisztikusan”) kell foglalkoznia. Levi megállapítása szerint sok beteg „egzisztenciális törést” tapasztal egy súlyos trauma vagy betegség után, ami a mindennapi élet számos aspektusának alapvető átértékelését igényli. Ezért javasolja a rehabilitációs folyamat kiegészítőjeként a filozófiai praxist, amely megkönnyítheti az „életvilág-elemzéseket”, és lehetővé teszi a beteg számára, hogy megtalálja az élet értelmének forrásait (Levi, 2010).

KÉRDÉSEK, PROBLÉMÁK

A csoportos filozófiai tanácsadással kapcsolatban általában az első kritikák között az jelenik meg, hogy nem minden esetben lehet jól elhatárolni és meghatározni a tanácsadói vagy terápiás tevékenységet. Vékony ugyanis a határvonal a filozófiai kávéház és a kávéházi filozofálás (lekicsinylő jelzővel: *kocsmafilozofálás*) között. A praxis mellett szól, hogy azt már a facilitátor részvétele is megkülönbözteti a kávéházi filozofálástól, hiszen az ő feladata a csoportos filozófiai gondolkodás

⁸ A daganatos vagy más súlyos betegségekkel küzdő páciensek esetében egyébként jól működhetnek a korábban már említett egzisztenciaanalízisre épülő vagy logoterápiás tanácsadások is.

koordinálásának előtérbe helyezése. Arra nézve azonban sem előírások, sem elvárások nincsenek, hogy milyen kompetenciákkal, készségekkel, attitűddel, tudással kellene rendelkeznie egy ilyen facilitátornak. Ehhez kapcsolódó probléma, hogy Magyarországon jelenleg a filozófiai praxist csak kurzusszinten lehet tanulni,⁹ mert bár hivatalosan a filozófiai tanácsadó végzettséggel járó szakirányú továbbképzés ma is létezik a szakok kínálata között, nincs olyan felsőoktatási intézmény, amely azt indítaná. Ezt a továbbképzési szakot, amely az Oktatási Hivatal engedélyével működött, 2009-ben a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Filozófiai Tanszékének támogatásával dolgozta ki Sárkány Péter. A képzés olyan kompetenciák elsajátítására helyezte a hangsúlyt, amelyek a filozófiai teória által irányított cselekvés kialakításához, az etikai alapmagatartások begyakorlásához és az ezekre alapozott életvezetési tanácsadáshoz szükségesek. A szakon azonban mindössze egy évfolyam végzett, Sárkány pedig a megváltozott körülményekre való tekintettel nem tudta tovább vállalni a feladatot, 2013-ban lemondott a képzés vezetéséről és szervezéséről (Sárkány, 2018).

A filozófiai tanácsadási tevékenységet Magyarországon nem ismeri sem a jog, sem a közigazgatás, erre hivatalosan vállalkozói tevékenység nem váltható ki. Ez azért is problémás, mert sem etikai, sem jogi értelemben nincs tisztázva, hogy egy tanácsadói tevékenység során hol vannak a filozófiai tanácsadó kompetenciahatárai, meddig terjed a felelőssége, mennyiben kell felelősséget vállalnia egy klienssel történő tanácsadási folyamatban, és milyen

következményei lehetnek például annak, ha valami balul sült el a tanácsadási kapcsolatban. (Ez valójában egy, a filozófiai praxison is túlmutató probléma, hiszen Magyarországon általában véve nincs szabályozva a tanácsadói tevékenység, vagyis valójában bárkiből lehet valamilyen tanácsadó.) Az ilyen jellegű problémák tisztázásához megfontolandó lenne egy olyan szervezet, egyesület vagy társaság létrehozása, amely a filozófiai praxissal kapcsolatos tevékenységeket képviselné.

További kérdéses elem, hogy például egy népszerűbb kávéházi alkalom miben különbözik egy filozófiai előadástól (vagy egy nagyobb létszámú szemináriumtól) akkor, amikor akár két-három tucat résztvevő is összejöhet egy ilyen eseményen, s az érdeklődők egy része – a nagy létszám miatt – nem tud bekapcsolódni a csoportos filozofálás koordinált folyamatába. Hasonló kritikát lehet megfogalmazni a filozófiai elvonulás esetében is, itt sem húzható feltétlenül éles határvonal az elvonulás és egy intenzívebb szemináriumi időszak vagy tematikus nyári egyetem közé.

Az ilyen jellegű felvetések és kritikák esetében azonban azt is látnunk kell, hogy a filozófiai praxishoz (elsősorban a tanácsadáshoz) leginkább közel eső területek – úgy, mint az irodalomterápia vagy a mentálhigiénés gondozás (de ide sorolhatnánk a *coaching*ot is) – kivívták maguknak a jogot arra, hogy önálló tevékenységként tekintsünk rájuk. Annak ellenére, hogy a mentálhigiéné fogalmának értelmezésével kapcsolatban – hasonlóan a filozófiai praxishoz – nem egységesek az álláspontok (Buda, 2002, p. 9). Arról nem is beszélve,

9 Többek között én magam is tartok „Filozófiai praxis” kurzust a Tan Kapuja Buddhista Főiskola MA-képzésén.

hogyan a mentálhigiénés munkatárs fogalma gyakorlatilag magyar kuriózumnak számít, külföldön a mentálhigiéné szót alig használják (Uo., p. 31). Az irodalomterapeuta már egy nemzetközileg is jobban elismert tevékenység, Magyarországon azonban bárki megkaphatja a (fejlesztő) irodalomterapeuta címet, aki elvégez egy 1 vagy 2 éves továbbképzést. Mindez nem azt jelenti, hogy a mentálhigiénének vagy az irodalomterápiának ne lenne létjogosultsága vagy a helyét megillető presztízse, hanem éppen azt, hogy a filozófiai praxisnak is talán éppen ezen tevékenységek példáját kellene követnie, és önálló, *aktív* posztgraduális képzésként megjelennie (visszatérnie) a felsőoktatásba.

ÖSSZEGZÉS

Mint láthattuk, a filozófiatörténetben megjelennek olyan mintázatok, amelyek úgy tekintenek a filozófiára mint „lélekgyógyításra”, lelkigyakorlatra vagy terápiára. Ennélfogva a filozófia alkalmasnak tűnik arra, hogy önvizsgálatra, önnevelésre, önismeretre és kontemplációra készítse az embert, illetve, hogy egy filozófiai értelemben vett magasabb minőségű, boldogabb életet élhessen. A filozófia ilyen jellegű megközelítése esetén filozófiai praxisról beszélünk, melynek vannak intézményesült formái. Ilyen az egyéni, illetve csoportos filozófiai tanácsadás. Írásomban

bemutattam ezeknek a „mozgalmaknak” a legfontosabb fajtáit (és rövid történetüket), majd kitértem a velük kapcsolatban felhozott általános problémákra és kérdésekre. A különböző módszerek (elenkhosz-módszer, Nelson-féle szókratészi párbeszéd, Logika-Alapú Terápia) bemutatásával azt kívántam szemléltetni, hogy a filozófiai tanácsadás (akár az egyéni, akár a közösségi filozófia) bárki számára hasznos lehet, aki egy filozófiai értelemben vett magasabb minőségű, végső soron boldogabb életre vágyik. Nem kell filozófusnak lennie annak, aki filozófiai tanácsadón vagy a közösségi filozófia valamilyen formájában venne részt, a módszerek ugyanis – ahogyan azt már Szókratésznál is láttuk – *bizonyos értelemben filozófussá teszik őt*. Ezen a ponton ér össze a filozófiai tanácsadás és a filozófia gyakorlása mint praxis.

Mint kiderült, a filozófiai tanácsadás esetében még számos bizonytalanság, kérdés és probléma felmerülhet, azonban azt is láthattuk, hogy a hozzá leginkább hasonló területek esetében sincs ez másként. Meglátásom szerint segítene bizonyos fokig tisztázni a filozófiai praxis helyét és szerepét (Magyarországon legalábbis), ha önálló szakként vagy szakirányú továbbképzésként *aktívan* jelen lenne a felsőoktatásban, valamint ha szervezeti szinten is tudná képviseltetni magát. Ami biztos, a filozófiai praxisnak újabb és újabb szárnypróbálgatásai vannak, amiket nem hagyhatunk figyelmen kívül.

SUMMARY

PHILOSOPHICAL PRACTICE AS LIFE COACHING AND COUNSELLING

Background and Aims: In this paper, I present philosophical praxis, its most important types, interpretative possibilities, and forms of manifestation. Given the complexity of the subject, I do not aim to be exhaustive, but rather to illustrate the foundations (and main directions) by which philosophical praxis can be situated among life coaching and counselling activities (whether individual counselling or group retreats). The timeliness of the topic is underlined by the many recent book publications and movements that seek to make philosophy relevant again and integrate it into people's everyday lives. This approach interprets philosophy as a spiritual practice, a way of life, or even a therapy which, by its very tradition, appears capable of helping individuals pose new questions and discover alternative ways of approaching a given situation. It also seems capable of prompting introspection, self-education, self-awareness and contemplation. Last but not least, the very act of learning, understanding and practising different philosophical concepts can contribute to a higher quality of life and greater happiness. Philosophical practice does not stop there, however, as there are also institutionalised forms, of which individual and group philosophical counselling or consultation are the most noteworthy. I describe the main 'movements' associated with these activities, their history and the criticisms levelled against them. My methodology relies primarily on theoretical synthesis and philosophical analysis. I conclude that philosophical practice, like mental health care or literary therapy, has a legitimate place among counselling activities, but that there is a need for active postgraduate training in this area and for an organisation, association or society that takes this approach.

Keywords: philosophical practice, therapy, counselling, spiritual practice

IRODALOM

- Bene, L. (2013). Görög-római filozófia. In G. Boros (Ed.), *Filozófia* (pp. 65–95). Akadémiai Kiadó.
- Buda, B. (2002). *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései*. Animula.
- Cohen, E. D. (2016). *Logic-based therapy and everyday emotions: A case-based approach*. Lexington Books. <https://doi.org/10.5771/9781498510479>
- Foucault, M. (2001). *A szexualitás története III: Törődés önmagunkkal* (Sujtó L. ford.). Atlantisz.
- Fulford, A., Lockrobin, G., & Smith, R. (Eds.) (2020). *Philosophy and community: Theories, practices and possibilities*. Bloomsbury Academic. <https://doi.org/10.5040/9781350073432>
- Hadot, P. (2010). *A lélek iskolája* (Cseke Á. ford.). Kairosz.
- Lahav, R. (2021). *What is deep philosophy? Philosophy from our inner depth*. Loyev Books.

- Levi, R. (2010). Philosophical practice in rehabilitation medicine: Grasping the potential for personal maturation in existential ruptures. *Philosophical Practice*, 5(2), 607–614.
- Marinoff, L. (2000). *Plato, not Prozac! Applying eternal wisdom to everyday problems*. HarperCollins.
- Máriás, L., & Pavlovits, T. (2024). Filozófiai lelkigyakorlat, avagy hogyan gyakoroljuk a filozófiai kontemplációt? *Pannonhalmi Szemle*, 32(4), 90–99.
- Nemes, L. (2012). Filozófiai praxis az egészségügyben. *Lege Artis Medicinae (LAM)*, 22(8–9), 550–557.
- Nemes, L. (2014). Filozófiai kávéház (Philosophical café). *Academia.edu*. https://www.academia.edu/6305506/Filoz%C3%B3fiai_k%C3%A1v%C3%A9h%C3%A1z_Philosophical_caf%C3%A9
- Nemes, L. (2017). Filozófiai tudás vs. filozofálás: A közösségi filozofálás praxisa (A praxis-vita vitaindítója). *Elpis Filozófiatudományi Folyóirat*, 10(2), 181–193. <https://doi.org/10.54310/Elpis.2017.2.12>
- Nemes, L. (2022). Filozófiai tudás vs. filozofálás kontra filozófiai elmélet vs. gyakorlat. A praxis-vita tanulságai (A praxis-vita lezárása és tanulságai). *Elpis Filozófiatudományi Folyóirat*, 15(1–2), 121–131. <https://doi.org/10.54310/Elpis.2022.1.9>
- Nietzsche, F. (1886). *Menschliches, Allzumenschliches*. Digitale Kritische Gesamtausgabe. <http://adriaan.biz/nietzsche/Menschliches,%20Allzumenschliches%202.pdf>
- Nietzsche, F. (2003). *Ecce homo* (Horváth G. ford.). Göncöl.
- Nietzsche, F. (2005). *Ecce homo*. Project Gutenberg. <https://www.gutenberg.org/cache/epub/7202/pg7202.html>
- Nietzsche, F. (2012). *Emberi, nagyon is emberi II* (Horváth G. ford.). Cartaphilus.
- Patočka, J. (2021). *Platón és Európa* (Varga Gy. ford.). MMA Kiadó.
- Platón. (2001). *Theaitétosz* (Bárány I. ford.). Atlantisz.
- Raabe, P. B. (2014). *Philosophy's role in counseling and psychotherapy*. Jason Aronson.
- Robertson, D. (2025). *Gondolkozz úgy, mint egy görög bölcs – Szókratész filozófiája mint életút* (Bartók I. ford.). Hítel Kiadó.
- Sárkány, P. (2004). Filozófiai praxis dióhéjban. *Pro Philosophia Füzetek*. <https://www.c3.hu/~prophil/profi044/sarkany.html>
- Sárkány, P. (2014). *A filozófia mint praxis*. L'Harmattan.
- Sárkány, P. (2018). Életbölcselet és filozófiai gyakorlat: Megjegyzések a praxis-vitához (Első hozzászólás a praxis-vitához). *Elpis Filozófiatudományi Folyóirat*, 11(1), 149–155. <https://doi.org/10.54310/Elpis.2018.1.11>
- Yalom, I. D. (2017). *A Schopenhauer-terápia*. Park Könyvkiadó.

GENETIKAI ÖRÖKSÉG – CSALÁDI TEST. EGY ÖRÖKLŐDŐ BETEGSÉG EMBODIMENT- TAPASZTALATA



TOMÁN Edina

ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Tanácsadás- és Iskolapszichológia Tanszék
toman.edina@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A tanulmány az inter-embodiment-paradigmában rejlő lehetőségeket az örökletes thrombophilia értelmezésén keresztül mutatja be, amely betegség fokozott vérrögképződési hajlamot jelent. Az embodiment-paradigma túlmutat a test puszta fizikálításán, és magában foglalja a megélt szubjektív és interszónális tapasztalatokat is. Egy betegség örökletes jellege nemcsak az egyént, hanem családtagjait is bevonja a genetikai sérülékenység narratívájába és a megélt közös testi tapasztalatba. Tanulmányunk célja a genetikai örökség embodiment-tapasztalatainak családi szinten történő feltárása. Azt vizsgáljuk, hogyan él meg az érintettek a genetikai betegségüket, miként alkotják újra a családi narratívákat és a genetikai örökség tapasztalatát.

Módszer: Kérdéseink megválaszolására az interpretatív fenomenológiai analízis kvalitatív módszerét alkalmaztuk. Tíz félig strukturált interjút vettünk fel, thrombophiliával diagnosztizált személyekkel.

Eredmények: Négy közös élménytémát azonosítottunk: 1. *A családi betegség rekonstrukciója mint identitásképző folyamat;* 2. *Thrombophilia mint közös testi tapasztalat;* 3. *Az örökölt felelősség és a genetikai sors dilemmái;* 4. *A genetikai örökség érzelmi terhei.*

Következtetések: Az öröklés tapasztalata nem pusztán biológiai tényként jelenik meg a résztvevők élményeiben, hanem egy komplex transzgenerációs narratívaként, amely identitásformáló erővel bír.

Kulcsszavak: thrombophilia, embodiment, genetika, fenomenológia, kvalitatív kutatás

BEVEZETÉS

Örökletes thrombophilia

Az örökletes thrombophilia egy olyan állapot, amelyet genetikai tényezők következtében megnövekedett vérrögképződési hajlam jellemez. Szövődményei között megtalálható a stroke, a myocardialis infarktus vagy a pulmonális embólia, amely betegségek a mortalitási és morbiditási statisztikák élén állnak (WHO, 2021). A betegség idői lefolyása stabil és állandó, potenciális szövődményei súlyosak, az állapotot kezelni lehet, de gyógyítani nem. Mindezen információk és a velük kapcsolatban megélt tapasztalatok érzelmileg rendkívül súlyos teherként nehezednek az érintettekre (Abughanimeh et al., 2022; Graffigna et al., 2014; Saukko et al., 2006; Saukko et al., 2007; Tomán et al., 2024; Vegni et al., 2013). A genetikailag öröklött betegség szubjektív megélése és a diagnózis értelmezése jelentősen befolyásolhatja a betegséghez való alkalmazkodást, mind egyéni, mind interperszonális szinten. Transzgenerációs perspektívából tekintve a genetikai információ befolyásolja a családi kapcsolatokat alakulását (De Stefano & Rossi, 2013), az információ megosztási vágyát vagy éppen a titkok keletkezését (Smith et al., 2011). A trombózisra való genetikai hajlam felismerése katalizálhatja a családon belüli közös döntéshozatalt, valamint a reprodukcióval kapcsolatos megfontolásokat (Smith et al., 2011; Unterscheider et al., 2017; Vegni et al., 2013).

Genetikai identitás

A genetika fontos összetevője az identitás megkonstruálásának (Walter & Emery, 2005; Nordgren, 2008; Klitzman, 2009).

A genetikai betegségekkel élő személyek számára nehézséget és kihívást jelent az öröklődő betegségeknek, illetve azok potenciális lehetőségének az identitásba való integrálása. Szubjektív tényező, hogy a birtokukban lévő genetikai információk mely aspektusaira – és miként – összepontosítanak identitásuk alakításakor. Az elmúlt években egyre több tanulmány (Klitzman, 2009; Oliveri & Pravettoni, 2017; Rosendaal, 2005; Underhill et al., 2012; Vegni et al., 2013) bővítette a genetikai betegségek és az identitás megkonstruálásának rendelkezésre álló szakirodalmát, a genetikai orvoslás permanens fejlődése ugyanakkor újabb és újabb kérdéseket vet fel (Walter & Emery, 2005) – a pszichológia kontextusában is. Természetesen más jellegű betegségek is identitásformáló hatásúak, a genetikai betegségek azonban különleges kihívást jelentenek, mind az átélők, mind a témát vizsgáló kutatók számára. Bármilyen genetikailag öröklődő betegségről legyen szó, személyes, kulturális és társadalmi jelentésrétegek építik fel azt a komplex jelentést, amelyet egy beteg ad a betegségének (Klitzman, 2009). Ezek közé tartozik például a családi történet, a tünetek súlyossága és jellege, a diagnózis bizonytalansága, az esetleges tünetmentes mutációk, a genetikai betegségek stigmatizációja vagy a betegségek újszerűsége és ezáltal kihívást jelentő értelmezhetősége (Tomán, 2024).

Embodiment és genetika

Az 1990-es években az egészség és betegség társadalomtudományi kutatásainak figyelme a genetika felé fordult (Conrad & Gabe, 1999; Cox & McKellin, 1999; Parsons & Atkinson, 1992). Ezek a tanulmányok különösen a genetikai tudás életutakra

(Lawton, 2003), identitásra és családi kapcsolatokra gyakorolt hatását vizsgálják (Kerr, 2004; Novas & Rose, 2000). Ugyanakkor a genetikai betegségekkel szembesülő egyének megélt tapasztalatai magukban foglalhatják a genetika és a test metszéspontjait is (Hagen, 2018). Az *embodiment* (Csordas, 1990), vagyis a *megtestesültséggel* kapcsolatos perspektívákat vizsgáló pszichológiai kutatások az ember *testies* létezésének, az emberi testnek mint anyagi létezőnek alapvető szerepet tulajdonítanak a psziché érintő tartalmak létrejöttében, illetve alakulásában (Csekő & Bodor, 2021). A fogalom magyar nyelvű megfelelőinek sokrétű használatával kapcsolatban Kiss (2021) gondolatmenetét követem, aki tanulmányában szándékosan az angol nyelvű *embodiment* kifejezést használja. Ezt azzal magyarázza, hogy a fogalomra alkalmazható magyar nyelvű kifejezések – mint a *megtestesültség* vagy a *testet öltöttség* – implicit módon teremtik újra azt a klasszikus test-lélek dichotómiát, amelyet az *embodiment* paradigma lényegében meg kíván haladni (Kiss, 2021). Az *embodiment* túlmutat a test pusztá fizikalitásán, és magában foglalja a megélt szubjektív és interperszonális tapasztalatokat, és a testi jelenségekkel összefonódó kulturális értelmezéseket (Csordas, 1990).

Inter-embodiment

Az *inter-embodiment* fogalom (Weiss, 1999; Springgay, 2008) kifejezi, hogy a megtestesült tapasztalatok nem „magánügyek” (Weiss, 1999, p. 5), hanem a mások testével való interakciók termékei (Jenkins et al., 2013). A testi tapasztalat nem a testen belül, hanem a *húson*, vagyis a szubjektív és objektív világ közti kapcsolaton

keresztül adódik, ily módon kapcsolatot fon a testek, vagyis az Én és a másik közé (Merleau-Ponty, 1968). Önmagunkat, szubjektivitásunkat és a körülöttünk lévő világot a másokkal való (testi) kapcsolataink alapján alakítjuk, közvetítjük és konstruáljuk meg (Springgay, 2008). Mivel az *inter-embodiment* – és ezáltal maga az *embodiment* kifejezés is – hordozhatja egy kognitív szubjektum utólagos megtestesülésére utaló jelentésréteget, tanulmányomban a továbbiakban az *interkorporeitás* (testköziség) terminusát használom helyette. E kifejezés Merleau-Ponty (1968) fenomenológiai szelfértelmezéséhez kapcsolódik, amely nem egy megtestesült, hanem egy eredendően testből kiinduló szubjektum-felfogást tételez. Az *interkorporeitás* kifejezetten a testek közötti összeszövődöttséget ragadja meg, és pontosabban tükrözi azt a szemléletet, amelyben a szubjektivitás eleve másokkal való testi viszonyainkban formálódik.

Azáltal, hogy a test és a kapcsolatiság szerepét helyezi előtérbe a megtestesült tapasztalat megszerzésében, az *interkorporeitást* perspektívája fontos jelentőséggel bír a betegség-történet és a genetikai identitás alakulásának, illetve tapasztalatának feltárásában. A genetikai orvoslás köztudatba kerülése elősegítette a genetikai betegségekkel élők körében a szomatikus(abb) és interdependens (Kenen, 1994) énkonstrukciók megjelenését (Novas & Rose, 2000). E tanulmányok szerint a genetikai információ alapján létrejövő *genetikai identitás* jelentős részben az *interkorporeális* tapasztalatból adódik: a genetikai felelősség élményéből, amely magában foglalja a következő generáció tervezését, gondozását, illetve a fontos másokért – felmenőkért és utódokért – vállalt felelősség kérdését

egyaránt. Az *interkorporeális* tapasztalatban az érintettek a saját önazonosságukat a fontos mások önazonosságával szoros kapcsolatban határozzák meg (Hallowell, 1999; Tomán, 2024). Genetikai identitás kizárólag a genetikai kapcsolatok közegében alakulhat, amely a családi kötelékek és a családi emlékek szövevényes hálójában manifesztálódik, azok minden terheltségével együtt. Ezen genetikai hálózat részévé válva a genetikai betegséggel diagnosztizált egyén újragondolhatja, újradefiniálhatja családjához való viszonyát, immáron egy új perspektívából: a betegség és a rizikófaktorok perspektívájából (Novas & Rose, 2000; Tomán, 2024; Tomán et al., 2024). Az *interkorporeális* perspektíva tehát termékeny ismeretekhez vezethet a genetikailag öröklött betegségek kontextusában (Jenkins et al., 2013; Oliveira et al., 2020).

Családi korpusz

A betegség örökletes jellege nemcsak az egyént, hanem családtagjait is bevonja a genetikai sérülékenység narratívájába (Lynch et al., 2018). Ezen a ponton fontos megemlíteni a *családi korpusz* fogalmát: a pszichoanalitikus kifejezést a Novas és Rose (2000, p. 490) által leírt genetikai kapcsolatok testközi hálózatának egymásba ágyazásának megnevezésére használjuk. A *családi korpusz* lényegében a családtagok testén szétszórt, közös és egymástól függő testi identitás laikus észleléseire utal. Ily módon a *családi korpuszban* minden egyes test úgy értelmezhető, mint egy csomópont, amelyet *vérvonalak* kötnek össze a többiek testével (Jenkins et al., 2013). A genetikai tanácsadás folyamatának vizsgálata során Armstrong és munkatársai (1998) kimutatták, hogy az egyének genetikai identitása

a családi kapcsolatokat és a betegség-hálózatot figyelembe véve formálódik. Az egyéni betegség így válik családi történetté (Novas & Rose, 2000). A genetikai kockázatnak kitett ember ennek a történetnek – és hálózatnak – a részévé válva újragondolhatja a családjához való viszonyát (Novas & Rose, 2000). A genetikai identitás tehát a genetikai kötelékek hálózatában formálódik, amely átszövi a családi kapcsolatok és emlékek rendszerét, és amelyet kölcsönös kötelezettségek, valamint az ezekből fakadó etikai dilemmák terhei is alakítanak (Novas & Rose, 2000).

Tanulmányunk célja a genetikai öröklődés testi tapasztalatainak feltárása interperszonális kontextusban. Azt vizsgáljuk, hogy az érintett thrombophiliás személyek miként alkotják – újra – a családi narratívákat a genetikai információk tükrében. Ezen a szemüvegen keresztül a trombophilia nemcsak biológiai jelenségként, hanem interperszonális entitásként is megjelenik, amely összefonódik a családi identitásokkal, narratívákkal és az örökléssel kapcsolatos tapasztalatokkal.

Vizsgálatunkban a következő kutatási kérdésre kerestük a választ: *Az interjúalanyok hogyan értelmezik a thrombophiliát, mint örökletes betegséget?*

MÓDSZER

Eljárás

A kutatás adatfelvétele 2020 januártól 2020 decemberig zajlott. Mivel az adatfelvételi folyamat során kezdődött a Covid19, a 2020 márciusáig lezajlott három interjú felvétele személyesen történt, majd 2020 márciusát követően online, a Skype felületén

videóhívásban vettük fel a további hét interjút. A vizsgálatot az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának (ETT TUKEB) engedélyével végeztük, amelynek száma: 46496-4/2019/EKU.

Interpretatív fenomenológiai analízis

Az IPA egy interpretatív, hermeneutikai alapokon nyugvó kvalitatív módszer. Idiografikus megközelítést alkalmaz: célja a tapasztalatok gazdag és részletteljes jelentéseinek feltárása (Smith & Nizza, 2022; Smith et al., 2009). Az IPA fő teoretikus alapja a fenomenológia, a tapasztalat tudománya. A fenomenológia „*érdeklődésének fókuszában áll, hogy közvetlen átélésben hogyan adódnak az ember számára a tapasztalatai, hogyan észleli a világot: a tárgyakat és önmagát, hogyan emlékezik a múltjára, hogyan éli meg saját érzelmeit, személyes azonosságát*” (Rácz et al., 2016, p. 13; kiemelés az eredetiben). A fenomenológia egyik vonzereje éppen a testi meghatározottságban, tudatunk megtestesült voltának hangsúlyozásában rejlik (Nemes, 2015).

Résztvevők

Vizsgálatunkba olyan thrombophilia diagnózissal rendelkező személyeket vontunk be, akik elmúltak 18 évesek, és nem álltak, illetve nem állnak pszichiátriai kezelés alatt. Olyan interjúalanyokat kerestünk, akiknek thrombophilia diagnózisuk mellett betegségtörténetükben előfordult már legalább egy vénás thromboembóliás esemény (VTE: mélyvénás trombózis és/vagy tüdőembólia). Ennek oka, hogy a szakirodalom szerint (Saukko et al., 2007; Vegni et al., 2013) a thrombophilia valamely súlyos, potenciálisan

életveszélyes szövődményét átélő betegek tapasztalatai jelentős mértékben megváltozhatnak a VTE eseményt még át nem élő thrombophiliás betegek élményeihez viszonyítva. A VTE valamennyi interjúalany esetében megelőzte a thrombophilia diagnózist, vagyis a szövődmény átélése vezetett a diagnózishoz. Az interjúalanyokat az egyik budapesti kórház Hematológiai Szakambulanciáján toboroztuk. Összesen 10 interjút vettünk fel. Valamennyi, az interjúalanyok személyének felismerését lehetővé tevő személyes adat, név megváltoztatásra került az átiratokban (*1. táblázat*).

Adatgyűjtés

A kutatás során az IPA irányelveinek megfelelően félig strukturált interjúkat vettünk fel. Közülük a legrövidebb 42, a leghosszabb 1 óra 35 perces volt. Az interjúk során a meghatározott fókuszpontok mellett igyekeztünk teret adni az interjúalanyok szabad narrációjának, annak érdekében, hogy minél részletesebben kifejtethessék tapasztalataikat a vizsgált témában. A félig strukturált interjúk a következő témákat érintették: a thrombophilia, mint genetikai betegség tapasztalatai; a betegség felismerése a testi megélés szintjén; a diagnosztikai folyamat élményei és tapasztalata; a véralvadásgátló terápiával kapcsolatos tapasztalatok; az életvitellel kapcsolatos döntések a betegség tükrében, a családi öröklődéstörténettel kapcsolatos ismeretek, illetve a családi/transzgenerációs örökség élményvilága.

Adatelemzés

A diktafonnal rögzített interjúkból szó szerinti átiratot készítettünk, majd az IPA módszertanának megfelelően (Smith et

1. táblázat. Az interjúalanyokra vonatkozó fontosabb adatok

	Életkor	Thrombophilia típusa	VTE	Gyermek
Alexandra	36	Antithrombin deficit, VIII. faktor aktivitás	PE	nincs
Levente	37	Leiden mutáció, MTHFR	MVT	van
Szonja	28	Leiden mutáció	MVT, PE	nincs
Sára	45	Antithrombin deficit	MVT	van
Lea	24	MTHFR	PE	nincs
Anna	34	Protein S hiány	MVT	van
Réka	20	Protein S hiány	MVT	nincs
Emma	28	Leiden mutáció, MTHFR	MVT, PE	van
Ivett	36	Leiden mutáció	PE	nincs
Izabella	34	Leiden mutáció	PE	nincs

Jegyzet: PE: pulmonális embólia/tüdőembólia; MVT: mélyvénás trombózis

al., 2009; Smith & Nizza, 2022), elemeztük őket. Az elemzési folyamatokat minden esetben a szerzőtársaim javasolataival és jóváhagyásával, konszenzusos alapon végeztük.

EREDMÉNYEK

A betegség öröklődése családi kérdés, a családdal közös tapasztalatként adódik, így válik a saját beteg vérből (testből) közös beteg vér, vagyis családi test. Azt a kérdést járjuk körül, hogy miként történhet a thrombophilia értelmezése a családi testen (korpuszon) keresztül.

Az első közös élmény téma bemutatása: A családi betegség rekonstruálása mint identitásképző folyamat

Az öröklődés tapasztalata nem csupán genetikai tényként jelenik meg, hanem egy olyan transzgenerációs narratívaként, amelyben a betegség egy soha véget nem érő történet részévé válik. A családi

emlékezetben az orvosi diagnózisok új megvilágításba helyezik a múltbeli eseményeket, lehetőséget teremtve az addig kimondatlan vagy elhallgatott családi történetek értelmezésére. A (közös) betegség felfedezése nem csak a biológiai kapcsolat megerősítése, hanem egyfajta identitásteremtési folyamat is, amelyben a személyes és családi önértelmezés módosul.

„Tudom, ez az egész valahol egy soha véget nem érő történet. Én is örököltem, a szüleim és a nagyszüleim is örökölték. A vizsgálatok után kiderült, hogy apukámtól örököltem. És örökölte a két testvérem is.” (Alexandra)

A betegség öröklődésének felismerése és az elődök történeteinek összekapcsolásáról van itt lényegében szó; az örökletes betegség transzgenerációs folyamatként adódik Alexandra számára a betegség, és annak örökletes volta egy soha véget nem érő családi, generációkon átívelő történet. Az apától való öröklés és a testvérekkel való közös érintettség azt mutatja, hogy a test itt nem elválaszt, hanem összeköt. Az idézet egyik fontos vonása az időbeliség: a test

Közös élmény téma	Idézet
A családi betegség rekonstruálása mint identitásképző folyamat	„Tudom, ez az egész valahol egy soha véget nem érő történet. Én is örököltém, a szüleim és a nagyszüleim is örökölték. A vizsgálatok után kiderült, hogy apukámtól örököltém. És örökölte a két testvérem is.” (Alexandra)
Thrombophilia mint közös testi tapasztalat	„Lett valahogy egy közös tapasztalatunk, ami lényegében egy betegség, de mégis valahogy összeköt minket.” (Levente)
Az örökölt felelősség és a genetikai sors dilemmái	„A thrombophilia erősen hozzájárul a listához, hogy miért nem akarok gyereket soha. Tudatában annak, hogy szinte biztos, hogy örökölné a mutációt, felelős vagyok azért, hogy ez ne történhessen meg.” (Szonja)
A genetikai örökség érzelmi terhei	„A szüleimmel való viszonyom alapvetően negatív, ha az egészségesemről van szó, mert őket hibáztatom, amiért a saját hibás génjeik ellenére létrehoztak engem.” (Szonja)

1. ábra. A kutatás eredményei

nemcsak egy jelen idejű realitás, hanem múltbeli és jövőbeli struktúra is.

A családi titkok feltárása és a múltbeli betegségek újraértelmezése fontos szerepet játszik a személyes és kollektív identitás formálásában. Egyes, korábban megmagyarázatlan egészségügyi események – például a „hirtelen halál” – utólag olyan genetikai tényezőkkel is összefüggésbe hozhatók mint a thrombophilia. Az elhallgatás mint kulturális mechanizmus szorosan összefonódik a családi tabukkal, és meghatározza a betegségről való kommunikáció mintázatait. A múlt rekonstrukciója így nemcsak a családtörténet jobb megértését segítheti elő, hanem hosszú ideje lappangó családi feszültségeket is felszínre hozhat.

Alexandra számára az öröklődési vonal feltérképezése és láthatóvá tétele kulcsfontosságúvá vált saját betegségének megértésében. A családi felismerés nemcsak magyarázatot adott a korábbi generációkban előforduló betegségekre és halálesetekre, hanem feloldotta az ezek körüli titkokat is:

„Ez meg is magyarázott néhány esetet, amikor apu családjában történtek

régebben trombózisos betegségek. (...) A nagymamáról például korábban csak annyit tudtam, hogy hirtelen halállal halt meg, fiatalon. De valahogy tabu volt, nem beszélt róla senki, pedig én nagyon kíváncsi voltam. Aztán a betegségem után tudtam meg ennek az okát. Pont abban halt meg, ami velem történt. Ezért volt apunak egyrészt annyira nehéz megélni az én betegségemet, másrészt viszont az én esetem valahogy felszakította ezt a korábbi titkot. És ez jó, mert elkezdtünk családi szinten beszélni erről.” (Alexandra)

A nagymama halála egy rejtett, elfojtott családi történet volt, amelynek nem volt kimondott narratívája, a saját betegség megtapasztalása azonban visszamenőleg értelmet ad a múltbeli történéseknek. A családi test itt nemcsak egy metafora, hanem egy konkrétan megélt testi közösség, amely sebezhetőségen keresztül köt össze. Alexandra saját teste által kerül közelebb egy olyan családtaghoz, akit sosem ismert igazán. A test itt nemcsak hordozója, hanem katalizátora is a családi múlt feldolgozásának.

Emma számára a családi betegségtörténet kutatása nemcsak a genetikai öröklődés feltérképezését jelentette, hanem identitásának formálásában is fontos szerepet játszott. A múltbeli események láncolatának megértése – vagyis a „*Honnan jöhet?*” kérdés – segítette őt abban, hogy saját állapotával való azonosulása mélyebb értelmet nyerjen:

„Elkezdtem kutatni a családban, hogy hol, kivel, mi történt, és hogy honnan jöhet. És az érdekes az én esetemben az, hogy kiderült, édesanyám családjában több rokonomnak volt trombózisa, agyvérzése, szívtrombózisa... És fiatalon haltak meg, tehát ilyen ötven évesen halt meg a nagybátyám agyvérzésben, nagymamának három agyvérzése volt. Aztán megcsináltuk a genetikai vizsgálatot mindkét szülőre, és édesapámtól kaptam a gént. Összeállt a kép, megértettem a régi rokonok betegségeit, és ezeken keresztül saját magamat is.” (Emma)

A családtörténet rekonstruálása tehát nem csupán a betegség megértését segíti elő, hanem lehetőséget teremt arra is, hogy a korábban elhallgatott narratívák felszínre kerüljenek. A „*Miért nem beszéltünk erről eddig?*” kérdés nemcsak az egyéni, hanem a kollektív identitás újraértelmezésének alapjává is válhat.

A második közös élmény téma bemutatása: thrombophilia mint közös testi tapasztalat

A test mint az emlékek tárolóhelye egyfajta intergenerációs kapcsként jelenik meg, amelyben a betegség nem csupán egyéni, hanem közös tapasztalatként is adódik. Az örökölt genetikai adottságok révén a páciensek a testi tapasztalatot nemcsak

saját élményként, hanem a családi múlt perspektívájából is szemlélrik. Ez a közös betegségtapasztalat olykor összeköti a családtagokat, ugyanakkor el is választhatja őket, különböző megközelítési stratégiákat kialakítva. Az örökletes betegség tehát mint összekötő kapocs, a közös testi történet tárolóhelyeként jelenik meg.

Levente beszámolója jól illusztrálja, hogyan alakul ki a családon belüli közös élmény a test, a genetika és a betegség révén:

„Két különböző test, mégis ugyanaz a genetika, ugyanaz a betegség, ami számomra erőteljes közös családi élményként van jelen.” (Levente)

Levente és édesanyja közös testi élménye, a trombózis átélt tapasztalata, amely egy időben történt, mély érzelmi összekapcsolódást hozott létre közöttük. A testükben zajló betegség egyfajta érzelmi hídként működött, amely erősítette a köztük lévő kapcsolatokat:

„Édesanyámnak 18 éves korában volt egy agytrombózisa. Megbénult az egész jobb oldala, és... hát utána szült meg minket: van egy testvérem, szóval édesanyám a betegsége után szült meg mindkettőnket (elérzékenyül). Volt azóta egy tüdőembóliája is. Pont azon a napon volt tüdőembóliája, amikor nekem trombózisom lett. Együtt voltunk, egy időben voltunk bent, csak két különböző kórházban. (...) Sokat sírtam akkor emiatt. Mert valahogy nehéz volt az is, hogy nem lehetek vele, de ugyanakkor volt ebben valami közös. Amin átmertünk, ő is és én is. Lett valahogy egy közös tapasztalatunk, ami lényegében egy betegség, de mégis valahogy összeköt minket.” (Levente)

Levente és édesanyja között tehát nemcsak a betegségük, hanem a közös genetikai

hátter is erősítette a köteléket. A betegségek és szövődmények egyfajta újraértelmezése, amely az egyéni és közös tapasztalatok összeolvadásával jön létre, kulcsfontosságú szerepet játszik az identitás kialakításában. A betegség nemcsak egy egyéni történet, hanem egy családi tapasztalat része, amely összekapcsolja az anya és a gyermeke testét. Az idézet egyik legerősebb eleme az, hogy az anya és a gyermek egy időben betegednek meg. A genetikai betegség miatt a múlt és a jelen összeér, az öröklődés így nemcsak egy múltból hozott testi adottság, hanem egy újraismétlődő esemény, amely megteremti a családi test tapasztalatának jelenidejűségét. Ez rendkívül izgalmas, mert az idő nem lineáris módon jelenik meg, hanem egyfajta örök visszatérésként – a test múltbeli eseményei újra és újra megtörténnek, más generációkban.

A közös betegség Alexandra számára is egyfajta összekötő kapocsként, egy új családi identitás alakítójaként adódik. A thrombophilia olyan tapasztalatként jelenik meg, amely új értelemmel ruházza fel a családi kapcsolatokat. A közös genetikai örökség felfedezése révén a család tagjai új módon kapcsolódnak egymáshoz, mintha a betegség közös narratívává válna, amely összeköti őket.

„Ez az egész valahogy útjára indított egy addig új családi, sőt rokon kapcsolódást. Mintha az addig elhanyagolt kapcsolatoknak adtunk volna új szint ezzel a közös, mindenkinek az ereiben folydogáló — de legalábbis mindenkét foglalkoztató — betegséggel. Valahogy elvezett minket egymáshoz.” (Alexandra)

Az idézetben a betegség nem elszigetelten jelenik meg, hanem „mindenki ereiben folydogáló” tapasztalatként. Réka hasonló tapasztalatról számol be: az elhanyagolt

rokon kötelékek új szintet kapnak, mintha a *beteg vér* értelmezési horizontként működne, amely új módon szervezi az egymáshoz való viszonyokat.

„Kiderült, hogy az unokatestvérem is thrombophilia pozitív. Évek óta alig tudtunk egymásról, de ez a közös betegség valahogy újra összehozott minket. Lett egy fontos téma, ami közös. Amíg ez a..., hogy is mondjam, közös rokon vérgészségesnek tűnt, éltük az életünket, a beteg rokon vére pedig összehozott minket.” (Réka)

Az idézetben a „közös rokon vér” nemcsak genetikai értelemben jelenik meg, hanem egy olyan megélt tapasztalatként, amely új jelentést ad a rokon kapcsolatnak. Megjelenik továbbá egy fontos dichotómia: egészséges test mint távolság; beteg test mint közeledés. Ez rávilágít arra, hogy a test nemcsak individuális hordozója az identitásnak, hanem interszubjektív jelentésekkel is bír. Amíg a rokon vér „egészségesnek tűnt”, a kapcsolat háttérbe szorult, de a betegség felfedezése újraértelmezte a rokonság jelentőségét. A betegség tehát egy olyan közös történetté válik, amely újradefiniálja az egyén helyét a családi struktúrában.

Harmadik közös élmény téma bemutatása: Az örökölt felelősség és a genetikai sors dilemmái

A családi test fragmentálódása, a családtagok eltérő hozzáállásai – az aktív kutatás és a tagadás közti feszültség – gyakran felveti a kérdést: kié a felelősség a család genetikai állapotának megismerésében? Sára esetében a családtagok elutasítják a genetikai vizsgálatokat, ami bizonytalan helyzetet eredményez:

„Senkit nem vizsgáltak meg rajtam kívül. Pedig apukámnak lehet, hogy fontos volna, mert nagyon visszeres a lába – nem tudom, ez mennyiben jelent kockázatot, de biztosan nem lényegtelen. A nővéremet sem vizsgálták. Ő szklerózis multiplexes is. Azóta, hogy így gondolkodom ezen, igen, szinte mindenkinek van valami komoly baja a családban. (...) De ők nem vizsgáltatják meg magukat. Pedig fontos volna ez, szerintem mindannyiunknak.” (Sára)

Ez a fajta tagadás vagy passzivitás a fontos mások részéről, gyakran vezet ahhoz, hogy az érintettek saját testükben keresnek válaszokat, miközben elhatárolják magukat a család többi tagjától. Lea esete jól illusztrálja ezt a dilemmát: családja a genetikai betegséggel való szembesülés ellenére sem vállalta a tesztelést, így ő maga kezdte keresni a felelősséget saját betegsége kialakulásában:

„Nem könnyű a törtétekkel megbirkózni, és mindig azon gondolkodom, hogy esetleg mi az, amit én rontottam el, vagy mi az, amit másképp csinálhattam volna, hogy ne kerüljek ilyen helyzetbe. (...) És gyakorlatilag azért küzdök, hogy ne ostromozzam magam minden nap, hogy én rontottam el, vagy hogy én voltam, én vagyok a hibás ezért a betegségért.” (Lea)

A betegség nem egy tudatos döntés eredménye, mégis Lea önmagát hibáztatja, mintha a test állapotáért morális felelősséget kellene vállalnia. Ez egzisztenciális büntudathoz vezet. Lea tudatosan próbálja elválasztani önmagát a testétől – nem akarja saját identitására vetíteni a genetikai meghatározottságot.

Emma egy másik aspektusra mutat rá: unokatestvére, aki többször is elvetélt – ami sok esetben a thrombophilia jelenlétére

utalhat – nem teszteltette magát, annak ellenére, hogy a család több tagjánál is kimutatták a betegséget. Emma szerint a teszt elutasítása félelemből fakad:

„Én azt gondolom, hogy fél, mindig félhetett az eredménytől. Talán nem akarja tudni. Megbélyegzésként élné meg, úgy gondolom. Genetikailag öröklődik, ezáltal kioszt rád az élet valamit, amit nem kértél. És érdekes, hogy amióta nálam ez (ti. a thrombophilia) kiderült, és beszélünk róla, azóta hagyták abba a próbálkozást...” (Emma)

A genetikai információ birtoklása kétélű fegyver: egyesek számára kontrollt, mások számára terhet jelent. Az aktív keresés és a tagadás közti spektrumon számos egyéni és családi stratégia figyelhető meg, amelyek a megküzdés különböző mechanizmusait és értelmezési kereteit tükrözik.

Ha egy betegség genetikai eredete bebizonyosodik, az többé nem pusztán egyéni ügy. Családi történetté válik, amely befolyásolja a házassági és gyermekvállalási döntéseket is. Az interjúalanyok beszámolóiban visszatérő motívum az öröklés lehetősége, amely gyakran félelemmel, büntudattal és felelősséggel terhelt tapasztalat.

Szonja nem szeretne gyermeket, mivel nem akarja, hogy neki is át kelljen élnie mindazt, amit a thrombophiliával való lét jelent.

„A thrombophilia erősen hozzájárul a listához, hogy miért nem akarok gyereket soha. Tudatában annak, hogy szinte biztos, hogy örökölné a mutációt, felelős vagyok azért, hogy ez ne történhessen meg, hogy ne kelljen ugyanezen átmennie a gyerekek is. Mert mindazt, amit a véralvadási zavar tud okozni a hordozó lelki világában, azt nem kívánom senkinek.” (Szonja)

A genetikai betegséggel kapcsolatos tudás jelentős hatással lehet a reprodukzív döntésekre. Akik szembesülnek genetikai kockázataikkal, gyakran érzik, hogy felelősséggel tartoznak a jövő generációi iránt. A biológiai szülőség kérdése mellett az örökbefogadás lehetősége is felmerül, így a test, mint a gének hordozója, egyre inkább tudatos reflexió tárgyává válik.

Emma és Ivett a felelősség súlyával küzdenek, amely alapvetően befolyásolja gyermekvállalási döntéseiket. Ivett, aki vágyik az anyaságra, végül az örökbefogadás felé fordul, mert félti a leendő gyermekét a genetikai öröklődés kockázatától:

„Ha ilyen véralvadási problémám van, akkor az a gyerek számára is veszélyes lehet. Nem tudom, hogy ez önző döntés-e, de úgy érzem, hogy a gyerekért nemcsak én vállalom felelősséget, hanem a kockázatokat is. Én abszolút hiszek az örökbefogadásban, mert úgy gondolom, így talán nem okoznék neki akkora bajt.” (Ivett)

Emma számára pedig az egyik legnehezebb döntés az, hogy bár fizikailag egészséges, a genetikai kockázat miatt úgy érzi, hogy nem vállalhat gyermeket:

„Az volt az egyik legnehezebb része, hogy bár egészséges vagyok, és testileg képes lennék gyermeket vállalni, úgy döntök, hogy mégsem teszem, mert nem akarom tovább örökíteni a betegséget. Ez egy szörnyű döntés..., hogy testileg képes vagy rá, de mégis úgy döntesz, hogy ne legyen, mert úgy érzed, hogy ez egy szörnyű örökség.” (Emma)

A genetikai hordozás kérdése tehát egy kettős létállapotot teremt: az egyén

fizikailag egészséges, ugyanakkor a betegség kockázatának tudatában él. Az egészséges test és a betegség lehetősége közötti átmenet nehezíti a döntést, hiszen a jövőbeli következmények nem mindig biztosak, de a kockázat súlya mégis túl nagy ahhoz, hogy figyelmen kívül hagyják.

Leventének három kisgyermke van, és beszámolójából az értük való aggodalom, a thrombophilia esetleges átörökítésének szorongása mutatkozik meg.

„A gyerekeket 14 éves koruk körül érdemes megvizsgáltatni. Mindenki el fog menni! Az összes gyereket viszem, és meg kell nézzük. És ez is borzasztó... (sír) hogy mi lesz, ha ők is... ha ők is betegek?! Én egyszerűen nem tudom, mi lesz akkor, mit tudok csinálni (sír)...” (Levente)

A „borzasztó” érzés (és a sírás) nem csupán egy pszichológiai reakció, hanem a testben megélt szorongás kifejeződése. Levente számára a betegség lehetősége egzisztenciális kérdéssé válik: az idézet egyértelműen a jövőbeli lehetőségek bizonytalanságáról szól. Levente itt nemcsak saját testi határait éli meg, hanem a gyermekei testével való mély egzisztenciális összekapcsolódást is. Az idézetben megjelenik egy erős kontrollvágy (*„Mindenki el fog menni! Az összes gyereket viszem!”*), amely egy fenyegető kontrollvesztéssel keveredik (*„Én egyszerűen nem tudom, mi lesz akkor.”*). Ez a paradox helyzet az emberi test fenomenológiai természetéből fakadhat: a test egyszerre birtokolt és birtokolhatatlan. Ez a kettősség különösen feszítővé válik a szülő számára, aki egyszerre akar gondoskodni és védeni, miközben felismeri saját határainak és tehetlenségének realitását és felelősségét.

Negyedik közös élmény téma bemutatása: A genetikai örökség érzelmi terhei

Egy betegség nem csupán orvosi, hanem mélyreható pszichológiai következményekkel is jár, amelyek az egzisztenciális értelmességig is elérnek. A genetikai betegség nemcsak testi állapot, hanem identitáselem is lehet, amelynek feldolgozása gyakran mély belső küzdelemmel jár. Az érintettek számára a genetikai állapothoz fűződő érzelmi viszony széles skálán mozoghat: a teljes elutasítástól a semleges elfogadáson át egészen a pozitív értelmezésig. Szonja esetében az öröklés élménye haraggal teli: dühét mind a külvilágra, mind pedig szüleiére irányítja, akiket felelősnek tart genetikai betegségéért, illetve általában a „rossz génnek” továbbörökítéséért. Ez a harag olyan mélyen gyökerezik, hogy alapvetően meghatározza a szüleivel való kapcsolatát, amelyben az egészségügyi kérdések kulcsszerepet kapnak. Az örökléshez fűződő büntudat és önértékelési kérdések különösen markánsan jelennek meg Szonja szavaiban:

„Sokan jönnek azzal, hogy milyen fontos lenne továbbvinni a genetikát... Ezt a genetikát? Ami nekem van? Miért akarnám ezt továbbadni, hogy a gyerekeim is trombózisos legyen, meg thrombophiliás? Aztán majd gondolja: köszi, anya! Mert nekem például vannak ilyen gondolataim, hogy úgy érzem, hogy egy csomó rossz gént örökölttem, és szoktam arra gondolni, hogy kösz anya, kösz apa..., sajnálom, hogy nem tudtunk jobban összerakni! Nyilván nem az ő hibájuk, de mégis vannak ilyen gondolataim. Hogy selejt lettem. És most itt a túlsúlyra is gondolok, nem csak a thrombophiliára. A szüleimmel való

viszonyom alapvetően negatív, ha az egészségemről van szó, mert őket hibáztatom, amiért a saját hibás génjeik ellenére létrehoztak engem.” (Szonja)

Szonja úgy érzi, hogy a teste nemcsak biológiai adottság, hanem egy sors, amelyet a szülei „hoztak létre” számára. Elidegenedett a saját testétől – nemcsak a betegsége miatt, hanem mert ezt nem saját választásának érzi, hanem egy szülői döntés eredményének. Az idézet azt is megmutatja, hogy az örökölt test tapasztalata elválaszthatatlan a szülőkkel való érzelmi kapcsolattól. Szonja értelmezésében a betegség nem pusztán egy fizikai állapot, hanem egy kapcsolati sérülés forrása is.

Anna esetében a betegséghez való viszony kevésbé indulatos, de az önmagával való belső küzdelem nála is jelen van:

„Én nem úgy születtem, ahogy kellett volna, nem olyan testi felépítésem van, ami kellene egy normális embernek.” (Anna)

Anna megfogalmazásában megjelenik a „normális” ember és a saját test ellentéte. Bár ő kevésbé használ erőteljes kifejezéseket, a mélyben meghúzódó önértékelési problémák és az identitással kapcsolatos bizonytalanság az ő szavaiban is érződik.

Ivett beszámolójában a liminalitás tapasztalatának ambivalenciája jelenik meg. Igazságtalannak élte meg a thrombophilia öröklését, ugyanakkor tudatos próbál lenni a genetikai állapottal járó viszonylag szerencsés kimenetel értelmezésekor.

„Nehéz nagyon feldolgozni. És valahol elképesztően igazságtalannak tartottam sokáig ezt a helyzetet..., és az az érzés, hogy ez mennyire nem fair... De és akkor rájöttem, hogy hiszen mitől lehetne fair? Szóval, ha belegondolok, annyi maradt, hogy naponta... háromféle gyógyszert

kell bevennem, de itt vagyok, kvázi egészséges vagyok, semmi olyan nincs, amit nem csinálhatok..., van néhány dolog, amire jobban oda kell figyelnem, de én kifejezetten szerencsés vagyok.” (Ivett)

A genetikai örökséghez való viszony tehát nem pusztán egy orvosi diagnózis kérdése, hanem szorosan összefonódik az érintettek önértékelésével, identitásával és családi kapcsolataival is. Az, hogy ki hogyan küzd meg ezekkel az érzelmi terhekkel, meghatározó lehet nemcsak a saját élettörténetében, hanem a következő generációk számára is.

DISZKUSSZIÓ

Minden ember kettős állampolgársággal születik. Egyaránt potenciálisan tagja az egészség és a betegség birodalmának. Mindannyian szívesebben vagyunk az egészség állampolgárai, ugyanakkor életünk során előbb vagy utóbb kénytelenek vagyunk átlépni a betegség, vagyis az élet sötét, kínosabbik oldalára (Sontag, 1983). A genetikai kockázat ugyanakkor olyan zavart okozhat az érintettek élményvilágában, amely által könnyen áthelyeződhetnek egy liminális állapotba (Frank, 1995), amely az egészséges és a beteg között helyezkedik el, és nem illeszkedhet igazán egyik kategóriába, egyik *birodalomba* sem. A genetikai örökség témája fontos önreflektív, illetve életrajzi (ön)vizsgálatokat indukálhat: Kie a genetikai öröklődés felelőssége? Mikor (és hol) ér véget az egészség társadalma? Hol kezdődik egy örökletes betegség? A fogantatás pillanatában? Születéskor? A diagnózissal? A szövődmények megjelenésekor? Vagy az öröklődés tudatával?

Bármelyik is a válasz, eljön az a pont az érintettek életében, amikor betegként tekintenek önmagukra.

A kutatás eredményei rámutatnak arra, hogy az öröklés tapasztalata nem pusztán biológiai tényként jelenik meg a résztvevők élményeiben, hanem egy komplex transzgenerációs narratívaként, amely identitásformáló erővel bír. A családi betegségtörténet rekonstruálása nem csupán az egyéni betegségmegértés részeként jelenik meg, hanem egy olyan folyamatként is, amely átalakítja a családi dinamikákat, megnyitja a kommunikációs csatornákat, ugyanakkor feszültségeket is generálhat. Az interjúk megerősítik azt a jelenséget, hogy a betegség mint transzgenerációs örökség nem pusztán fizikai, illetve testi, hanem szimbolikus és narratív térben is megjelenik. A genetikai diagnózis új megvilágításba helyezheti a családi múlt eseményeit, lehetőséget teremtve az addig kimondatlan vagy elhallgatott narratívák újraértelmezésére.

Az érintettek személyes betegségtörténete és életútja szorosan összekapcsolódik a családtagok életútjával (Cox & McKellin, 1999; Featherstone et al., 2006). Szívkoszorúér betegek tapasztalatait vizsgálva kimutatták, hogy a beteg szívre való hajlamot az érintettek öröklött állapotnak tekintik: a szívkoszorúér betegségben elhunyt vagy súlyosan megbetegedő személyek családtagjai saját sebezhetőségüket, a betegségben való érintettségüket élik meg (Emslie et al., 2003; Walter et al., 2004), a betegséget és a veszélyeztetettséget a tágabb családi történet szerves részeként tekintik (Jenkins et al., 2013). A genetikai betegségek diagnosztikája hozzájárulhat egy közös családi narratíva kialakulásához, elősegítve a kölcsönös kötődés és a közös (testi) identitás megélését (Finkler, 2000).

Az interjúalanyok beszámolói a thrombophilia által kiváltott szövődmények megtapasztalásáról, illetve a kockázatok értelmezéséről rávilágítanak a testek közötti kapcsolat szerepére, ahol a saját (beteg) testet mások (potenciálisan beteg) testével összefüggésben értelmezik. Ez a rokonok (testek) közötti kapcsolat központi szerepet játszik a thrombophilia szűrés pozitív eredményeivel kapcsolatos értelmezésekben. Az interjúalanyok többségének fontosnak bizonyult, hogy a genetikai örökség kapcsán keressék, felkutassák a rokoni szálat, megrajzolhassák a betegség öröklődésének képzeletbeli családfáját, ezáltal megerősítve a saját és a családtagok genetikai identitása, a családi testek közötti kapcsolatot. Erőteljes ambivalencia mutatkozik ugyanakkor az interjúalanyok megélésében, hiszen míg Alexandra és Levente esetében valóban kibontakozik a genetikai identitás megerősítése a közös betegségtörténet révén, addig Szonja és Sára selejtként tekintenek önmagukra, és hibáztatják a felmenőiket mind saját életük, mind a betegség anticipált továbbörökítése tekintetében. Lea önmagát hibáztatva büntudatot él meg a betegsége, illetve a szövődmények kialakulása miatt, ami szintén a betegség erőteljes elutasítására, illetve családi, akár transzgenerációs kapcsolati nehézségekre utalhat. Ez visszacsatolható Sartre (1943) egzisztencializmusához, amely szerint az ember készen kapja a testét, de azon belül szabad, hogyan viszonyul hozzá. Szonja és Sára esetében ez a szabadság nem érzékelhető, mert a test öröksége túlságosan determinálónak tűnik. Az interjúalanyok megélései azt mutatják, hogy bizonyos pszichológiai és érzelmi folyamatok – mint például a büntudat, az önhibáztatás vagy a saját testtel szembeni elutasítás – nem egyszerűen

racióális belátás kérdései. Ezek az érzelmi viszonyulások nem szabadon választottak, hanem mélyen gyökereznek a testi örökség megélésében és a családi kapcsolatokat transzgenerációs dinamikáiban. Így a szabadság sartre-i értelemben vett tapasztalata itt erősen korlátozottan tűnik: a genetikai meghatározottság nem csupán fizikai realitásként jelenik meg, hanem olyan pszichológiai terhet is hordoz, amely nem minden esetben befolyásolható racionális belátással vagy szabad döntéssel. E tapasztalatok rávilágítanak arra, hogy Sartre elmélete nem feltétlenül számol a testhez fűződő érzelmi, gyakran tudattalan viszonyulások komplexitásával.

A közös testi tapasztalatok dimenziója magában foglalhatja a test mint az intergenerációs emlékezet tárolóhelye szerepét. A résztvevők beszámolói rávilágítanak arra, hogy az azonos genetikai adottságok miatt megélt testi tapasztalatok egyfajta „közös sors” megéléséhez vezethetnek, amely egyszerre lehet összekötő és elhatároló elem a családon belüli kapcsolatokban. Ez a felismerés egybecseng Merleau-Ponty (1945) testfenomenológiai megközelítésével, amely szerint a test nem csupán biológiai létezésünk alapja, hanem a világban való tapasztalataink meghatározó közegevé is válik. A genetikai kockázattal élő egyén teste egy olyan életvilágba ágyazódik, amely tükrözi mindennapi megélt testtapasztalatait. Ennek megfelelően a genetikai betegséget nem a test fizikai diszfunkciójaként érdemes értelmezni, hanem a megtestesült személy életvilágának és „világban-való létének” (Heidegger, 1962) zavaraként az interszubjektivitás, illetve a másokkal való kapcsolat kontextusában (Toombs, 1993; Oliveri & Pravettoni, 2017). A genetikai betegséggel és annak

kockázataival szembenező egyén számára a betegség egy tudatos, interszubjektív folyamat, amely értelmet adhat a genetikai kockázatra vonatkozó információk feldolgozása során (Thompson, 2004). Úgy tűnik, hogy az érintettek a genetikai információkat a betegség okairól és a családban fellelhető öröklődési mintázatokról szóló szubjektív meggyőződésük fényében értelmezik (Shostak et al., 2011). Tapasztalásaik a másokkal való bonyolult kapcsolódásaikból származnak, egy összekapcsoltságból, amely egy olyan világ kontextusában jön létre, amelyet egyaránt alakítanak egyrészt a kultúra és a nyelv, másrészt a testek és a mások (Oliveri & Pravettoni, 2017).

Jenkins és munkatársai (2013) az inter-embodiment paradigmát olyan kölcsönösen függő megtestesült identitásként írják le, amelyben a vérvonal minden tagja genetikai és történeti szempontból összekapcsolódik. Ezek a kapcsolatok referenciapontként szolgálnak a betegek számára a genetikai információk értelmezésekor. A testek közötti kapcsolatok effajta megélése különösen jelentős lehet olyan családok esetében, ahol az örökletes genetikai betegségek – például a familiáris thrombophilia – életveszélyes szövődményeket hordozhatnak. Ilyen betegségek esetén az egyén megtestesült (*embodied*) kockázatélménye magában foglalja a betegség időbeli folytonosságát – vagyis jelenbeli hatásait és jövőbeli kockázatait –, a megelőzés és kezelés lehetőségeit; valamint azt a testi tapasztalatokon alapuló tudást, amely a korábbi generációk betegséggel kapcsolatos történeteiből építkezik (testköziség; Jenkins et al., 2013). Hasonló összefüggéseket fedeztünk fel saját kutatásunkban is, ahol a múlt, a jelen és a jövő szorosan összekapcsolódik az örökletes thrombophilia megélésében.

A testbe ágyazott kockázat egyszerre jeleníti meg a genetikai állapot jelenlegi tapasztalatát és előrevetíthető lehetőségét. Ez összhangban van Heidegger (1962) időbeli létértelmezésével: az emberi létezés mindig egy múltból jövőbe ívelő struktúra, és a test sem kivétel ez alól. Az öröklődés tudatosulása a testet egy folyamatosan kibontakozó történetként jeleníti meg.

Vizsgálatunkban a családi interkorporális tapasztalat az együttérzés, az aggodalom, az emlékezés, a gondolkodás és az empátia, illetve a közös diagnosztikai út és betegségstörténet élményeiből született. Bury rheumatoid arthritisszel élő betegekkel készült vizsgálatában (1982) azt találta, hogy a testi kapcsolatok fontos szerepet játszanak a betegségstörténet alakulásában. Vizsgálatában a betegek úgy vélték, hogy a betegségre való hajlamukat a vérükben hordozzák, vagyis genetikailag örökölték, és aggodalmukat fejezték ki a betegség gyermekeiknek való továbbörökítésével kapcsolatban. A thrombophilia mint genetikai betegség továbbörökítésének kérdésében – Graffigna és munkatársai (2014) kutatásához hasonlóan – azt találtuk, hogy valamennyi interjúalanyunk élete nehéz, felelősséggel teli döntéseként éli meg a gyermekvállalás kérdését. Gondolkoznak, vívódnak azon, hogy a kockázatok minimalizálását szem előtt tartva miként védhetnék meg gyermekeiket, akár már megszülettek, akár még meg sem születtek. A betegek integrálják a betegségükkel kapcsolatos történeteiket életük és környezetük különböző aspektusaival. Az embodiment-kockázatot (a gének átörökíthetőségét) integrálják saját hitrendszerükkel és hiedelmeikkel (a világban való lét a betegség árnyékában). Ezen túl a családi kockázat diskurzusa is megjelenik,

amelynek tanulmányozása különösen fontos a családi dinamikák és hiedelmek kontextusában (Boardman & Clark, 2022; Cox & McKellin, 1999; Hayes, 1992; Oliveri & Pravettoni, 2017; Richards, 1993).

Az interjúalanyok kapcsolatot teremtenek a saját testük jelzései, tünetei, valamint a rokonaik testében képződő trombózisok között. Ez a dinamika elősegítheti a családi betegségéletrajz megkonstruálását, amely konstruktumban a thrombophilia mint genetikai örökség a család testén keresztül *térbelivé* válik. A térbeliség Foucault (1973) értelmezésében azt jelenti, hogy a betegség nemcsak egyéni testi tapasztalat, hanem a testek közötti viszonyrendszerben helyezkedik el: a thrombophilia így nemcsak időbeli (öröklődő), hanem térbeli (a család teste között eloszló) jelenséggé válik. Ebben az összefüggésben a thrombophilia vizsgálatát jellemzően a már meglévő, testek (családtagok) közötti kapcsolat megerősítésének vagy újradefiniálásának eszközeként tekintették. Ezért a pozitív genetikai vizsgálat egyfajta élettörténeti megerősítésként adódik az interjúalanyok számára. A beteg szubjektív megélésében a genetikai diagnózis fontos következményekkel jár nemcsak rá, hanem rokonaira nézve is; érthetjük ezt a korábbi generációkra visszavezetve, illetve a jövő (tervezett) generációira nézve egyaránt. Új, kialakuló kapcsolatokat követhetünk nyomon a genetikai szálak feltérképezése során, amelyek nemcsak a genetikai információ kognitív perspektívájában, hanem a testek, vagyis a közösen hordozott genetikai betegség szempontjából is összekötik a családtagokat. A genetikai identitás csak a genetikai kötődések hálózataiban jön létre, amely a családi kötelékek és emlékek szövevényére helyeződik rá. A családi korpusz értelmezése során az

érintettek újragondolhatják rokonaikhoz fűződő viszonyaikat, a kockázat és az öröklődés kérdéseinek perspektívájából. A családi korpusz (vagy családi test) fogalma a genetikai identitás, a genetikai felelősség és a kapcsolatban alakuló identitás kérdését segíthet értelmezni azáltal, hogy figyelembe veszi a kapcsolati hálóban szereplő testek szerepét, továbbá azt, hogy a betegség és a betegségben adódó önazonosság miként élhető meg ebben a kapcsolati rendszerben.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatás eredményei rávilágítanak arra, hogy az öröklődő betegségekkel kapcsolatos élmények nemcsak az egyéni identitás, hanem a családi és kollektív identitás formálásában is szerepet játszanak. Az interjúalanyok tapasztalatai szerint a családon belüli betegségek transzgenerációs hatásokat gyakorolnak, amelyek új narratívákat és értelmezéseket hoznak létre, különösen akkor, amikor a betegség örökletes jellegét felismerik. A családi betegségtörténet rekonstruálása nem csupán a múltbeli események megértésében segít, hanem lehetőséget ad arra is, hogy a családi titkok felszínre kerüljenek, ezzel elősegítve az intergenerációs kommunikációt és a kollektív identitás formálódását.

A betegség és a genetika közötti kapcsolat személyes és családi szinten egyaránt rendkívül erős. A közös testi tapasztalatok, mint a családtagok közötti azonos betegség, érzelmi kötelékeket teremtenek, ugyanakkor aggodalmakat és félelmeket is generálnak a jövőbeli kockázatokkal kapcsolatban. Az örökölt felelősség és a genetikai sors dilemmái az interjúalanyok számára komoly mentális terhet jelentenek,

különösen akkor, amikor a genetikai betegség elkerülésének vagy örökítésének kérdései merülnek fel. A családi kapcsolatok és a genetikai felelősség között húzódó határvonalak gyakran nem egyértelműek, és az érzelmi terhek, mint a bűntudat, a harag és a szégyen, jelentős hatással vannak a személyes identitás formálódására.

Az öröklődő betegségekkel kapcsolatos transzgenerációs tapasztalatok vizsgálata további lehetőségeket kínál a jövőbeli kutatások számára. Különösen fontos figyelembe venni azokat az érzelmi dimenziókat, amelyek a genetikai betegségekkel kapcsolatos tudás birtoklásából fakadnak, és amelyek alapvetően alakítják az egyéni és kollektív identitást. A kutatás jövőbeli irányai között szerepelhetnek olyan intergenerációs kutatások, amelyek még inkább feltárják a genetikai örökség hatását a családon belüli dinamika és az önazonosság formálódására.

A thrombophilia és az öröklődés tapasztalatának megértése szempontjából az embodiment perspektíva egy olyan eszköz lehet, amely támogatja a betegeket, hogy elmozduljanak a megszokott társadalmi és kulturális normáktól egy alternatív testtapasztalat kifejezésén keresztül. Az embodiment paradigma és a fenomenológiai – hermeneutikai perspektíva együtt olyan mély tapasztalati réteget hozott felszínre, amelyet korábban, amolyan csendes társként (Wilde, 2003) csak az azt átélők ismerhettek. Az embodiment pszichoszociális dimenzióinak megértése a trombophiliában jelentős következményekkel jár a betegellátás és a közegészségügyi beavatkozások

szempontjából. Ezen tudás figyelembevételével az egészségügyi szakemberek holisztikusabb és betegközpontúbb ellátást nyújthatnak, amely nemcsak a thrombophilia fiziológiai aspektusait, hanem az örökletes kockázattal való együttélés pszichoszociális dimenzióit is érinti.

LIMITÁCIÓK

Kutatásunk limitációiként leginkább az IPA módszer korlátait emelném ki, úgymint a kis, homogén minta, a tárgyspecifikusság, valamint az összefüggések, illetve általánosítások megállapításának nehézsége (Smith & Nizza, 2022). Ezek viszont jellemzően módszertani sajátosságok, nem pedig jelen kutatás sajátosságai. Kvalitatív kutatóként ugyanakkor nem véletlen a módszer-választásunk, hiszen ezen módszerrel volt lehetőségünk hozzáférni az interjúalanyok egyedi és mély tapasztalataikhoz, és ezáltal az érintett betegek nehézségekkel terhelt élményvilágának megismeréséhez és megértéséhez. A homogén minta mindehhez hozzáadott, hiszen az IPA módszertani sajátossága a lehetőség szerint minél homogénebb minta vizsgálata, ezáltal is elősegítve egy adott élményvilág minél teljesebb megértését. Az összefüggések, általánosítások nehézségére, illetve lehetetlenségére reflektálva fontosnak tartom leírni, hogy ezek nem is voltak céljaink. A kutatás limitációja továbbá, hogy tudományos szempontból az embodiment-elmélet könnyen bírálható, hiszen nehezen támasztható alá természettudományos eszközökkel.

SUMMARY

GENETIC HERITAGE – THE FAMILY BODY: THE EMBODIMENT EXPERIENCE OF AN INHERITED DISEASE

Background and Aims: This study explores the potential of the inter-embodiment paradigm through the interpretation of hereditary thrombophilia, a condition characterized by an increased tendency for blood clot formation. The embodiment paradigm extends beyond the mere physicality of the body, encompassing lived subjective and interpersonal experiences. The hereditary nature of a disease not only affects the individual but also involves family members in the narrative of genetic vulnerability and shared bodily experiences. The aim of our study is to explore the embodiment experiences of genetic inheritance at the family level. We examine how affected individuals experience their genetic condition, how they reconstruct family narratives, and make sense of their genetic heritage.

Method: To answer these questions, we applied the qualitative method of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). We conducted 10 semi-structured interviews with patients diagnosed with thrombophilia.

Results: We identified four group experiential themes: 1. *Reconstructing familial illness as an identity-forming process*; 2. *Thrombophilia as a shared bodily experience*; 3. *The dilemmas of inherited responsibility and genetic destiny*; 4. *The emotional burdens of genetic inheritance*.

Conclusions: The experience of inheritance does not appear merely as a biological fact in participants' experiences but as a complex transgenerational narrative with identity-shaping power.

Keywords: thrombophilia, embodiment, genetics, phenomenology, qualitative research

IRODALOM

Abughanimeh, O. K., Marar, R. I., Tahboub, M., et al. (2022). Hereditary Thrombophilia Testing Among Hospitalized Patients: Is It Warranted? *Cureus* 14(5): e24855. <https://doi.org/10.7759/cureus.24855>

Armstrong, D., Michie, S., & Marteau, T. (1998). Revealed identity: a study of the process of genetic counseling. *Social Science & Medicine*, 47(11), 1653–1658. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00241-X)

Boardman, F., & Clark, C. (2022). 'We're kind of like genetic nomads': Parents' experiences of biographical disruption and uncertainty following in/conclusive results from newborn cystic fibrosis screening. *Social Science & Medicine*, 301, 114972. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114972>

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167–82. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>

- Conrad, P., & Gabe, J. (1999). Introduction: Sociological perspectives on the new genetics: an overview. *Sociology of Health & Illness*, 21(5), 505–516. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00170>
- Cox, S., & McKellin, W. (1999). ‘There’s this thing in our family’: predictive testing and the construction of risk for Huntington Disease. *Sociology of Health & Illness*, 21(5), 622–646. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.053>
- Csekő, Cs., és Bodor, P. (2021). Embodiment a pszichológiában: a diszkurzív pszichológia olvasata. *Replika*, 121, 73–81. <https://doi.org/10.32564/121-122.6>
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5–47. <https://doi.org/10.1525/eth.1990.18.1.02a00010>
- De Stefano, V., & Rossi, E. (2013). Testing for inherited thrombophilia and consequences for antithrombotic prophylaxis in patients with venous thromboembolism and their relatives. A review of the Guidelines from Scientific Societies and Working Groups. *Thrombosis and Haemostasis*, 110(4), 697–705. <https://doi.org/10.1160/TH13-01-0011>
- Emslie, C., Hunt, K., & Watt, G. (2003). A chip off the old block? Lay understandings of inheritance among men and women in mid-life. *Public Understanding of Science*, 12(1), 47–65. <https://doi.org/10.1177/0963662503012001248>
- Featherstone, K., Atkinson, P., Bharadwaj, A., & Clarke, A. (2006). *Risky Relations: Family, Kinship and the New Genetics*. Berg. <https://doi.org/10.4324/9781003086574>
- Finkler, K. (2000). *Experiencing the New Genetics – Family and Kinship on the Medical Frontier*. University of Pennsylvania Press. <https://doi.org/10.9783/9780812200607>
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Tavistock. <https://doi.org/10.1017/S0025727300020585>
- Graffigna, G., Leone, D., & Vegni, E. (2014). “Am I carrier?” The patient’s lived experience of thrombophilia genetic screening and its outcome. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 696–712. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.918512>
- Hagen, N. (2018). The lived experience of Huntington’s disease: A phenomenological perspective on genes, the body and the lived experience of a genetic disease. *Health*, 22(1), 72–86. <https://doi.org/10.1177/1363459316688516>
- Hallowell, N. (1999). Doing the right thing: genetic risk and responsibility, *Sociology of Health & Illness*, 21(5), 597–621. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00175>
- Hayes, C. (1992). Genetic testing for Huntington’s Disease—a family issue, *New England Journal of Medicine*, 327(20), 1449–1451. <https://doi.org/10.1056/NEJM199211123272008>
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. (J. Macquarrie & E. Robinson trans.). Harper.
- Jenkins, N., Lawton, J., Douglas, M. & Hallowell, N. (2013). Inter-embodiment and the experience of genetic testing for familial hypercholesterolaemia. *Sociology of Health & Illness*, 35(4), 529–543. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01510.x>
- Kavanagh, A. M., & Broom, D. H. (1998). Embodied risk: My body, myself? *Social Science & Medicine*, 46(3), 437–444. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00188-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00188-3)
- Kenen, R. (1994). The human genome project: creator of the potentially sick, potentially vulnerable and potentially stigmatized? In I. Robinson (Ed.), *Life and Death Under High Technology Medicine*. Manchester University Press.

- Kerr, A. (2004). *Genetics and Society: A Sociology of Disease*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203489512>
- Kiss, K. D. (2021). Az embodiment-paradigma testfelfogásának jelentősége az anorexia nervosa értelmezésében és kezelésében. *Replika*, 121–122, 83–93.
- Klitzman, R. (2009). “Am I my genes?”: Questions of identity among individuals confronting genetic disease. *Genetics in Medicine*, 11(12), 880–889. <https://doi.org/10.1097/GIM.0b013e3181bfd212>
- Lawton, J. (2003). Lay Experiences of Health and Illness: Past Research and Future Agendas, *Sociology of Health and Illness*, 25, 23–40. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00338>
- Lynch, M. M., Ehrenthal, D. B., & Sandoval, K. (2018). Influence of family on thrombophilia-related pregnancy outcomes: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 101(6), 1066–1071.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1968). *The Visible and the Invisible: Followed by Working Notes*. Northwestern University Press.
- Nemes, L. (2015). A betegség mint fenomenológiai tapasztalat. *Nagyerdei Almanach*, 6(1), 21–33.
- Nordgren, A. (2008). Genetics and Identity. *Community Genetics*, 11(5), 252–266. <https://doi.org/10.1159/000121396>
- Novas, C., & Rose, N. (2000). Genetic risk and the birth of the somatic individual, *Economy and Society*, 29(4), 485–513. <https://doi.org/10.1080/03085140050174750>
- Oliveira, C. R., Mendes, Á., Sequeiros, J., & Sousa, L. (2020). Management of information within Portuguese families with Huntington disease: a transgenerational process for putting the puzzle together. *European Journal of Human Genetics*, 28, 1210–1217. <https://doi.org/10.1038/s41431-020-0630-z>
- Oliveri, S., & Pravettoni, G. (2017). Capturing how individuals perceive genetic risk information: a phenomenological perspective. *Journal of Risk Research*, 21(2), 259–267. <https://doi.org/10.1080/13669877.2017.1281333>
- Parsons, E., & Atkinson, P. (1992). Lay constructions of genetic risk. *Sociology of Health and Illness*, 14(4), 437–455. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1992.tb00131.x>
- Rácz, J., Pintér, J. N., & Kassai, Sz. (2016). *Az interpretatív fenomenológiai analízis elmélete, módszertana és alkalmazási területei*. L'Harmattan Kiadó.
- Radley, A. (1989). Style, discourse and constraint in adjustment to chronic illness, *Sociology of Health & Illness*, 11(3), 230–252. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11435222>
- Richards, M. P. M. (1993). The new genetics: some issues for social scientists. *Sociology of Health and Illness*, 15(5), 567–586. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1993.tb00363.x>
- Sartre, J. P. (1943). *L'Être et le Néant*. Gallimard.
- Saukko, P. M., Richards, S. H., Shepherd, M. H., & Campbell, J. L. (2006). Are genetic tests exceptional? Lessons from a qualitative study on thrombophilia. *Social Science Medicine*, 63(7), 1947–1959. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.012>
- Saukko, P. M., Ellard, S., Richards, S. H., Shepherd, M. H., & Campbell, J. L. (2007). Patients’ understanding of genetic susceptibility testing in mainstream medicine: qualitative study on thrombophilia. *BMC Health Services Research*, 7(1), 82. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-82>

- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*, Sage. <https://doi.org/10.1080/14780880903340091>
- Smith, J. A., Dancyger, C., Wallace, M., Jacobs, C., & Michie, S. (2011). The Development of a Methodology for Examining the Process of Family Communication of Genetic Test Results. *Journal of Genetic Counseling*, 20(1), 23–34. <https://doi.org/10.1007/s10897-010-9317-x>
- Smith, J. A., & Nizza, I. E. (2022). *Essentials of Interpretative Phenomenological Analysis*, American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000259-000>
- Springgay, S. (2008). *Body Knowledge and Curriculum: Pedagogies of Touch in Youth and Visual Culture*. Peter Lang.
- Tomán, E. (2024). *A megélt test szerepe az identitásképzésben örökletes thrombophiliával élő személyeknél: interpretatív fenomenológiai analízis*. Doktori disszertáció. ELTE, Pszichológiai Intézet.
- Tomán, E., Pintér J. N., & Hargitai R. (2024). The embodied experience of genetic inheritance in hereditary thrombophilia. *Health*, 29(3), 373–395. <https://doi.org/10.1177/13634593241271011>
- Underhill, M. L., Lally, R. M., Kiviniemi, M. T., Murekeyisoni, C., & Dickerson, S. S. (2012). Living My Family's Story: Identifying the Lived Experience in Healthy Women at Risk for Hereditary Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 35(6), 493–504. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31824530fa>
- Unterscheider, J., Kane, S. C., Cutts, B., Savoia, H., & Said, J. M. (2017). The role of thrombophilia testing in women with adverse pregnancy outcomes. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 19(2), 163–172. <https://doi.org/10.1111/tog.12366>
- Vegni, E., Leone, D., Graffigna, G., Faioni, E. M., & Moja, E. A. (2013). To be or not to be: The patient's view of thrombophilia testing. *Patient Education and Counseling*, 90(3), 386–391. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.11.002>
- Walter, F., Emery, J., Braithwaite, D., & Marteau, T. (2004). Lay understanding of familial risk of common chronic diseases: a systematic review and synthesis of qualitative research, *Annals of Family Medicine*, 2(6), 583–594. <https://doi.org/10.1370/afm.242>
- Walter, F. M., & Emery, J. (2005). 'Coming Down the Line' – Patients' Understanding of Their Family History of Common Chronic Disease. *The Annals of Family Medicine*, 3(5), 405–414. <https://doi.org/10.1370/afm.368>
- Weiss, G. (1999). *Body Images: Embodiment as Intercorporeality*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203699003>
- Wilde, M. H. (2003). Embodied knowledge in chronic illness and injury. *Nursing Inquiry*, 10(3), 170–176. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00178.x>
- Wilson, S. (2007). 'When you have children, you're obliged to live': motherhood, chronic illness and biographical disruption, *Sociology of Health & Illness*, 29(4), 610–626.
- World Health Organization, WHO (2021). *Cardiovascular diseases*.

BORDERLINE SZEMÉLYISÉGSZAVARRAL ÉLŐK PSZICHIÁTRIAI TAPASZTALATA ÉS A DIAGNÓZISNAK VALÓ ÉRTELEMADÁS FOLYAMATA



RUSCSÁK Péter
Ébredések Alapítvány
ruscsakpeter92@gmail.com

GONDA Xénia
Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika
Semmelweis Egyetem, Gyógyszerhatástani Intézet
Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Gyógyszerkutatás-fejlesztési Központ
Semmelweis Egyetem, Klinikai Pszichológia Tanszék
NAP3.0 Neuropszichofarmakológiai Kutatócsoport, Budapest
gonda.xenia@med.semmelweis-univ.hu

PINTÉR Judit Nóra
ELTE PPK Pszichológiai Intézet
pinter.judit@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A diagnosztikai folyamat a mentális betegség történetének fontos mérföldköve. Számos kvalitatív kutatás vizsgálta a személyiségzavar különböző aspektusait mint megélt tapasztalatot, azonban eddig nem készült olyan tanulmány, amely magyar mintán a diagnosztikai folyamat szubjektív élményére fókuszálna. Kutatásunk fő kérdései a következők voltak: Hogyan élik meg a pszichiátriai betegek az intézményen belüli kezelésüket? Hogyan értelmezik a kapott diagnózist? Hogyan hat a diagnózis az identitásukra?

Módszer: A félig strukturált interjúk elemzésére interpretatív fenomenológiai analízist (IPA) alkalmaztunk. A vizsgálatban 6 fő vett részt (4 nő, 2 férfi, életkoruk: 19–32 év), akik egy akut pszichiátriai osztályon kaptak ellátást.

Eredmények: Az interjúk elemzéséből három fő téma bontakozott ki: 1) Út a pszichiátriához: sodródás és kiszolgáltatottság; 2) A diagnosztikai folyamat és pszichiátriai bennfekvés tapasztalata; 3) Fordulópont az önismeretben.

Következtetések: A felépülés egyik kulcsfontosságú előfeltétele a megfelelő diagnózis elfogadása és identitásba való integrálása, melyben döntő szerepet játszik az ellátó személyzet hozzáállása a pszichiátriai tartózkodás során.

Kulcsszavak: személyiségzavar, IPA, diagnosztika, pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás, diagnózis, borderline

BEVEZETÉS

A pszichiátriai bennfekvés során kapott diagnózis kivételesen komplex fenomén, nem csupán egy objektív tünetegyüttes. A kapott diagnózis leíró jellegén túl előíró is a betegek számára. Miközben magába sűríti a betegek által tapasztalt tüneteket, egyben lenyomata annak a folyamatnak, amelyen a páciens a tünetek megjelenése óta átment, illetve további iránymutatásként is szolgál az egészségügyi dolgozók és a páciens számára. A diagnózis egyszerre szolgál kulcsként a betegszerephez, ugyanakkor a felépüléshez is. Érthetővé teszi, hogy mi a baj, és jó esetben reményt ad, hogy létezik gyógyulás. A diagnózis ugyanakkor nem légtüres térben születik, hanem a beteg számára egész élettörténete horizontján nyer értelmet, és általa az egész élettörténeti horizont is mozgásba jön. Egy jól illeszkedő diagnózis utólag új értelemösszefüggéseket teremt, új öndefiníciónak válik alapjává. Ez azonban akkor tud megtörténni, ha a beteg megbízik a gyógyítóban, ha nyitottá tud válni egy, a társadalomban erősen stigmatizáló diagnózissra, mint például a személyiségzavar, és a felépülés esélyét képes látni benne. Egy jól illeszkedő diagnózis kézhez kapását gyakran számos megelőző diagnosztizálási kísérlet, pozitív és negatív pszichiátriai tapasztalat előzi meg, amelyet áthat a hazai kórházi viszonyok általános légköre, a gyógyszerfelírási és diagnosztikai

gyakorlatok, az egészségügyben uralkodó szemlélet. A következőkben feltárjuk azt az összefüggést, amely a gyógyítás légköre, avagy a gyógyító–beteg-kapcsolat, a diagnózishoz való viszony, illetve a felépülés között fennáll. Majd pedig egy kvalitatív kutatás eredményeit bemutatva látteleket igyekszünk nyújtani személyiségzavarral diagnosztizált páciensek pszichiátriai tapasztalataiból. Interjúalanyaink megélését elemezve tanulmányunkban arra az alapvető kérdésre keressük a választ, hogy mi jelenti a segítséget ezen betegek számára pszichiátriai történetük során.

ELMÉLETI HÁTTÉR

Segítő–páciens-kapcsolat, avagy a gyógyítás légköre

A személyiségzavar prevalenciája magas, minden tizedik ember érintett a személyiség szerkezet patológiájának valamilyen problémájában (Lenzenweger et al., 2007; Volkert et al., 2018). A személyiségérintettséggel élők gyógyulása számos tényező függvénye, nem egyszerűen a megfelelő pszichiátriai kezelésen múlik, mivel a betegség nem önmagában teher, elszigetelten, hanem annak kognitív, pszichológiai és társas következményeivel együtt. A gyógyulás reményét és magát a gyógyulást gyakorta nemcsak a klinikusok által kapott

kezelések iatrogén hatásai befolyásolják, hanem az ilyen kezeléseket végző szakemberek is (Kartalova-O'Doherty & Tedstone Doherty, 2010; Kovács, 2007). Az adherencia és pszichés jóllét – mint a gyógyulás fokmérői – szorosan összefüggenek azzal, hogy a páciens mennyire elégedett a pszichiátriai tartózkodása során az egészségügyi dolgozók kommunikációjával, segítőkészségével, a kapott információkkal, és nem utolsósorban az ellátás során tapasztalható emberiséggel (Zendjidjian et al., 2014). A felépülést tehát a kezeléseket végző szakemberek hozzáállása, illetve a kórházi osztály uralkodó szellemisége jelentősen befolyásolja (Harangozó et al., 2014; Sing et al., 2016). Az orvos–páciens-kapcsolat egyaránt lehet protektív vagy hátráltató tényező – függően azok minőségétől (Brown & Kandirikiria, 2007). A reintegráció elősegítése, a kezelés személyre szabottsága, egy valódi „munkakapcsolat” megléte szakember és páciens között, ahol a páciens saját szenvedésének és a szenvedése ellen folytatott küzdelem szakértőjeként kezelik, szintén fontos faktorok a páciens felépülésében (Leamy et al., 2011). Lényeges továbbá, hogy a gyógyító–páciens-kapcsolat ne autoritás és betegség fókuszú legyen, hanem partneri, amelyben a munka is közös, amely a páciens felépüléseért közös erőfeszítéssel történik. A páciens javára válik továbbá az is, ha teret kap önrendelkezése és autonómiája, ha hozzájut minden szükséges információhoz, és beleszólást kap saját kezelésébe (Leamy et al., 2011).

E befolyásoló tényezők könnyen értelmezhetőek a deficit fókuszú, biomedikális szemléletű klinikai gyógyítás, illetve a növekedésalapú felépülés fogalmainak különválasztásával. Míg a felépülés egy személyes és egyedi, a páciens autonómiájára és kompetenciájára épülő soha véget

nem érő folyamat, melyet a szakember mint egyenrangú partner támogat, addig a deficit fókuszú klinikai kezelés gyakorlata könnyen szem elől téveszti a betegséggel élőket, miközben igyekszik őt meggyógyítani (Anthony, 1993; Harangozó et al., 2014). A formális pszichiátriai kezeléseket tekintve általánosságban kijelenthető, hogy az előbb említett protektív faktorok sokszor háttérbe szorulnak, ellenben számos olyan tényező van jelen, ami jelentősen hátráltathatja a páciensek felépülését. Ilyen a megfelelő tájékoztatás hiánya, a stáb pesszimizmusa, a bent fekvő betegek túlkontrollálása, az egyenlőtlen, a kölcsönösséget vagy tiszteletet nélkülöző segítő–beteg kapcsolat, valamint a beteg szakértőként való kezelésének hiánya, illetve a stigmatizáló attitűd (Onken et al., 2002). Masland és munkatársai (2022) több mint 40 cikk alapján elemzik a borderline személyiségzavarral élőkkel szembeni előítéleteket a klinikai gyakorlatban, illetve a tudományos publicisztikában, különös tekintettel a páciensek felé irányuló stigmatizáló és bizalmatlan attitűdre, kevésbé elkötelezett és „pervazív pejoratív” hozzáállásra, a páciens irányában tanúsított túlzott szigorra, akár durvaságra, illetve a kategorizáló és degradáló szóhasználatra. Egy másik szisztematikus áttekintés (Valery és Prouteau, 2020) 38 cikk alapján mutatja be a skizofréniával kapcsolatos előítéletet a klinikusi szakmában, külön kitérve a prognosztikai becslések pesszimizmusára és a negatív előjelű véleményekre. Egy diagnózishoz való adaptív hozzáállás a beteg részéről, illetve a felépülés nyilvánvalóan messze túlmutat azon, hogy megfelelő-e a gyógyszerelés, vagy hogy kellőképpen felkészült-e a szakember. Az adott pszichiátrián uralkodó légkör és a segítő személyzet hozzáállása közvetlen

befolyással bír a páciens önértelmezésére, saját betegségéhez és így gyógyulásához való viszonyára (Kovács, 2007).

A betegszereptől a kontroll visszavételéig

Ridgway (2001) egyes szám első személyben írt felépüléstörténeteket elemzett *grounded theory* módszerrel, és arra jutott, hogy a felépülés akkor lehetséges, ha a páciens kitör a neki felkínált passzív betegszerepből, és visszaveszi az élete felett az irányítást, konkrétan: szembemegy a pszichiáterek pesszimista prognózisával, függetleníti magát az egészségügyi dolgozók lekezelő attitűdjétől, illetve nem veszi magára „a mentális beteg” önképet. Ez alapján is jól látható, hogy nagy kihívás hárul a pszichiátriai betegekhez azután is, hogy bekerülnek az egészségügyi rendszerbe. Wyatt (2024) kilenc, a borderline (érzelmileg labilis) személyiségzavar diagnózist kifejezetten elutasító nővel végzett IPA-kutatásában a diagnózissal való egyet nem értést és a stigmatizáció okozta nehézségeket állította fókuszba. A kibontakozó témák kirajzolták, ahogyan a betegséggel élők fokozatosan igyekeztek visszavenni a kontrollt, miután élettörténeti traumáik, kórházi tapasztalataik, a kapott diagnózissal való küzdelmük és az őket ért folyamatos stigmatizáció miatt elvesztették azt. A betegséggel élők saját megélésükben megszűntek emberként létezni, pusztán betegségükre voltak redukálva, megbélyegezve érezték magukat, és hatalmas nehézséget jelentett számukra elviselni az egészségügyi rendszer hozzájuk való viszonyát. Külön hiányolták a kapott diagnózisok megfelelő kommunikációját, illetve a sokszor eleinte téves, vagy általuk nem elfogadott diagnózis révén gyakran

éltek át szégyent, elszigetelődtek másoktól, míg a megfelelőnek tartott diagnózis megkönnyebbülést jelentett számukra, és fontos alapot adott az értelemadásnak és továbblépésnek. Egy másik, *grounded theory* használó, 32 mentális betegséggel élő interjún alapuló kvalitatív kutatás szintén kiemeli a kórházi élményeknek a páciens számára saját magukhoz és környezetükhöz való újrakapcsolódásban játszott meghatározó szerepét (Kartalova-O’Doherty & Tedstone Doherty, 2010). Az interjúalanyok azt a szükségletet fogalmazták meg, hogy ne redukálják őket pusztán egy diagnózisra vagy a betegségre, hogy hallják meg őket magukat. A páciensek számára az elfogadás és odafigyelés jelentette a legfontosabb erőforrást, míg ezek hiánya akadályozta a felépülésüket.

Stigma/önstigma vagy önegyüttérzés

A diagnózis mint *kétélű kard* megfogalmazás jól szemlélteti a diagnózis kettős természetét: egyrészt felszabadítja a beteget, másrészt meg is bélyegzi. Hozzáférést biztosít a kezelésekhöz és szolgáltatásokhoz, ugyanakkor gyakran a munkából és a többségi társadalomból való kirekesztődésként élik meg az emberek. A stigmatizáció egyszerre valós és egyszerre az önstigmatizáció elvén működik. IPA-módszertannal a legtöbb személyiségzavarral kapcsolatos kutatást borderline-fókusszal végeztek. Evans eredményei (2016) – hat fővel folytatott interjúik alapján – arra mutatnak, hogy az interjúalanyok számára a diagnózisuk miatti felnőttkori rejtőzködés és az önstigmatizáció erős szenvedést okoztak. Külön témaként bontakozott ki a diagnózis szerepe a betegségnek való jelenlétadás folyamatában. A diagnózis egyre

mélyebb megértése hozzájárult ahhoz, hogy saját működésüket is jobban értsék, szakemberektől is célzottabban tudjanak segítséget kérni. Fagan és munkatársai (2022) IPA-kutatásából az derült ki, hogy a betegek saját magukkal szembeni együttérzése kimondottan protektív faktornak bizonyult, ami megvéd a szégyennel, a stigmatizációtól és a depresszív tünetekkel szemben. Az önegyüttérzést Neff és munkatársai (2013) a saját magunkra irányuló együttérzéseként definiálták, az önegyüttérző személy elfogadó saját szenvedésével, egyben belülről fakadó törekvése, hogy enyhítsen saját szenvedésén.

A kutatás célkitűzései

Magyar mintán elsőként végeztünk IPA módszerű kvalitatív vizsgálatot személyiségzavarral élők körében. A kutatás célja, hogy megismerjük, hogyan élnek meg a betegek a pszichiátriai kezelést, és hogyan alakul a diagnózishoz való viszonyuk. A következő kutatói kérdésekre kerestük a választ: Hogyan élnek meg a pszichiátriai betegek az intézményen belüli kezelésüket? Hogyan értelmezik a kapott diagnózist? Hogyan hat a diagnózis az identitásukra?

MÓDSZER

Eljárás

A kutatást a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatás-etikai Bizottság hagyta jóvá 2023. december 6-án 261/2023 SE RKEB számon. A vizsgálatot egy akut pszichiátriai osztályon

folytattuk 2024 januárjától áprilisáig. A vizsgálatban való részvétel önkéntes alapon és anonim módon történt. Az interjúalanyok tájékoztató-beleegyező nyilatkozatot írtak alá. Kompenzáció nem történt.

Interpretatív fenomenológiai analízis

Az interpretatív fenomenológiai analízis (továbbá IPA) olyan kvalitatív módszer, amely mély bepillantást enged az egyes szám első személyű, nehezen megragadható szubjektív tapasztalatba (Csabai & Pintér, 2013; Rácz et al., 2016b). Az IPA segítségével érthetővé válik, hogy az egyén milyen jelentést ad tapasztalatainak (Smith & Osborn, 2007). A módszer érzékenysége lehetőséget biztosít, hogy a kutatók olyan tapasztalatokhoz is hozzáférjenek, amelyekhez más kvalitatív módszer révén nehéz volna eljutni (Tomán et al., 2022). Az IPA elméleti és célzott, kis elemszámú és heterogén minta vételével, félig struktúrált interjúkkal dolgozik (Rácz et al., 2016b; Rácz et al., 2016a).

Résztvevők

Kutatásunkban 6 személy vett részt. A neveket megváltoztattuk, és a legfontosabb adatokat alább közöltük (ld. *1. táblázat*). A bekerülés kritériumai a személyiségzavar diagnózis megléte és legalább egy korábbi kezelés tapasztalata volt, továbbá hogy a vizsgálati személy előzetesen részt vegyen a „Stigmatizáció és morális érzelmek a klinikumban” című kutatásban. Kizáró kritériumok voltak a mentális retardáció, a kognitív funkciók hanyatlása és az akut pszichotikus állapot.

1. táblázat. A vizsgálatban résztvevők releváns adatai

Név	Életkor	Személyiségzavar	Komorbid zavar
Zselyke	19	Nem meghatározott (érzelmileg labilis jegyekkel)	Bipoláris affektív Nem meghatározott affektív Nem meghatározott szorongás
Ella	20	Érzelmileg labilis	Bipoláris affektív Alkalmazkodási Nem meghatározott szorongás PTSD Kevert szorongásos-depressziós
Johanna	32	Érzelmileg labilis	Szkizofrénia Bipoláris affektív Tourette szindróma
Roland	27	Érzelmileg labilis	Bipoláris affektív
Janka	29	Kevert (elkerülő, kényszeres, érzelmileg labilis, szkizotíp jegyekkel)	Bipoláris affektív
Zsigmond	24	Érzelmileg labilis	Bipoláris affektív

Elemzés

Az interjúkból szó szerinti átiratokat készítettünk, majd az IPA módszertanának megfelelően egyenként elemeztük őket. Az interjúk idiografikus elemzése során először a nyers szövegek többszöri elolvasásával mélyebb betekintést nyertünk az egyéni tapasztalatokba. Ezt követően elvégeztük a nyílt kódolást, annotációkat készítettünk, később pedig az elvontabb szinten megjelenő témákat jegyeztük fel (Rácz et al., 2016b; Smith et al., 2009; Smith & Osborn, 2008). Miután minden interjúnál elvégeztük ezt a folyamatot, az elemzés befejező lépésében a szerzők közötti konszenzusra alapozva sor került az esetek közötti elemzésre, majd a közös fő- és altémák kifejtésére.

EREDMÉNYEK

Az interjúk elemzése során három fő téma rajzolódott ki: Út a pszichiátriáig: *sodródás* és *kiszolgáltatottság* (2 altémával), *A diagnosztikai folyamat és pszichiátriai bennfekvés tapasztalata* (3 altémával) és *Önismereti fordulópont* (2 altémával) (ld. 1. ábra).

Út a pszichiátriáig: sodródás és kiszolgáltatottság

Beszámolóikban a személyiségzavar diagnosztizálásáig számos traumatikus életeményről és krízisről számoltak be, amelyekben úgy érezték, hogy sodródnak életük történetében, nincsen kontrolljuk az események alakulása felett. A dolgok inkább megtörténnek velük, semmint aktívan alakítanák életüket. Szenvedésüket, tüneteiket, nehézségeiket nem tudták értelmezni, nem volt semmilyen kapaszkodójuk az önértelmezéshez,



1. ábra. A vizsgálatban kibontakozó fő-, illetve altémák

problémáik átlátásához. A sorozatos kórházi tapasztalatok, a hangulatingadozások, a kapcsolati nehézségek együttesen alakítják a betegség megélését. A betegség, a tünetek áthatják az egész élettörténetet.

Élettörténeti krízisek

A betegség történetét számos élettörténeti krízissel összefonódva értelmezték az interjúalanyok. Az élettörténetben megjelenő elutasítottság száliens fenoménja a beszámolóknak. A bekövetkező akcidentális krízisek, interperszonális konfliktusok megelőzik és körülölelik a tünetek fellángolását.

„Amúgy elváltak a szüleim hároméves koromban. (...) Kéthónapos voltam, amikor a szüleim otthon hagytak egyedül... [egy egész napra].” – kezd el mesélni Ella magáról és a betegségéről.

Ahogy Ella, úgy a többi interjúalany énképét és életét számos, jellemzően időben elhúzódó kritikus életesemény befolyásolta. Ilyen például a már a felmenőknél jelenlévő diagnosztizáltatlan pszichiátriai zavarok

megléte és emiatt mérgező családi légkör, a korai magára hagyottság, elutasítottság élménye, illetve a szülői szeretet hiánya.

„Apa nem is örült, amikor megszülettem, mert mindenképp fiút akart. Aztán rá lettem sózva nagyiékra Pesten, hogy anya tudjon menni énekelni. De aztán meg egy időben meg, amikor elváltak, vittek magukkal, mer régen is családk egymást azzal, akivel most vannak együtt...” (Zselyke)

Több beszámolóban a betegség tüneteinek fellángolása felnőttkori krízishelyzetekhez, sorstörésekhez, akkut stresszhelyzetekhez kapcsolódott. Rolandot az anyja egyik pillanatról a másikra küldte el otthonról fiatalon, és ő tél közepén utcán találta magát – amivel egy időben kezdődött betegségekálváriája is. Johanna ugyan csak hosszan sorolja a betegség történetét kapcsán élettörténeti kríziseit.

„(...) készültem a zeneművészetire. És totálisan szarrá voltak gyulladva a csuklóim, konkrétan merevítőben

éltem, ilyen csukló-fém melegítőben. És az azért egy elég stresszes dologt jelent, valamint akkor kezdtem el jóval kevesebbet enni a szokásosnál is. És szerintem az éhezés segítheti a derealizációnak a létrejöttét egyébként. (...), és akkor lement a felvételi, szakítottam a vőlegényemmel, akkor még kevesebbet kezdtem el enni, fogytam akkor kábé egy tíz kilót nagyon rövid alatt (...).” (Johanna)

Többek között Johanna elbeszéléséből is érezhető a tünet és a stressz cirkuláris egymásra hatása: nehezen elválasztható, mennyiben a tünetek az okozói a stressznek, és a tünetek fellángolása mennyiben következménye egy-egy kritikus élethelyzetnek.

Jelentés nélküli szenvedésmény

A betegség tüneteinek megjelenése márkánsan megfogható krízis az élettörténetben. Kezdetben teljesen kiszolgáltatottak a személyiségzavar és más komorbid zavarok változatos tüneteinek, mint a nagyon erős hangulatingadozásnak, az önvesztélyes magatartásnak vagy az önsértő késztetésnek. Ella 6 évesen követte el az első öngyilkossági kísérletét, amikor a nagyanyja mentette meg. Johanna igyekezte *lábon kihordani* az utóbb derealizációként diagnosztizált betegsége tüneteit, kishíján súlyos közúti balesetet elszenvedve. Közös a beszámolóiban, hogy tapasztalataikra nem találtak magyarázatot, és hosszú ideig megfelelő kezelést sem kaptak, így szinte elviselhetetlen mértékű bizonytalanságban éltek. Önmagukat, hangulatukat, érzéseiket, viselkedésüket elárasztónak élték meg, tovább mélyítve a teljes kontrollvesztettség tapasztalatát saját maguk és családjuk számára is. Janka például ugyan 13 éves korában kapott már diagnózist, de megfelelő

kezelést nem. Ennek és más mentális zavarának a tünetei annyira megerősödtek és állandósultak esetében, hogy végül ő maga kért pszichiátriai segítséget.

„Fáradt vagyok, belefáradtam, belefáradtam abba, hogy folyamatosan rosszul érzem magam (...), otthon már azelőtt [diagnózis és kezelések előtt] elkezdődött, hogy fekszem az ágyban folyamatosan, nincs erőm semmihez, csak sírtam, meg ilyen dolgok(...), például nagyon sokat veszekedtem a párommal ok nélkül, dühös voltam, agresszív, indulatos, nagyon sokszor (...), akkor volt..., hát ez már nagyon rég volt, hogy sokat fekszem és sírok, ilyenek. Nincsen úgy semmihez úgy [kedvem]..., ugye.” (Janka)

Janka kiszolgáltatottsága időben szintén a diagnosztikai és kezelési folyamatok előtt kezdődik, mely kontrollvesztettség élménye egyszerre szól a tünetek nyelvén, és egyszerre szól annak, ahogy az egyént leigázza mentális érintettsége, és elszigetelődik. Zsigmond arról számolt be, hogy a diagnosztikai folyamatot megelőzően tapasztalt pszichotikus állapotok miatt permanens kiszolgáltatottságot élt át ő és a környezete is, aminek hatására évekre saját élete peremére sodródott, később pedig hajléktalanná vált.

„Volt több pszichózisom is, amik eléggé érdekesek voltak. Az egyik például az volt, hogy amikor egyedül lettem otthon hagyva, amikor az unokatesómnál laktam, hogy bent voltam a szobámban, és kulcsra zártam az ajtót, és egy kés-sel voltam, és folyamat azt hittem, hogy rám fog törni egy démoni lény... Majdnem rátámadtam az unokatestvéremre, mikor hazaérkezett.” (Zsigmond)

Ha Zsigmond szavait alaposabban megvizsgáljuk, megérthetjük, ahogy a pszichózis

tapasztalata csak innen, a jelenből visszapolgántva, már csak utólag tűnik érdekesnek, amíg az átélés pillanatában dermesztően félelmetes és megmagyarázhatatlan.

A diagnosztikai folyamat és pszichiátriai bennfekvés tapasztalata

A megértés a betegek számára egy igen komplex fenomén. Egyrészt ők maguk szeretnék végre megérteni, átlátni, hogy mi történik velük több éve, évtizede, és ezzel párhuzamosan, hogy vajon milyen út vezet a gyógyuláshoz. Másrészt erős vágy él bennük arra, hogy szociális környezetük, illetve az ellátó rendszerben dolgozó szakemberek is megértsék az állapotukat, és meglássák bennük az embert is, ne csak a beteget, és elismerjék küzdelmüket. A kétféle megértésért folytatott küzdelem összefonódik számukra. Bár az interjúalanyok magukat tekintik betegségük elsődleges szakértőinek, mégis folyamatosan várják az orvosoktól a validálást és az útmutatást. Amikor úgy érzik, hogy nem hallgatják meg, vagy félrediasztizálják őket, akkor csalódottságot, szégyent, fásultságot, haragot és önstigmatizációt élnek át, és könnyen zuhannak vissza a kontrollvesztettség állapotába.

A nem megfelelő vagy hiányos diagnózisok hatása

Az interjúalanyok mindegyikénél megjelent a nem validnak érzett diagnózissal való elégedetlenség, ami szorosan összekapcsolódott a diagnosztikai folyamattal szemben érzett frusztrációval. Ella elsőként olyan diagnózist kapott, amelynek jelentését nem értette, kritériumrendszerét nem tudta magára vonatkoztatni, ennek következtében nőtt benne az értetlenség és

feszültség. Zselyke feszülten várta, hogy az intézménybe kerülve végre megértsék őt az orvosok, és magyarázatot kapjon problémáira. Úgy érezte, hogy amíg nincs megfelelő diagnózis a kezében, addig nem tud továbblépni, és „önmagán dolgozni”.

„Most... azért vagyok ilyen feszengős, mert nincsen még erre a személyiségzavaros cuccra diagnózis, ugye addig nem tudunk vele mit csinálni. És addig nem is leszek nyugodt, amíg nem tudunk vele mit csinálni, mert most már jó lenne megtudni, mi ez, és én is úgy tudjak magamon dolgozni utána a továbbiakban...” (Zselyke)

Többen úgy érezték, hogy vagy félre lettek diasztizálva, vagy kellő magyarázat és információ híján nem tudják megérteni és magukra vonatkoztatni a kapott diagnózisokat. Ez csak növelte bennük a kérdések számát, az elkeseredés, a csalódás és a kilátástalanság érzését. Rolandot is felzaklatta, hogy úgy érezte, pszichiátere félreérti és félrediasztizálja. Az interjúalanyok elvesztettnek érezték magukat, egy olyan diagnózist kapva, amit nem tudtak magukra vonatkoztatni.

„Hát..., elkeseredtem. Hogy skizofrénia, vagy hogy skizofrén vagyok én is, ez rossz volt..., nem tudom... Hát hogy ő [a pszichiáter] ezeket a tüneteket tapasztalja nálam, hogy ezeknek a betegségnek vannak tünetei, nem mondta ki pontosan, hogy mire gondol. Nem tudtam belőle kiszedni, hogy miért kaptam ezt, de rosszul esett, hogy ráírták ezt is. Én ezekkel nem tudok azonosulni, nem érzem a magaménak, nem érzem, hogy nekem ilyen bajom lenne..., kellemetlen volt, csalódtam, úgy éreztem, hogy át vagyok verve, úgy éreztem, hogy nem figyel rám, úgy éreztem, hogy

félrediaosztizál, az is lehet, hogy félrediaosztizálta, mert ő csak feltételez... És akkor mmm mindegy, jó, nem tudom, rá hagytam, mondom mindegy, nem érdekel, mondjon, amit akar, én úgysem hiszek nekik, tehát felzaklatott.” (Roland)

Johannának lassan tíz éve nincs végleges, számára elfogadható diagnózisa: hol megkapja a szkizofrénia diagnózist, hol pedig kizárják annak lehetőségét, és egy újabb diagnosztikai folyamat keretében felülvizsgálják a korábbi véleményeket. A félrediaosztizálás és a „klinikai karrierje”, ahogyan fogalmazott, a betegséggel együtt „elvette az életét és maradék önértékelését”. Megfelelő diagnózis híján a betegek identitása, önképe alapjaiban megrendült, ahogyan az alábbi megrázó idézet is mutatja:

*„Mindenfajta létező önértékelésem eltűnt a pi***ba. Pedig alapvetően sem voltam beképzelt, jó, ami így nagyon objektív volt mondjuk a suliba a teljesítményem, vagy amiről nagyon sok visszajelzést kaptam az oké, de amúgy sose volt ilyen nagyon eleresztve az önértékelésem, és most így teljesen zéró, mert úgy érzem, tegnap pont mondtam a kezelőorvosnak, hogy úgy érzem, hogy tenék valamit magamért, nem érdemlem meg, meg minek, hülye vagyok, hogy teszek magamért, meg ilyen gondolataim vannak. (...) én ilyen kuka kategória vagyok.”* (Johanna)

Kontrollvesztettség és szégyen a pszichiátriai kezelés során

A félrediaosztizálás tapasztalata mellett hangsúlyosan megjelentek a pszichiátrián átélt negatív tapasztalatok, a betegek szánt idő és figyelem hiánya és az

egészségügyi személyzet dehumanizáló hozzáállása, a kommunikáció elégtelensége. Az interjúalanyok felénél megjelent továbbá az „agyongyógyszerelés” tapasztalata is.

„És akkor egyszer össze is veszttem..., nem összeveszttem vele, csak kiabáltam vele, a széket a földhöz vágtam, meg mondtam, hogy itt vagyok, de minek? Közben meg azt sem tudják, hogy mivel diagnosztizálnak, mert nem beszélgetnek velem, így miből derül ki, hogy mi a bajom, ugye, csak tömök belém a sok gyógyszert, úgyhogy nem voltam vele megelégedve.” (Janka)

Janka a nem megfelelő ellátást és a kapott gyógyszerek sokaságát összeköti magában azzal, hogy ő maga végül visszaélt a gyógyszerrel, és túladagolta azt többször is. A kórházi durva, akár sértő bánásmódból, a figyelem hiányából gyakran azt a következtetést vonták le beszélgetőpartnereink, hogy nem érnek annyit, hogy foglalkozzanak velük, és hogy ez az egyik oka, hogy soha nem fognak felépülni.

„Át vagyok adogatva... Zakariás doktornál kezdtem, de ő elment, átadott Lellei doktornőnek, de aztán ő is elment, aztán átadott a doktor úrnak, aki be se jött a vizitre. Le vagyok passzolgatva..., rég beszéltem dokival, és... jó lenne valamit folytatni ugye... a gyógyszerekkel..., jobb lenne többet, mer akkor ő..., el tudnám legalább mondani a panaszaimat, és közösen ki tudnánk gondolni valamit...” (Zselyke)

A pszichiátria nem csak valóságos falival izolálja a pácienseket a való világtól, de lélektanilag és szociálisan is elszigeteli őket. Három interjúalanyánál jelent meg expliciten, hogy a „pszichiátriai karrierjük” takargatni-, szégyellnivaló. Janka

is beszámolt arról, hogy az elszigeteltség érzése összekapcsolódott a szégyennel. Sajáttá tette a pszichiátriai betegeket súlytó stigmatizációt, és hangsúlyosan megjelent nála az önstigmatizáció.

„Nem tudom, mások nem úgy lássák, mint egy betegséget, mert nem értik, és akkor például nem megyek anyósomékhoz, mert anyósom is azt mondta a páromnak, hogy hát nem értem, hogy mi baja van a feleségednek, amikor házatok van, gyereketek meg minden. És akkor így nem értik az egészet, hogy miért van, ugye, és én meg így ezt nem tudom, szégyellem magam így előtűnik. Így el vagyok teljesen zárkózva. (...) folyamatosan bekerülök ide, vagy a másikba, ugye, és én már szégyellem, és már tényleg valaki azt hiszi, hogy jobban szeretek itt lenni, ugye, vagy én nem tudok, ilyenek vannak a fejembe.” (Janka)

Pszichiátria mint menedék

A pszichiátria ugyanakkor nem csupán mint az intézményesített bezártság, elszigeteltség és szégyen megtestesüléseként jelent meg, de mint menedékhely is. Más-más jelentésmezővel, de egy valami közös volt ezekben a beszámolókbán, nevezetesen, hogy beszélgetőpartnereink úgy érezték, hogy bizonyos feladatokat, terheket, felelősséget levesznek róluk, átvesznek a kórházi dolgozók, illetve szimbolikusan maga a pszichiátriai osztály. Ez az átmeneti fel szabadulás, hogy egy ideig nem nekik kell felelősséget vállalniuk mindenért, kívülről kapnak rendszert, kereteket az életükbe, hatalmas segítséget jelentett számukra a gyógyuláshoz vezető úton.

„Akartam nagyon egyfajta rendszert, mert rendszertelen életet éltem, és

rendszerességet kaptam..., ugyanakkor volt a gyógyszerosztás, ugyanakkor volt a reggeli, az ebéd..., jó volt, mert legalább rendszerességet tanultam.” – mondja Roland, akinek a kezelés éppen a szervezettsége és szabályozottsága miatt vált otthonossá.

Többen egy idő után már hazamenni sem akartak, annyira otthonossá vált számukra a pszichiátria védett falain belüli tartózkodás. Szinte mindenki beszámolt arról, hogy az osztályon nemcsak a gyógyulásukhoz kaptak segítséget, de egyben el is menekülhettek a gondjaik elől. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a benntartózkodás egyfajta moratóriumállapotot jelent számukra.

„Néha annyira belefáradok a saját életembe, hogy így, jó érzés egy kicsit elengedni, meg így kevesebb a felelősség, azt hiszem, itt, a kórházban. (...) nem kell annyi feladattal foglalkozni, nem kell foglalkozni munkahelyi problémákkal, nem kell foglalkozni iskolával, nem kell foglalkozni anyukámmal, vagy hát kellene, de nem teszem meg.” (Roland)

A pszichiátriai osztály mint biztonságos hely, mint menedék megéléséhez az is hozzájárult, hogy többen érezték a szakemberek részéről a törődést, a foglalkozást.

„Nagyon jó, legszívesebben itt töltenék még két vagy három hetet. Itt azt érzem, tényleg figyelnek rám. Itt tényleg foglalkoznak velem!” (Zsigmond)

A pszichiátriai osztály az a tér is, ahol kapcsolódhatnak egymáshoz a sorstársak. Egy kivétellel mindenkinél megjelent, ahogyan a kezelés során az osztályra egy olyan helyként tekintenek, ahol lehetőségük van erőt meríteni a többi páciensből, ahol társakat és támogató közeget kapnak a gyógyulásukhoz. Az ilyen jelentőségteljes kapcsolódás több esetben orvosokkal is megtörtént,

de első sorban sorstársaikra értik – így van ezzel Zselyke is.

„Hát, hogy minthogyha így a második otthonomba jönnek, mer nagyon közel kerültem mindenkihez...” (Zselyke)

A pszichiátria saját magukkal szemben is védi őket, így nem élhetnek vissza drog-
gal vagy gyógyszerrel. Többeket a hazatér-
rés gondolata aggodalommal tölt el, hogy
az otthoni nehézségekkel nem fognak tudni
megküzdeni. A pszichoszociális moratóri-
umi állapot tehát a betegségkarrier során
hospitalizációba fordulhat át. Erre utalnak
az imént idézett sorok Rolandtól, Zsig-
mondtól vagy Zselykétől, és ez, a kezelé-
sen messze túlmutató, önészlelést formáló
kórháztól való függőségi viszony olvasható
ki Janka félelméből is.

*„Nehéz. Nehéz visszaszoknom, még ha
csak két hétig vagyok benn, akkor is
nagyon nehéz visszaszokni..., itt azért
nyugi van, csönd van, béke van. Haza-
megyek, otthon négy gyerek a nya-
kamba ugye, ott a sok házimunka meg
minden, és nagyon nehéz visszaráz-
kódni a hétköznapiakba. Ilyen pár nap
kell hozzá, hogy visszarázódjak... És
félek, hogy mi lesz, hogy hazamegyek,
most itt elvagyok, de nagyon tartok
attól, hogy hazamegyek, és visszaesek,
és megint nem lesz jó, ugye.”* (Janka)

Önismereti fordulópont

Szinte mindegyik interjúalanynál megje-
lent az a tapasztalat, hogy egy jól illesz-
kedő diagnózis megkapásával és annak
révén, a pszichiátriai tartózkodásuk egy
pontján, az addig sokszor eredménytelen
magyarázatkeresést követően figyelmüket
kapcsolataik, elakadásaik és személyisé-
gük megértésére tudták irányítani. Egy új,

megalapozott önismereti munka vette kez-
detét, ami nem volt zökkenőktől és vissza-
esésektől mentes, de egy jól kitapintható
„új kezdet” tapasztalata volt. Egy megfelelő
diagnózis megkapása és a megértés élmé-
nye együttesen élettörténeti, önismereti for-
dulópontot jelentettek a betegek számára.

Felszabadulás: betegség és énkép újradefiniálása

A betegek számára saját diagnózisukhoz
való viszony folyamatosan változik, for-
málódik. Még a megfelelő diagnózis meg-
kapása is először sokként érte az interjúala-
nyokat, amit azonban sok esetben gyorsan
felváltott a megkönnyebbülés. A megszer-
zett tudást felszabadulásként élték meg, úgy
érezték, hogy végre értelmet nyer addigi
sodródásuk. A validnak érzett diagnózis
mintha utólagos felmentéssel is szolgált
volna az addigi, önmaguk és környezetük
számára nehezen tolerálható működésü-
kért. Zselyke és több sorstársa kettős érzést
fogalmaznak meg, amikor arról beszélnek,
hogyan érintették őket a kapott diagnózisok.

*„Először értetlenség, mert, mert nem
értettem, hogy mi ez az egész..., ő...,
aztán ő... kíváncsiság felváltotta, és
elkezdtem utánanézni, hogy mik ezek,
meg utánakérdezgetni, ugye..., hogy
jobban elmagyarázzák, és utána inkább
ilyen kivilágosodás, és nagyon sok min-
den értelmet nyert, amit például a múlt-
ban tettem.”* (Zselyke)

A diagnózis többeknél átmeneti kibú-
vóként is szolgált. Mint egy felmentés,
ami nem csupán utólag, a múltbeli visel-
kedésükért való felelősségvállalás alól
mentesít, de a jelenre nézve is könnyítés:
joguk van „nehezen” viselkedni, hiszen
a diagnózis igazolja, hogy ők betegséggel
élnek. A diagnózis, ahogyan Zselykénél is

érezhető, visszaadja az egyén autonómiáját azon az áron, hogy egy, a szabad döntéseiben korlátozott szerepbe kerül ezáltal a páciens.

„Mindenképpen mondom, hogy ha új embert ismerek meg, hogy nekem vannak betegségek, és emiatt nehéz személyiség vagyok, és általában, miután elmagyarázom, milyen is ez, akkor utána sokkal megértőbben viszonyulnak hozzám.” (Zselyke)

Egyesek a diagnosztikus vélemény retrospektív magyarázó jellegét hangsúlyozták, mások a prospektív vonzatát emelték ki. Szinte mindenkinél megjelent a megnyugvás, amikor azonosulni tudtak az adott szakvéleménnyel. Ez jelentette ugyanis az alapot ahhoz, hogy végre megfelelő segítséget kapjanak. A diagnózis elfogadása és későbbi introjektálása (belsővé tétele) ugyan közel sem zökkenő- vagy fájdalommentes, ám szerves része az önismereti útnak. A diagnózisra egyesek mint megvilágosító felismerésre, alapvető viszonyítási pontra, mások mint egy mankóra, kapaszkodóra tekintettek, ami megkönnyíti a másokkal való interakciót a betegségük kapcsán. Egy diagnózis, amivel egyetért a páciens, visszaadja a hitet számára, hogy ismét irányíthatja az életét. A „helyes” diagnózis megszülte továbbá annak az igényét, hogy tovább tájékozódjanak az emberek a betegségeikről. A páciensek várták a viziteket, hogy még többet megtudhassanak a betegségeikről, illetve többen interneten, vagy könyveket olvasva igyekeztek ismereteket szerezni.

„Jelzők..., hogy milyen ember vagyok, milyen típusú ember vagyok..., változó hangulatú. (...) Segített [a diagnózis a másokhoz való kapcsolódást]. Mert hogyha például megkérdezték, hogy most miért vagy ilyen furcsa, akkor

foghattam a borderline-ra például, hogy most miért vagy depresszív, akkor foghattam a borderline-ra. A... bipoláris zavarra... Meg ugye, az ismerőseimmel így közöltem, így, a közeli ismerőseimmel, hogy ez meg az vagyok, eddig csak tippeltem, és jól tippeltem... És... és akkor egy csomószer így kibúvót kerestem az alól, hogy így, most miért viselkedem így, vagy úgy...” (Ella)

Felelősségvállalás:

a kontroll visszavétele

Az interjúalanyoknál egyöntetűen megjelent az a megélés, hogy egy számukra elfogadható diagnózis birtokában elkezdenek felelősséget vállalni a betegségért és saját életükért. Az évek, évtizedek óta várt valid információk, amelyek végre megfelelő magyarázatot nyújtanak számukra állapotukról, érthető keretbe rendezik tapasztalataikat, jelentős motiváló erővel bírnak számukra. Olyan ugródeszka a jól illeszkedő diagnózis, amely lendületet ad, hogy a páciens fejest ugorhasson az önismeretbe. Jellemző, hogy sokan a diagnosztikai folyamatot megelőzően sokkal negatívabban ítélték meg magukat és helyzetüket, mivel sokszor a környezet stigmatizáló szemüvegén keresztül tehetetlennek, kiszolgáltatottnak, reménytelennek látták magukat. Önismeretük gyarapodása révén azonban képessé váltak arra, hogy elkezdjenek magukra ágensként, autonómként, aktívumként tekinteni. Az (ön)kontroll visszavétele többféle területen is megjelent. Jellemző volt a megélése annak, hogy bár nem tartoznak teljes felelősséggel azért, akivé váltak, de a valid diagnózis tükrében megjelenhetett a remény és az elhatározás, hogy a jövőben képessé váljanak felelősséget vállalni azért, akivé válni szeretnének. Janka esetében is

láthatjuk, ahogy az énkép újradefiniálása saját maga és a fontos másik számára egyben a kontrollvisszavétel felé tett első lépés.

„Próbálok én is máshogy viszonyulni az egész dologhoz, ugye. Meg a férjem is másként lássa a dolgokat. Mi változott [a diagnózisok óta]? Minden. A férjem teljesen másként áll hozzám. Én is hozzá. Több mindent elfogad tőlem, nem az van, hogy összekapunk minden kis hülyeségen például. Hogy ugye... Hanem így sokkal több mindent elnéz nekem, elfogad tőlem... Próbálok én is, hogy mondjam, nem úgy viselkedni, mint azelőtt.” (Janka)

Janka felülvizsgálta eddigi életét, és a kezébe akarja venni az irányítást, bízni akar magában, és abban, hogy van annyi energiája, hogy változtasson a dolgokon.

„...veszik le a gyógyszeremet, de ahhoz képest elég nyugodtan viselkedek, mert alig kapok valamit, ugye, csak próbálok, próbálok én is jól viselkedni, néha nehezemre esik..., azon vagyok, hogy jobban legyek, és nagyon bízom abban, hogy jobban leszek. Tudom, hogy sok múlik rajtam is, hogy hogy állok a dolgokhoz. Az a baj, hogy eddig teljesen bele is lovaltam magam, hogy rosszul vagyok, rosszul vagyok, és akkor meg most jövök rá, hogy ezt az egészet igazából ezt nekem is fejben el kell dönteni, hogy hogy leszek, ugye.” (Janka)

A kontroll visszaszerzésében hozott döntés Ella esetében is expliciten megjelenik.

„Kihívtam magamra a mentőket, ami egy nagyon bölcs döntés volt. (...) Eldöntöttem, hogy a 2024-es évem a változás éve lesz minden szempontból. Nem lesz túlادagolás, mert nagyon sokszor megjártam a Péterfy toxikológiát. Nem lesz önsértés ilyen fajta módon...” (Ella).

Zsigmond, korábbi passzív attitűdjével ellentétben, a diagnózis után egyenesen kihívásként, az élettől kapott feladatként tekint betegségére. Az ilyen és ehhez hasonló mondatokban hatalmas énerőt fedezhetünk fel. Ez a felépülés első állomása: a változásba, gyógyulásba vetett eltökélt hit.

„És szerintem nem azért kapom a diagnózist, hogy védekezsek vele, hanem hogy megküzdjek vele.” (Zsigmond)

DISZKUSSZIÓ

A diagnózis magukra illesztése

Az eredmények alapján azt látjuk, hogy az interjúalanyoknál egy validnak megélt diagnózis megkapása élettörténetükkel egybefonódott betegségétörténetük egyik legfontosabb állomása, amely fordulópontot jelent saját állapotukkal és a környezetükkel vívott folyamatos küzdelemben. Elindítja őket egy olyan önismereti úton, amely egyszerre teszi szükségessé a múlt átértékelését, és a jövő, illetve az emberi kapcsolatok újragondolását. Kutatásunk további fontos eredménye a pszichiátriai benntartózkodás élményvilágába nyert árnyalt betekintés. Az interjúalanyok hosszú betegségkarrierrel rendelkeznek, számos kórházi osztályt megjártak, sok orvossal találkoztak, negatív és pozitív élményeket egyaránt szereztek. Ezek a tapasztalatok mind részévé váltak legszemélyesebb betegségétörténetüknek. Az intézményi légkör, az a szemüveg, amin keresztül rájuk néztek, a hozzáállás, amivel feléjük viszonyultak mind beépült énképükbe és önértékelésükbe, abba, ahogyan ők saját magukhoz viszonyulnak. Ez a viszonyulás pedig nagyon vegyes, pozitív

és negatív előjelű egyaránt volt. A pszichiátriai osztályok tehát egyrészt közvetlenül is közvetítették számukra a társadalmi előítéleteket és kirekesztést, ugyanakkor pozitív tapasztalatok esetén olyan menedéket is jelentettek, ahol a betegek időt és teret kaptak újra felépíteni magukat, elfogadással és segítséggel találkozottak, amely elindította őket az önellfogadás és az önmaguknak való segíteni tudás útján.

Az eredményeinkben hangsúlyosan megjelent a félrediaosztizálás tapasztalata és hatása. Hasonló eredményekkel találkoztunk az utóbbi pár évben publikált több kvalitatív kutatásban is. Egy fenomenológiai módszertannal dolgozó kutatás (Forgione, 2019) három pszichotikus zavarral, illetve skizofréniával diaosztizált egyénnel felvett mélyinterjú alapján vizsgálta a félrediaosztizálás megélését. Az interjúalanyok arról számoltak be, hogy pusztán néhány percnyi beszélgetés alapján kaptak diaosztizist, a klinikus nem figyelt rájuk, előítéletesen viszonyult hozzájuk. A „rossz diaosztizis” mint stigma az énkép, önértékelés és interperszonális kapcsolatok megromlásával együtt mélyen hatott a betegekre. Ezzel együtt azonban megjelent a diaosztizissal való egyet nem értésben rejlő potenciál is. A kutatók ágenciaként, aktív ellenállásként értelmezték a betegek reakcióját a rossz bánásmódra és a nem megfelelőnek érzett diaosztizisra. Az általuk meginterjúvolt betegek inkább saját tapasztalataiknak hittek, nem a diaosztizisnak, és megvonták a bizalmat az őket kezelő szakembertől.

Hasonló kérdéskört vizsgált Wyatt (2024) IPA-kutatásában, melynek címe: „Nem hiszem, hogy tényleg bármelyik tünet az én tapasztalatom”. Itt a borderline személyiségzavar diaosztizálásával egyet nem értő

nők tapasztalatait vizsgálták. Sok résztvevő jelentős disszonanciát érzett a BPD klinikai tünetei és saját önképe között. A résztvevők gyakran érezték úgy, hogy a klinikusok félreértették vagy félreértelmezték őket. Arról számoltak be, hogy bizonyos viselkedésüket, érzelmi reakcióikat kiragadták a kontextusból vagy túlzottan patológiázták. Az egész diaosztizikai folyamatot problémásnak tartották, úgy érezték, hogy a diaosztizikai vizsgálatok túl rövidek voltak, nem elég mélyek, és nem ragadták meg megfelelően személyes történeteiket összetettségét. Személyre szabottabb és empatikusabb hozzáállást szerettek volna kapni, hogy egyéni tapasztalataikat elismerjék, ahelyett, hogy diaosztizikai kritériumokra redukálnák őket. A BPD diaosztizisa súlyos stigmát jelentett számukra, aminek megfelelő keretezésével ugyancsak nem foglalkoztak az őket kezelők, sőt, azt érezték, hogy a személyzet maga bélyegzi meg őket, ami jelentősen kihatott a résztvevők önértékelésére, negatív önképhez vezetve.

Az általunk lefolytatott interjúkból egyértelműen kirajzolódnak a megfelelőnek érzett diaosztizis megkapására irányuló vágy és az azért vívott küzdelem évtizedes történetei, amelyek egyben a felépülésért folytatott harc krónikái is. Pallesen és munkatársai (2020) kilenc bipoláris zavarral diaosztizált személlyel felvett félig strukturált interjú alapján végzett IPA-kutatásában a miénkhez hasonló eredményekre jutottak. Kiemelkedett egy jól illeszkedő diaosztizis fontossága az addigi nehézségeik belső megértése, önmaguk elfogadása és a mentális betegség „coming out”-ja szempontjából azoknál, akik addig rejtgetni próbálták betegségüket. Egy elfogadható diaosztizis hatására, amelyet az emberek nem éreznek énidegennek, többen

elkezdtek fontolgatni, hogy felfedik állapotukat barátoknak, családtagoknak, kollégáknak, miután már a kezükben éreztek egy jó fogódzót, ami mások számára is megfelelő magyarázatnak tűnt. A diagnózist egyszerre tekintették legitimálónak, ami segített a páciens számára előbújni, ugyanakkor stigmatizálónak is, ami miatt vonakodtak feltárni betegségüket.

A nem jól illeszkedő diagnózisok szükségessége

A félrediaosztizálás tapasztalata viszont egészen más megvilágításba kerülhet, mikor figyelembe vesszük a hazai gyógyszeralkalmazási előírásokat, amelyek szabályozni hivatottak a gyógyszerek indikációját, vagyis hatóságilag előírják az orvosok számára, mely betegségekhez mely gyógyszerek írhatóak fel. A személyiségzavarok esetében – így a borderline-nál – nincs hagyományos értelemben véve gyógyszeres kezelés. Hogy mégis felírásra kerülhesenek a személyiségzavar részeként fellépő szorongásos tünetek, hangulati érintettség, indulat- és érzelemszabályozás stabilizálásában indikált gyógyszerek, a pszichiáterek sokszor toldják meg orvosi véleményüket olyan diagnózissal, amelyre már felírhatóak társadalombiztosítási támogatottsággal az indokoltan tartott készítmények. Az off-label gyakorlat térnyerésével a felírt antipszichotikumok és neuroepileptikumok több mint 50%-a off-label, tehát olyan diagnózis alapján felírt gyógyszer, melynek célja viszont egy másik mentális (hangulatzavarral, szorongással, inszomniával vagy agitáltsággal kapcsolatos) betegség tüneteinek csökkentése, melyre viszont közvetlenül nem felírható az egyébként hatékonynak és megbízhatónak tekinthető

gyógyszer a törzskönyveztetése miatt (Carton et al., 2015). Ezt viszont feltételezhetően nem tudja egy laikus páciens, amennyiben nem tájékoztatják őt erről külön. A később észrevett és magyarázat nélküli, számukra idegen diagnózisok zavarhoz és kétségbeeséshez vezethetnek, mindez pedig később a páciens együttműködésének mértékét vagy segítségkérés esélyét csökkenti (Corrigan et al., 2014).

Mindebből megállapítható, hogy a diagnosztikai folyamat egy többdimenziós határvonalat húz az addigi betegségkarrierben. Egyrészt lehetőséget jelent, mivel a betegséggel vívott küzdelem jelentésselivé válik, ahogy megjelenik a felépülés és gyógyulás reménye egy „jól illeszkedő diagnózissal”. A jól illeszkedő diagnózis tehát nemcsak tudást ad, és gazdagítja az önismeretet, hanem reményt is nyújt. Olyan *mankó* vagy *kapaszkodó*, mely felnyitja a beteg és a környezete szemét egy „legitimizált” mentális problémára, így oldva a diagnózisban rejlő társadalmi stigmatizáció és önstigmatizáció keltette feszültséget is. Másrészt gyakori, hogy éppen a nem teljesen valid diagnózisok – esetünkben feltételezhetően a bipoláris affektív zavar – segíthetik hozzá a klienst a gyógyuláshoz, mivel ezáltal válnak számára elérhetővé, megfizethetővé bizonyos gyógyszercsoportok. Egy-egy rosszul illeszkedő diagnózis tehát mégis szükséges lehet a páciens felépülése szempontjából, ám nem kevésbé fontos, mint a hozzájuk fűzött orvosi magyarázat.

A felépülés kronológiája

A kutatásunkban kitapintható kronologikus ív Andresen és munkatársai (2003) kvalitatív kutatásából is kirajzolódik.

Összefoglalójuk alapján a pszichológiai felépülés abban az esetben lehetséges, ha a páciensnek sikerül: (1) megtalálnia a gyógyulásba vetett reményt, (2) újradefiniálnia identitását, (3) találnia értelmet az életben (4) és felelősséget vállalnia a felépüléséért. A kutatók a pszichológiai felépülésnek öt szakaszát különítették el. A (I.) moratórium időszaka jelzi a kezdeti tagadással és bizonytalansággal teli érzelmi káoszt, amelyre az identitásdiffúzió és a másoktól való leválás jellemző. Ezt követi (II.) a tudatosulás szakasza, ahol a személy meglátja a felépülés lehetőségét, ami magába foglalja a „beteg személytől” eltérő „gyógyulásra képes én” tudatosítását. A harmadik szakasz (III.) a tudatos önismereti munka és segítségkérés kezdeti szakasza, amikor feltárulnak a gyógyulás útjának lehetőségei, amelyeket az egyén elkezd számba venni, megismerni. A következő szakaszban (IV.) újrakonstruálja régi céljait, és elköteleződik új célok iránt, ez pedig egy új, pozitív identitást megalapozójává válik. A befejező szakaszban (V.), amely nem egyenlő a tünetmentességgel, a pozitív és optimista szemlélet állandósulásával kialakul egyfajta reziliencia a nehézségekkel szemben. Ekkorra a pozitív identitás megerősödik, aminek részét képezi a múltnak és szenvedésnek való értelemdadás. Ez a kronológia saját kutatásunkban is részlegesen kirajzolódik. Fontos hangsúlyozni, hogy a mi interjúalanyaink az interjú idején – sokadikára már – egy kórházi osztályon tartózkodtak, így aktuálisan azt mondhatjuk, hogy az első három szakasz között ingáznak. Az akut pszichiátriai osztályon történő kezelésük egyszerre értelmezhető tehát visszaesésnek (I. szakasz), de bevonulásuk révén egy fejlettebb önismeretből fakadó tudatos segítségkérésnek is (III. szakasz).

A kontroll visszavétele és a feladás, a küzdelem és a belefáradás ugyanakkor csupán egy tágabb élettörténeti perspektívából mutat kronologikus felépüléstörténetet. Közelebbről nézve a forduló- és töréspontok egymást szorosan követik, mintha egy birkózást látnánk a betegség és az ember között. Egy jól illeszkedő diagnózishoz való viszony is folyamatos mozgásban van. Az elfogadás különböző szintjein más és más szerepet tölthet be az ember életében. A felépülésért folytatott küzdelem elején a diagnózissal való takarózással ki lehet bújni a felelősség alól. Ez a mentegetőzés ugyanakkor átmeneti állapot, és fontos része a felépülésnek – a kibúvók jelentette érzelmi védettséggel időt nyer a páciens, hogy később képes legyen szembenézni helyzetével (Goffman, 1988). A következő lépésben azonban a diagnózis elkezdhet pozitív, identitásépítő szerepet felvenni, ahogy az emberek elkezdik magukra illeszteni, sajátta tenni, személyes szenvedéstörténetüket a diagnózis nyújtotta perspektíván keresztül is értelmezni tudni.

A felépülésben való előrehaladás jól megfogható az Andresenék által fent bemutatott 4 pszichológiai feltétel megléte alapján is (remény, új identitás, értelemtalálás, felelősségvállalás). Az elemzések alapján úgy tűnik, hogy interjúalanyainknak aktívan küzdenek mind a négy területen: minden erejükkel azon vannak, hogy egy megfelelőnek érzett diagnózis birtokába kerülhessenek előbb, és hogy elkezdjenek felelősséget vállalni az életükért utóbb. Hangsúlyosan megjelenik a remény, hogy valóban vissza tudják szerezni a kontrollt az életük felett, ami megjelenik a konkrét célokban, az életvitel megváltoztatásának vágyában, egyszersmind az identitás, a „ki vagyok én?” újradefiniálási törekvéseiben.

A megértés dimenziói

Eredményeinkből kiolvasható, hogy beszélgetőpartnereink személyes harca saját megélésükben legalább annyira folyik a megértésért, mint a gyógyulásért. *A gyógyulás útja számukra elsődlegesen a megértésen keresztül vezet.* Interjúalanyaink beszámolóiból az derül ki, hogy van, aki jobban vágyik „egy pszichológussal való konzultálásra, mint egy párkapcsolatra, mert egy párkapcsolatban a másik fél nem fogja megérteni” őt – ahogy Roland fogalmaz. A megértés több dimenzióban is kulcsszerepet játszik a betegek számára. A megfelelő diagnózis révén a páciens képes megérteni betegségét, az orvos pedig a betegét. Egy valid orvosi vélemény tehát a páciens számára biztosíték arról, hogy szenvedéseiből van kiút, megfelelő kezekbe került gyógyulása, tehát elkezd bízni az orvosában.

Interjúalanyaink beszámolói alapján visszatérő tapasztalat volt ugyanakkor az egészségügy képviselői részéről a stigmatizáló, lekezelő attitűd, a türelmetlenség, a kommunikáció hiánya, amely nagyban hátráltatta őket a felépülésben. Azonban sok beszámolóban megjelent, hogy találkoztak megértéssel, elfogadással, türelemmel, ami pozitívan hatott önértékelésükre, önfogadásukra, mintegy felvértezve őket az önstigmatizáció ellen is. Pallesen és munkatársai (2020) kutatásból kiemelten fontos eredmény, ahogy a diagnózis akkor fogadható be és el a páciens számára, ha szorosan kapcsolódik a megértés és megértettség érzéséhez. Ha a páciens úgy érzi, hogy a szakemberek bevonják őt a folyamatba, úgy könnyebben azonosul a kapott diagnózissal, míg a mellőzöttség, láthatatlanság érzése szorosan együtt jár

a diagnózis okozta belső konfliktusokkal, ellenállással. Jelen kutatásunkban hangsúlyosan kiemelkedett a kezelőorvossal való kapcsolat fontossága. A páciens-szakember kapcsolatában észlelt kölcsönös megértés felszabadítóan hat, energetizálja és a változás felé lendíti a páciens.

Egy diagnózis akkor stigmatizál, ha nem egy bizalmi orvos–páciens-kapcsolatban, nem egy alapos és a pácienssel közösen végigvitt folyamatba és kölcsönös párbeszédbe ágyazott. A diagnózis tehát nem értelmezhető önmagában – a páciens, a betegségtörténete, a kezelések, a kezelőorvosok, a közvetlen környezet és a társadalom megítélése mind szorosan hozzátartozik ahhoz, hogy mit jelent a páciens számára a kapott diagnózis. Kutatásunk egyik legfontosabb eredménye, hogy maguk a pszichiátriai tapasztalatok, az orvos–beteg-kapcsolat lényegi szereppel bír a tekintetben, hogy mire „feszíti elő” az egyént: az stigmatizáción keresztül az önstigmatizációra vagy az elfogadás, emberként kezelés által az önfogadásra. Tehát az orvos nemcsak egy valid diagnózis felállításával és a gyógyszerek beállításával gyógyít, mivel ezen messze túlmutató szerepe van: hogy a beteg a saját emberi mivoltába vetett hitét megtartsa.

Kérdés ugyanakkor, hogy meg tud-e felelni ennek a szerepnek egy gyógyító a magyar egészségügyi rendszer szabta keretek között. Minden fentebb bemutatott kutatásban, hasonlóan a mienkéhez is, valamilyen módon megjelenik az orvos személyének, kommunikációjának és betegekhez való viszonyának kulcsszerepe. A negatív tapasztalatokból elhamarkodott volna arra következtetni, hogy az orvosok túlterheltsége, amely mérhető például a kiégés vagy depresszív tünetek szintje alapján,

kizárólag magyar sajátosság volna, hiszen az orvos és segítő szakmákban általánosságban is erőteljesen jelen van a kiégés rizikója (Shanafelt et al., 2012). Ugyanakkor az egészségügyben dolgozók túlterheltséggel kapcsolatos tüneteinek prevalenciája igen jelentős mértékű Magyarországon (Ádám et al., 2015). A magyar egészségügyi rendszer túlterheltsége a dolgozókon és a betegekben egyaránt lecsapódik. Az orvos saját kapacitásán és döntésén múlik, hogy mennyi erőfeszítést és energiát fordít arra, hogy a biomedikális szemléletet meghaladóan felépülésorientált, bio-pszicho-szociális szellemiségben viszonyuljon a pácienshez.

Összefoglalóan, kutatásunk legfontosabb eredménye, hogy egy jól illeszkedő diagnózis az alanyok számára a megértés élményét adja, ami egyrészt jelenti az elfogadást, kereszttül a megértve levést, másrészt saját maguk megértését. Ily módon a diagnózis sajátta tétele és az énkép újradefiniálása a megértés és az elfogadás, illetve az önmegértés és az önellfogadás dinamikus kölcsönkapcsolatában valósul meg.

Limitációk

A vizsgálat korlátai az IPA módszertanához kapcsolódnak, mint: a nehezen hozzáférhető, így kis számú, homogén minta, valamint a személyes élmények szubjektivitása, így a módszer nem alkalmas általánosításra, illetve, hogy az eredményekből gyakoriságra vagy ok-okozati viszonyra

következtethessünk. Egy jövőbeni, hasonló témában végzett kutatás esetében fontos lehet az eredmények értelmezésében, hogy tisztában legyünk a betegségkarrier során a kapott gyógyszeres és a pszichoterápiás segítségnyújtás idői, gyakorisági és minőségi jellemzőivel az első pszichiátriai vonatkozású segítségkéréstől az interjúig. A kapott többletinformáció gazdagíthatja a levonható következtetéseket a kutatói oldalról. Továbbá az eredményekben minden valószínűség szerint megjelenik egyfajta „borderline dinamika”, azonban annak érdekében, hogy ítélezésmentesen vizsgálhassuk a kutatói kérdéseinkkel összefüggő élményeket, azaz a kórházi tartózkodás és a diagnosztikai folyamat egyes szám első személyű tapasztalatát, lemondunk arról, hogy az adott diagnózissal összefüggő lélektani megnyilvánulásokat is az elemzés tárgyává tegyük, azokat tehát, mint előzetes tudásokat, zárójeleztük. A borderline személyiségzavarral élők jellegzetes megküzdési stratégiái közé tartozik ugyanis az ellenállás, hiperszenzitivitás, kognitív torzítás, frusztráció-tolerancia hiánya és az elhárító mechanizmusok (Leichsenring et al., 2011). A DSM-5 alternatív személyiségmodellje alapján (American Psychiatric Association, 2013) az érzelmileg labilis személyiségzavarral élőkre olyan patológiás személyiségvonások jellemzőek, mint az érzelmi labilitás, szorongásosság, szeparációs bizonytalanság, depresszivitás, impulzivitás, kockázatvállalás és ellenségeség.

SUMMARY

THE PSYCHIATRIC EXPERIENCE OF PEOPLE WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND
THE PROCESS OF MAKING SENSE OF THE DIAGNOSIS

Background and Aims: The diagnostic process is an important milestone in the history of a mental illness. Many qualitative studies tried to explore different aspects of personality disorder as an experience, but no idiographic study of the personal account of personality disorder has been conducted on a Hungarian sample to focus on the subjective experience of the diagnostic process. Our research questions were: How do psychiatric patients experience their treatment in the institution? How do they interpret the diagnosis they receive? How does the diagnosis affect their identity?

Methods: Interpretative phenomenological analysis was used analyzing the semi-structured interviews. The study involved 6 participants: 4 women and 2 men, aged 19–32, treated in an acute psychiatric ward.

Results: Three main themes emerged from the analysis of the interviews: 1) The road to psychiatry: drift and vulnerability; 2) The diagnostic process and the experience of psychiatric inpatient; and 3) The turning point in self-awareness.

Discussion: A key condition for recovery is the acceptance and integration of an appropriate diagnosis into identity, which is significantly facilitated by the attitude of the caregivers during the psychiatric stay.

Keywords: personality disorder, IPA, diagnostics, psychiatric inpatient, diagnosis, borderline

IRODALOM

- Ádám, S., Cserhádi, Z., & Mészáros, V. (2015). A magyar egészségügyi szakdolgozók körében megfigyelhető gyakori kiegészítő és depresszió megnövelheti számos betegség megjelenésének az esélyét. *Ideggyógyászati Szemle*, 68(9–10), 301–309. <https://doi.org/10.18071/isz.68.0301>
- Association AP (2016). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Brown, W., & Kandirikirira, N. (2007). Recovering mental health in Scotland. Report on narrative investigation of mental health recovery. *Scottish Recovery Network*.

- Carton, L., Cottencin, O., Lapeyre-Mestre, M., A Geoffroy, P., Favre, J., Simon, N., ..., & Rolland, B. (2015). Off-label prescribing of antipsychotics in adults, children and elderly individuals: a systematic review of recent prescription trends. *Current Pharmaceutical Design*, 21(23), 3280–3297. <https://doi.org/10.2174/1381612821666150619092903>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Evans, M. (2016). *Men's Experiences of Having the Diagnosis of Borderline Personality Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis* (Doctoral dissertation). University of the West of England.
- Fagan, S., Hodge, S., & Morris, C. (2022). Experiences of compassion in adults with a diagnosis of borderline personality disorder: An interpretative phenomenological analysis. *Psychological Reports*, 125(3), 1326–1347. <https://doi.org/10.1177/00332941211000661>
- Forgione, F. A. (2019). Diagnostic Dissent: Experiences of Perceived Misdiagnosis and Stigma in Persons Diagnosed With Schizophrenia. *Journal of Humanistic Psychology*, 59(1), 69–98. <https://doi.org/10.1177/0022167818777151>
- Goffman, E. (1998). Stigma és szociális identitás. In Erős Ferenc (szerk): *Megismerés, előítélet, identitás* (pp. 263–296). Új Mandátum.
- Harangozó, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J. J., Sartorius, N., Rose, D., & Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 359–366. <https://doi.org/10.1177/0020764013490263>
- Kartalova-O'Doherty, Y., & Tedstone Doherty, D. (2010). Reconnecting with Life: Personal Experiences of Recovering from Mental Health Problems in Ireland. *Research Series 8*. Health Research Board.
- Kovács, J. (2007). *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és pszichoterápiában*. Medicina.
- Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470–1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Masland, S. R., Victor, S. E., Peters, J. R., Fitzpatrick, S., Dixon-Gordon, K. L., Bettis, A. H., Navarre, K. M., & Rizvi, S. L. (2023). Destigmatizing Borderline Personality Disorder: A Call to Action for Psychological Science. *Perspectives on Psychological Science*, 18(2), 445–460. <https://doi.org/10.1177/17456916221100464>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Onken, S. J., Dumont, J. M., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002). *Mental health recovery: What helps and what hinders? A national research project for*

- the development of recovery facilitating system performance indicators*. Prepared for National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program Directors.
- Pallesen, K., Brown, J., Rose, D., & Lawrence, V. (2020). An interpretative phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis of bi-polar disorder. *Journal of Mental Health*, 29(3), 358–363. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1755020>
- Rácz, J., Kassai, S., & Pintér, J. N. (2016a). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása: Szakirodalmi összefoglalás. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 71(2), 313–336. <https://doi.org/10.1556/0016.2016.71.2.4>
- Rácz, J., Pintér, J. N., & Kassai, Sz. (2016b). *Az interpretatív fenomenológiai analízis elmélete, módszertana és alkalmazási területei*. L'Harmattan Kiadó.
- Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335–343. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0095071>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ..., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. SAGE Publications.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2007). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (ed.), *Qualitative Psychology* (pp. 53–80). SAGE Publications.
- Tomán, E., Pintér, J. N., & Hargitai, R. (2022). Krónikus légzőszervi betegek élményvilágának vizsgálata a COVID–19-világjárvány idején interpretatív fenomenológiai analízissel. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 23(3), 223–251. <https://doi.org/10.1556/0406.23.2022.009>
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709–715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Wyatt, G. (2024). *“I don’t think that really any of the symptoms of it are my experience”*: An Interpretative Phenomenological Analysis of women who disagree with their diagnosis of Borderline Personality Disorder (Doctoral dissertation). University of the West of England, Bristol.
- Zendjidian, X. Y., Baumstarck, K., Auquier, P., Loundou, A., Lançon, C., & Boyer, L. (2014). Satisfaction of hospitalized psychiatry patients: why should clinicians care? *Patient Preference and Adherence*, 8, 575–583. <https://doi.org/10.2147/PPA.S62278>

A SZÜLŐSÉG FENOMENOLÓGIAI TAPASZTALATA. DECENTRÁLÓDÁS, ÚJRAALAPÍTÁS, TÁRSSZERZŐSÉG



PINTÉR Judit Nóra
ELTE PPK Pszichológiai Intézet
pinter.judit@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Egy gyermek születése mind a szülők, mind egy család egésze szempontjából normatív krízis, amelynek gyakorlati tapasztalatát, identitásra gyakorolt hatását egyre több fenomenológiai pszichológiai kvalitatív kutatás igyekszik feltárni. Az elmúlt évtizedekben továbbá jellemzően a feminista diskurzusban és a gondoskodásetikákban jelent meg a kérdés. Ugyanakkor kevés számú klasszikus és kortárs fenomenológiai szöveg foglalkozik a szülőség kortárs tapasztalatának fenomenológiai leírásával. A tanulmány ennek a hiátusnak a betöltésére vállalkozik, a fenomenológiai tradícióhoz visszanyúlva, Edmund Husserl és Emmanuel Lévinas nyomán annak jár utána, melyek lehetnek a szülői öntapasztalat konstituens elemei – hogyan jelenik meg a felelősség, az áldozathozatal a szülőként tapasztaló tudat számára, illetve a szabadság tapasztalata és jelentése hogyan változik meg szülőként. Olyan kérdésekre keresem a választ, mint hogy hogyan függ össze trauma és felelősség, nosztalgia és szabadság, illetve mit jelenthet a gyermekünkkel való társszerzőség? A vizsgálódás akaratlanul elvezet a Lévinasnál megjelenő *Másik* és a *harmadik* koncepciójának – fenomenológiai – kritikájához is.

Kulcsszavak: fenomenológia, Lévinas, felelősség, nosztalgia, szabadság

BEVEZETÉS

Egy gyermek születése mind a szülők, mind a család egésze szempontjából normatív krízis, amelynek gyakorlati tapasztalatát, identitásra gyakorolt hatását egyre több fenomenológiai pszichológiai kvalitatív kutatás igyekszik feltárni. Az elmúlt évtizedekben továbbá jellemzően a feminista

diskurzusban és a gondoskodásetikákban jelent meg a kérdés. Ugyanakkor kevés számú klasszikus és kortárs fenomenológiai szöveg foglalkozik a szülőség tapasztalatának fenomenológiai leírásával. A klasszikus fenomenológiai, illetve egzisztencialista tradícióban csupán partikulárisan jelenik meg a szülőség témája, például Husserl-nél, Merleau-Ponty-nál vagy Lévinasnál

– egyúttal alapos feminista kritikát vonva maga után (pl. Young, 1990; Donhoe, 2010). Jelentős fenomenológiai alpművekben viszont a téma teljes hiányába ütközünk, így Sartre vagy Heidegger fő műveiben még említés szintjén sem jelenik meg a kérdés, még olyan témák kapcsán sem, ahol amúgy adná magát. Így Sartre *A lét és a semmi*ben, *A másikkal fűződő konkrét viszonyok* fejezetben hosszan tárgyalja a szeretet kérdését, a szeretővel való kapcsolat mellett azonban a szülői szeretet nem kap helyet a gondolatmenetben. Hasonlóan Heideggernél, akinek „a körültekintő gondoskodás” hívószaváról a szülő–gyermek-kapcsolat nem jut eszébe. Az elmúlt évtizedekben a témában íródott szövegek túlnyomó többségét női szerző jegyzi (például Vangie Bergum, 1986; Sara Ruddick, 1989; Janet Donhoe, 2012 vagy Jean Kazez 2017-es könyve: *The Philosophical Parent*). Vannak természetesen kivételek, ilyen például Rawb Leon-Carlyle 2021-es cikke, amelyben a szerzőt alapvetően a fenomenológia és a kapcsolati etika dilemmái foglalkoztatják. Hasonló Sarah LaChance Adams pszichológia és filozófia határterületén íródott monográfiája, a *Mad Mothers, Bad Mothers and What a „Good” Mother Would Do? The Ethics of Ambivalence*, amelyben a filozófusnő görcső alá veszi a jó anya fogalmát, elemmezve az anyai ambivalencia mibenlétét, illetve Emmanuel Lévinas, Maurice Merleau-Ponty és Simone de Beauvoir nyomán az anyai tapasztalat gondoskodásetikai és fenomenológiai-egzisztencialista elemzését kísérli meg.

A 2010-es évek óta a téma egyre inkább teret hódít az alkalmazott fenomenológiai pszichológiai kutatásokban, amelyekben a kutatók jellemzően a szülőség meghatározott aspektusait és körülményeit állítják

a fókuszba. Ezekben a vizsgálatokban a kutatói kérdés például hajléktalan vagy súlyos betegséggel élő szülők, serdülő vagy éppen idősebb korban anyává váltak tapasztalataira, adoptált vagy sérültséggel élő gyermeket nevelő, gyermeküket elvesztett szülők, vagy éppen börtönben gyermeket szülő anyák megéléseire vonatkozik (lásd például Roger & Kinsman 2013, Gharibi & Gholizadeh 2011, Harper et al., 2011, Aparicio et al., 2015). Ezek a kutatók többnyire az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA, lásd: Smith & Osborn 2009; Rác et al., 2016) módszertanával közelítenek a tárgyukhoz, azaz kis elemszámú (4–6 fős) mintán végzett interjúkutatások, amelyekben a kutatók az interjúalanyok megéléseire, élményvilágára kíváncsiak, és a szülők saját értelmezéseit és jelentéseit akarják feltárni (lásd pl. Székely et al., 2023).

Jelen tanulmányban először röviden számot vetünk a feminista kritikai elméletek idealizált anyaképével, majd a fenomenológiai tradícióhoz visszanyúlva, Edmund Husserl és Emmanuel Lévinas meglátásaiból kiindulva azt vizsgálom, hogyan jelenik meg a felelősség és az áldozathozatal általánosabban a szülőként tapasztaló tudat számára, illetve a szabadság tapasztalata és jelentése hogyan változik meg szülőként. Olyan kérdésekre keressük továbbá a választ, mint hogy hogyan függ össze trauma, felelősség és hivatás; illetve a nosztalgia és a szabadság kérdése, és hogy mit jelenthet a gyermekünkkel való társszerzőség. A vizsgálódás akaratlanul elvezet az anya–gyermek-kapcsolat husserli elemzésének, illetve a Lévinasnál megjelenő *Másik* és a *harmadik* koncepciójának – nem a feminista diskurzusban mozgó, hanem a fenomenológiai – kritikájához is.

AZ IDEALIZÁLT ANYA KÉPE ÉS AZ ANYAI AMBIVALENCIA

Sarah LaChance Adams filozófus, a témát átfogóan tárgyaló könyvében abból indul ki, hogy napjainkban az anyák által megélt ambivalencia valójában lélektani és egzisztenciális szükségszerűség, amin egyrészt lehetetlen, de nem is szükséges változtatni. Ugyanakkor hangsúlyozza, hogy bizonyos társadalmi elvárásrendszerek ezt az ambivalenciát szó szerint halálossá tehetik mind az anya, mind a gyermek számára, s itt számot vet az USA gyermekgyilkossági statisztikáival (Adams, 2014). Fontos látnunk, hogy mind az elvárásrendszerek, mind a mai szülő-, illetve anya szerepek történeti jelenségek, korántsem úgy élték meg szülőségüket az emberek az elmúlt évszázadokban, mint napjainkban. A gyermekhalandóság drasztikus visszaszorulásával, a nevelésemény átalakulásával csupán a 18. század végétől jellemző a mai gondoskodó, önfeláldozó anyai szerep, amely azóta azonban csak egyre erősödött, és mára az anya idealizálása és Badinter megfogalmazásában „felelőssé tétele” (Badinter, 1999) vált az uralkodó szemléletté a nyugati társadalmakban. Ezt a szemléletet a tudományos, pszichológiai és pszichoanalitikus elméletek egyaránt támogatták, s napjainkban teljes mértékben áthatja a szülők önmagukkal kapcsolatos elvárásait. Nancy J. Chodorow amerikai szociológus, pszichoanalitikus, a feminista pszichológia egyik meghatározó elméletalkotója szerint

számos társadalmi tényező és kiemelten a pszichoanalitikus szemlélet is vezetett az anyák igen káros idealizálásához.¹

A pszichoanalízisben Freudtól elkezdve számos szerző foglalkozott az anya–gyermek-kapcsolattal, többek között Melanie Klein, Margaret Mahler, Donald Winnicott és Bruno Bettelheim. A különféle pszichoanalitikus iskolákhoz fordulva azt láthatjuk, hogy az anyai ambivalenciának is igen különböző (előjelű) volt a megítélése. Ita összefoglaló tanulmányában arra a következtetésre jut, hogy az anya idealizálása kétféle módon jelent meg ezekben az elméletekben: „vagy figyelmen kívül hagyják az anyai ambivalens érzéseket (Klein, Bowlby), vagy feloldhatónak, átdolgozhatónak tartják azokat (Bettelheim, Winnicott) különféle praktikus megoldások vagy lelki átdolgozás segítségével” (Ita, 2024, p. 31.). Mindenesetre ez a hozzáállás, jelesül az anya ambivalens érzéseinek a tagadása vagy feloldhatóságuk tudományos eszközökkel való körülbástyázása napjainkban is áthatja az uralkodó anyaság képet, amit ma leginkább az „intenzív anyaság” koncepciója ír le. Elsőként Sharon Hays (1998) szociológus elemezte a fogalmat kritikailag, kiemelve, hogy ez a szemlélet extrém módon, és a nőkre nézve igencsak károsan eltúlozza az anya szerepét, önfeláldozásának szükségességét a gyermeknevelésben. Az intenzív anyaság „olyan elvárásrendszerre vonatkozik, amely a korai kötődést vizsgáló elméletek eredményeire hivatkozva, majdnem kizárólagos szerepet

1 A feminista kritikai elméletekkel részletesebben nem tudunk foglalkozni ebben a tanulmányban, de fontos megemlíteni a témával foglalkozó olyan alapműveket mint például Sara Ruddick *Maternal Thinking* című 1989-es, sokat hivatkozott könyve, a Joyce Trebilcock által szerkesztett klasszikus kötetet, a *Mothering: Essays on Feminist Theory* vagy a 2012-es *Philosophical Inquiries into Pregnancy, Childbirth, and Mothering: Maternal Subjects* című szerkesztett Routledge-kötet.

tulajdonít a kisgyermek gondozásában az anyának” (Ita, 2024, p. 6.). Ezek a tendenciák az elmúlt húsz évben egyre inkább csak erősödtek (Ennis, 2014; Ita, 2024), olyan további, például idegtudományos elméletekkel kiegészülve, mint a *neuroparenning* vagy *neuromothering* (Mcvarish, 2014). Az intenzív anyaság által közvetített elvárás jellemzően kritikátlanul belsővé válik az anyák számára, ezzel magának az önkifejezésnek a forrásává is (Paltineau, 2014). Ennek a komplex és extrém magas elvárásrendszernek, amelyben még az is elvárás, hogy „ebben találd meg magad”, ugyanakkor szinte lehetetlen megfelelni. Bizonyos kutatások szerint az intenzív anyaság gyakorlatával egyetérto nők nagyobb valószínűséggel voltak depressziósak és elégedetlenek az életükkel (Rizzo & Schiffrin, 2012, idézi Ita, 2024). Ez az elvárásrendszer, amire például a kötődő/válaszkész nevelési elv is köthető, nemhogy az anyai ambivalenciát nem veszi számításba, de olyan intenzitású anyai odafordulást követel meg, amivel szemben az anyák nagyon gyakran azt élhetik meg, hogy elégtelenek, „nem elég jó anyák”. A pszichoanalitikus Rozsika Parker kritikai elemzésében az intenzív anyaság valójában nem más, mint elfojtás: védekezés maguknak az ambivalens érzéseknek a tudatosításával szemben (Parker, 1997; Ita, 2024). Parker az anya gyermekéhez, illetve saját anyaságához fűződő ambivalenciájával kapcsolatban azt javasolja, hogy korántsem kívánatos elfojtani a nagyon is egészséges ambivalenciát, hanem az anyák távolodjanak el a nem reális anyai ideálképtől, amely csupán önmaguk és gyermekük gyűlöletéhez fog vezetni (Parker, 1997).

Miután megállapítottuk tehát, hogy az anyaság mai tapasztalata történeti jelenség, és röviden felvázoltuk a felelősséggel, ambivalenciával, elvárásokkal kapcsolatos problémakört, lássuk, immár a fenomenológiai tapasztalat horizontján, hogyan is jelenik meg általánosabban szülőként tapasztaló tudat öntapasztalata napjainkban Husserl és Lévinas nyomán. A továbbiakban az elsődleges gondozó szülői tapasztalatát elemzem, aki bár többnyire az anya, de lehet az apa is, jelen tanulmányban a nemi megkülönböztetéssel nem foglalkozom.

A fenomenológia atyja, Edmund Husserl, a *Grenzprobleme der Phänomenologie* című művében az etika, a szubjektum és a hivatás (*Beruf*) kérdését körbejárva arról ír (Husserl, 2014), hogy mindenki életében vannak „abszolút értékek”, amelyek szubjektívek, tehát az adott egyén számára azok, és számára egyenlően abszolútak. Husserl kitüntetett példája az anyának a gyermekéhez fűződő kapcsolatában megjelenő abszolút érték, amely akár „irracionálisan” is legyőz más, racionális maximákat is, és az élet „értelmetlenségével” szemben is érték marad: „Az anya még ha tudja is, hogy a világnak »nincs értelme«, lehet, hogy egy áradás holnap minden »értéket« eltöröl [...]. *De az igazi anya azt mondja:* [...] nem hagyhatom el a gyermekem, gondoskodnom kell róla [...], ez az abszolút érték, amit célul kell tűznöm a magam számára [...], ha van a világnak értelme, ha nincs.” (Husserl, 2014. p. 310; a szerző kiemelése).

Husserl további megállapítása, hogy az anyai hivatás ugyanolyan abszolút hivatás egy nő számára, ahogyan például az akadémiai lét vagy bármilyen karrier. Ezek nem

helyezhetők el egy hierarchián belül.² Ezek az értékek szükségszerűen konfliktusba kerülhetnek egymással, amikor az egyiket vagy a másikat fel kell áldozni. Az anyának például fel kell áldoznia vagy a gyermekére irányuló figyelmet mint abszolút értéket, vagy valami mást, ami számára ugyanúgy abszolút értékkel bír. Így ha egy anya/akadémikus elkötelezett a karrierje mellett, akkor igen gyakran valamelyik értéket fel kell áldoznia. Például ha aznap, amikor órákat kell tartania, s a gyermek lebetegszik, vagy az anyai elkötelezettségéről, vagy a hivatásbeliről le kell mondania. Ez azonban nem azt jelenti, hogy egyszer s mindenkorra az egyik vagy a másik mellett kell döntenie, inkább hol ezt, hol azt kell feláldoznia, de ezzel sem tudja feloldani azt a belső konfliktust, amit ez az áldozathozatal okoz (Donohoe, 2010, Leon-Carlyle, 2021).

Husserl megközelítésében tehát nincs hierarchia, nem tesz különbséget az anyai hivatás abszolút értéke és például a művész vagy a tudós által megélt abszolút értékek között. Ugyanakkor ha a megélt szülői tapasztalatról szeretnénk releváns számvetést adni, akkor felmerül a kérdés, hogy valóban kijelenthetjük-e, hogy egy szülő/elsődleges gondviselő számára nincs hierarchia szülősége és például karrierje között. A válasz erre a kérdésre valószínűleg nem általános érvényű: valaki számára igen, más számára nem hierarchikus viszonyban áll a két hivatás. Azt Husserl is aláhúzza, hogy az egyik vagy a másik feláldozása mindenképpen belső, etikai konfliktust szül.

A FELELŐSSÉGLÉNYEGŰ TUDAT

A megélt tapasztalat horizontján a gyermek születése traumatikus jellegű határ-tapasztalat, nem a szó klinikai diagnosztikai értelmében, tehát nem a DSM 5. PTSD (poszttraumás-stresszavar) diagnózisa alapján, hanem egzisztenciális és fenomenológiai értelemben. A tapasztalat traumatisztikuságának jellemzői a szülővé válás tekintetében a következők. A gyermek születése cezúrát húz az élettörténetben: az életet egyelőtte és egy utána állapotra bontja. Felborítja az élet megszokott rendjét, kibillent önnön centrumunkból. A múlt elérhetetlen távolba kerül, az átélőt a jelen pillanatba horgonyozza. Átszíneződik a valóságérzékelés, átrendeződnek az addigi prioritások, lényegileg alakulhatnak át a legközelebbi emberi kapcsolatok is. Mindennek hatására a gyermek születése gyökeresen átírja az öndefiníciókat. Érdemes mélyebben megvizsgálnunk a fenti sajátosságokat és azok következményét, különös tekintettel a felelősség és a szabadság problémájára.

A születéssel kezdődő „utána” állapotot eleinte sokan érvessztésként, énik kiürülésként élik meg. A pszichológia természetesen beszél posztpartum depresszióról, nem kell azonban diagnosztikai kategóriákhoz nyúlnunk ennek az állapotnak a megértéséhez. Hovatovább nem is pusztán a napi 24 órás készenlét vagy popsitörés mondatja a nőkkel/férfiakkal, hogy kiürült az énjük. Ugyanis a fenomenológiai tapasztalat horizontján nagyon is megélhető érvessztésként, amit átélünk. Ennek mélyebb megragadásához érdemes Emmanuel Lévinas francia

2 Husserl kimondottan az anyaságról beszél, amely probléma természetesen megjelent a feminista kritika számára (lásd pl. Donohoe, 2010), de ebben a tanulmányban a férfi-nő-különbségtevésre nem akarok kitérni, a husserli levezetést az általános *szülőire* vonatkoztatom.

fenomenológus leírásához fordulunk az Ugyanaz és a Másik kapcsolatáról a *Tel-jesség és Végtelen*, illetve a Másként mint lenni, avagy túl a léten című művekben. Ebben a tanulmányban nem foglalkozunk a Lévinas filozófiájában ábrázolt nemi szerepekkel, amelyeknek igen sokféle, számos feminista kritikai is olvasata van, és gyökeresen ellentmondó interpretációi (lásd például Irigaray, 1993; Chanter, 2001; Adams 2014), pusztán az én és Másik találkozásának leírását vesszük alapul. Lévinasnál a Másikkal való találkozás, ami az ént (az Ugyanazt) a Másik iránt viselt végtelen felelősségre kényszeríti, „kiszakítja a tudatot a középpontjából, azáltal, hogy alárendeli a Másiknak” (Lévinas, 1993, p. 173). A „Másik” ugyan nem egy meghatározott másik Lévinas bölcséletében, „nem szűkíthető le bizonyos viszonyokra” (Bokody, 2008, p. 921), azonban a gyermekem mint Másik megjelenése a lévinasi etikát, a Másik alakjában érkező felhívást, az akaratomon kívüli felelőssé tételt egyes szám első személyű tapasztalattá teszi a tudat számára. Az én és másik sokféle lehetséges találkozásai közül a szülőség az, amelynek során valóban megélem, a bőrömon érzem a tapasztalatot, hogy immár nem én vagyok világom középpontja, hanem a másik. Énem addigi prioritásai, normái és vektorai elmozdulnak, koordinátarendszere maga áll a feje tetejére. Onnantól kezdve egy másikért létezem, bármilyen „modern” szülő vagyok is, aki

igyekszik a saját szükségleteire is figyelni. Ez a másikért létezés ugyanis nem döntés kérdése, nem a tudat szintjén dől el, ha tesszük, nem az „intenzív anyaság” választása, társadalmi elvárásrendszereknek való megfelelni akarás, hanem *megtörténik* velem³.

A végtelen felelősség, amelyet soha nem tudunk kiegyenlíteni, a *mondásban* azonban (amelyben az ego felel valakinek és valakiért) belsővé vált, immár belülről jön, „újjaalapítja az önmagát, aki így megszűnik világuraló középpontnak lenni, és a másik szolgájává, radikális értelemben túszává válik. (...) A nem specifikált másik arcának végtelenségével kérdőre von saját létemben; saját szavaimmal, a *mondásomban* belsővé lesz, végtelen felelősségre kényszerít, és ezáltal fel is számolja létemet, hogy mint a túsaként tartott szubjektivitást alapítson újra engem” – foglalja össze Bokody Péter (2008, p. 922) a *Másként mint lenni...* ide vonatkozó passzusait. Ha tehát Lévinas nyomán próbáljuk értelmezni a szülőként való érvessztés állapotát, akkor valójában nem érvessztésként, hanem a Másik iránt viselt felelősség nyomán beiktatott centrumváltás tapasztalataként tudjuk felmutatni a szülővé válás tapasztalatát, az új alapokra helyezett szülői énkonstitúciót. *Ebből az újonnan megtapasztalt létviszonyból pedig nincsen visszatérés. A Másik iránt viselt felelősség létem és tudatom konstituens elemévé válik.* Énem öndefiníciójából többé nem tudom kivezetni a szülőséget, avagy végtelen

3 A decentráldás folyamata már a várandósság alatt megkezdődik. Iris Young megfogalmazásában a terhes szubjektum decentrált, osztott, több értelemben is megduplázódott, testét egyszerre sajátjának és nem sajátjának tapasztalja meg (Young, 1990). Julia Kristeva a terhességet mindenekelőtt az anyai testen belüli szakadásnak tekinti: „A testem már nem az enyém. Semmi identitás nem állja meg a helyét.” (Kristeva, 2014, p. 44).

felelősségemet. Létem ezentúl felelősként-lét – egy konkrét, másik emberért.⁴

Ezentúl bármi történik velem vagy körülöttem, első gondolatom már mindig a gyermek lesz (annak egy bizonyos életkoráig, amíg rám szorul legalábbis): mi lesz *vele*? Nem pedig: mi lesz velem? A Martin Heidegger által a *Lét és idő* című művében (2001) az autentikus létezés lehetőségfeltételeként felmutatott halálhoz-előrefutó-lét mibenléte is kérdésessé válik szülőként. A saját halál valósága és lehetősége ugyanis egyetlen szempontból válik érdekessé – különösen kisgyermekes – szülőként: mi történik a gyermekemmel, ha meghalok? Hogyan fogja lelkileg feldolgozni a halálomat, hogyan viseli el a hiányomat, jól fogják-e gondozni? Azaz: mi lesz vele (a Másikkal), ha én meghalok? A halálszorongás mibenléte tehát gyökeresen megváltozik, amely aspektussal Yalom sem foglalkozik az egzisztencialista pszichoterápiában. A saját halál nézőpontja E/1-ből E/3-ra változik: a legközelebbi Másikom, a gyermekem perspektívájából nézek immáron szembe vele, vagy minimum abból *is*. Ez egyrészt könnyebbnek tűnhet, de a fenomenológiai tapasztalat horizontján valójában ézerszer keserve-sebb. A saját félelmemet, szorongásomat, hiedelmeimet még csak-csak megtanulhatom kontrollálni, irányítani, de a gyermekem saját halálomhoz való viszonya mégiscsak az ő ügye, amiért ugyanakkor szintén felelősséget érzek: Hogyan készítem fel rá?

Fel kell-e rá készítenem? Hogyan neveljem őt, hogy képes legyen megbirkózni vele?

A Husserl által leírt hierarchiára visszakanyarodva, a karrieremet ugyan valóban nem biztos, hogy feláldozom a gyermeke-mért, de ha emeljük a téteket, és a gyermek életéről van szó, akkor a saját életemet, szó szerint feláldoznám a gyermekemért (a legtöbb szülő legalábbis). A karrieremet nem, az életemet igen. Sőt, valószínűleg nem csak a saját életemet: ha választanom kell egy idegen halála és a saját gyermekemé között, akkor a legtöbb szülő nem sokat gondolkodna a kérdésen. Lévinas felől nézve, a szülő-gyermek interszubjektív viszony szempontjából a *harmadik* alakja sem iktatja be az általa leírt normalizálódást. A lévinasi filozófia értelmében a *harmadik* alakja (az én és a Másik viszonyába belépve) arra szolgál, hogy megjelenésével a végtelen felelősség, amely eddig a másik iránt kötelezett, elveszítse kizárólagosságát, így adva helyet az igazságosságnak, amely szavatul a harmadik és a többiek iránti felelősségemért. Szülőként azonban nem csupán magamat, hanem mindent és mindenki mást is hajlandó vagyok feláldozni gyermekemért. A hozzám legközelebb állókat: a szüleimet, a páromat, bárkit. Mindenre hajlandó lennék, hogy a gyermekemet mentsem, ha arról van szó. Kérdés persze, hogy erre valóban képes lennék-e, de tudati szinten ez a megelésem. Az iránta viselt felelősség az egyetlen, ami valóban végtelen: mindent magába szippant, nincsen határ, amit ne hágna át, nincs olyan

4 Adams megállapítja, hogy a kiegyensúlyozatlan aszimmetria, amellyel Lévinas a másikért viselt végtelen felelősséget jellemzi, amelynek soha nem tehetek eleget, ha az anya-gyermek-kapcsolatra vonatkoztatjuk, akkor valójában magát az etikát teszi lehetetlenné, hiszen – különösen, ha hiányzik társadalmi támogatás – senki nem tud valóságosan megfelelni egy ilyen irreális maximájú szolgáltatnak (Adams, 2014, p. 108).

cselekedet, amire ne lennék hajlandó ettől a felelősségtől hajtva. A gyermekem iránt viselt végtelen felelősség tehát felül írja a lévinasi nem specifikált Másik iránt viselt felelősséget, a Másik arcának néma imperatívuszát, a „Ne ölj-t”. *A konkrét hús-vér másik (a gyermekem) iránt érzett felelősség egy szempillantás alatt iktatja ki a transz-cendens Másik iránt érzett felelősségemet, teszi semmissé az Arc etikáját.* Továbbá fittyet hány a *harmadik* alakjában érkező konszolidációra is, a társas együttélés megannyi imperatívusza áldozatul esik a kitüntetett másikért (gyermekem) viselt végtelen felelősségemnek. Paradox módon, miközben a gyermekemet mindenkor igyekszem az adott lehetőségek között a legfőbb jóra tanítani, morális viselkedésre, a szülőség extrém állapotában épp szülőként hágnám át az összes maximát. Kérdés, hogy mi lesz így bármilyen felelősségetikával, milyen etikát feltételez mindez? Ezen kérdések filozófiai következményeinek végiggondolása ugyanakkor kimerítené jelen tanulmány kereteit.

NOSZTALGIA A SZABADSÁG IRÁNT

Látható tehát, hogy a szülői lét maga viszszafordíthatatlanul decentralálja az egót, aminek immáron konstituens eleme a gyermeke iránt viselt elodázhatatlan felelősség. Lévinasi szóhasználatnál élve nyugodtan fogalmazhatunk úgy is, hogy gyermekünk mint a nagy Másik *túszai* vagyunk, aki fogantatása pillanatától megszállja az anyai testet, belőle táplálkozik, megszállja otthonát, kiforgatja önnön centrumából, kormányozza életét (Adams 2014), nem csupán

metaforikusan, hanem nagyon is a bőrünkön érezzük túsz létünket. Nem csupán túszai vagyunk ugyanakkor Lévinasnál a Másiknak, hanem az túszunk és tanítónk egyszerre, ahogyan fogalmaz: fogadni a Másikat „azt is jelenti: tanítva lenni” (Lévinas, 1993, p. 33). Szülőként a folyamatos tanítva-lét ugyanúgy mindennapos, kézzel fogható tapasztalatává válik.

A szülőség, a szülői lét a gyermek fogantatásától kezdve olyan történet, amely folyamatosan íródik és alakul a gyermek növekedésével. Így bizonyos karakterisztikumai változnak, ahogyan a gyermek új és új fejlődési fázisba, illetve ezzel együtt a család új életciklusba lép.⁵ Ezek olyan fordulópontok, amelyek *normatív krízist* jelentenek a szülő számára is. Minden életszakban felborul az addig beállt viszonylagos rend, ezért folyamatosan újra kell tanulni szülőségünk és felelősségünk tartalmát, határait és mineműségét: új válaszokat kell adni, új perspektívát felvenni, új viszonyt kell tudnunk kialakítani gyermekünkkel és magunkkal is. Más egy 3 hónapos, egy 6 éves vagy egy 18 éves gyermek szülőjének lenni, másféle szülői tapasztalat, másféle szülői tudat. Ezzel együtt a felelősség-tudat intenzitása is folyamatosan alakul, még ha maga a felelősség-lényegűség nem is változik. Az alábbiakban a szülőként való lét történetének egyik fordulópontját górcső alá véve azt az átmenetet elemzem, amikor a gyermek cseperedésével a szülőnek, aki addig gyermeke elsődleges/kizárólagos gondozója volt, lehetősége nyílik, elterjedt szóhasználatnál élve: „visszatérni régi életébe”. Arra vagyok kíváncsi, hogy mit is jelent valójában az, hogy immár valaki szülőjeként „visszatérünk régi életünkbe”,

5 Lásd a téma jelentős családterápiás szakirodalmát: például Goldenberg & Goldenberg (2008).

vagy ahogyan sokan fogalmaznak, „visszatálnak önmagukhoz”?

Mi is az a regiszter, avagy minőség régi önmagunkból, ami leginkább hiányzik, amihez vissza akarunk találni? Nyilvánvalóan a szabadság. Szabadként tételezzük ugyanis múltbéli önmagunkat. Minden más elhomályosul e tekintetben: minden nyűg, szenvedés, iskolai, munkahelyi, párkapcsolati kötöttség. A szülői tudat számára a leginkább kivilágító múltbéli minősége az életünknek, hogy menthetetlenül és orcátlanul szabadok voltunk. Mindenki más múlt időhöz vagy múltbéli énállapothoz köti valaha volt szabadságát: valaki csak úgy általánosan „a gyermek születése előtről” beszél, mások „a gondtalan húszas évekről”, megint mások konkrétabb identitáspillanatokat azonosítanak a múltban szabadként. Akármilyen idővilágot akarunk is azonban visszahozni, kérdéses, hogy konzerválható volna-e bármely identitásszekvencia a múltból. Mit jelentene visszatalálni a húszas éveimbe, feltámasztani a húszas éveim életérzését, a szabadság megélését?

Nyilvánvaló, hogy a visszatalálásnak ez a projektje csapda, irreális fantázia. „Régi önmagam” csak jelenbeli önmagam perspektívájából tűnik annak, ami, aki. A szabadság pillanatait magukban sűrítő képek, jelenetek villannak be egykori életemből, és a vágy elérhetetlen tárgyaként hívnak a múlt felé. Fontos tudatosítani azonban, hogy ezek nem tisztán emlékek, hanem a nosztalgia erősen torzító szemüvegén keresztül látjuk a múltunkat. Régi önmagamként egészen máshogy éltem meg ugyanis magam. Szülőként régi önmagamról csupán a szabadságot, a gondtalanságot látom. A jelen perspektívájából a múltba vetített nosztalgikus utópia mindig a kontrasztot élesíti ki, mintha egy nagytó

segítségével egy akár soha nem tudatosított, prereflektív tapasztalatot nagyítanánk fel. A szülői lét gondokkal és elodázhatatlan felelősséggel terhelt világából nézve látom régi önmagam felszabadultnak és boldog felelőtlenységben fürdőzőnek. Régi önmagam önmagát talán vagy minden valószínűség szerint ugyanolyan gondterheltnek / nyomorultnak / beszorítotttnak látta. Egy olyan szabadság iránt vágyakozunk tehát, amit soha nem éltünk meg tudatosan, mert a létezéséről sem tudtunk. Ez maga a nosztalgia. A nosztalgia múltja nem visszaállítható, mert a múlt, amihez vissza akarunk térni, soha nem létezett, hanem csupán egy utólag megképződött jelentés vetítődik vissza rá. Így egy olyan múltba vágyunk, ami valójában soha nem volt jelen. A nosztalgiának ráadásul mindig gyászkaraktera van: az emlékezésbe beleszövődik az elmúlás tudata, így veszteség vagy hiánytapasztalat is egyben (Pintér, 2014). Tehát a belső szabadságkép, avagy szabadságnak tulajdonított jelentés, csupán a szülőség „utána” létállapotában képződik meg, s természetesen a múlthoz, az „előtte” idejéhez kapcsoljuk. Hiszen a gyermek születése előtt bizonyos értelemben „valóban szabadok voltunk” – de csupán a gyermek születése utáni állapothoz képest, és történetesen fogalmunk sem volt róla. Hasonlóan ahhoz, ahogyan az egészség egészségesen nem tűnik fel az embernek, mivel létezésünk evidens, reflektálatlan közege, tevékenységeink hátttere, észrevétlen eszköze az egészséges, jól működő test és testi tudat. Súlyos betegen azonban ez a figura–háttér-elrendezés megfordul és az élet addigi észrevétlen adottsága, hátttere elérhetetlen célként jelenik meg számunkra.

Mit is jelenthet akkor a szabadság szülőként, ha nem a múlt utópiájaként éljük

meg, és kiszabadítottuk szabadságképünket a múlt börtönéből? Szülőként való létünk előtt a szabadság kérdése talán kevésbé foglalkoztatott minket, hacsak nem filozófusok vagyunk. A szabadság észrevétlen adottság volt. Eszköz, nem pedig cél, ezért nem is tudatosult számunkra. Cél, ami után azonban szülőként már napi szinten sóvárgunk, amiért küzdeni kell, elérni, kicsikarni, letárgyalni, elkéredzkedni hozzá, vagy fizetni érte büntudattal, a bébiszitternek. A szabadsággal pedig, amit nagy nehezen megszereztünk, mint valami kincset, sokszor nehéz mit kezdenünk, mert behatárolt időpontban és tartamban férünk csupán hozzá. Nem „a szabadságot” kapjuk tehát vissza, hanem egy kis szabadságot, a szabadságélménynek pusztán egy elemét: némi szabad időt, de szabad tudat nélkül. Kapunk tehát például 3 óra szabad időt szerda este 6-tól 9-ig, mert akkor ér rá a párunk, a nagyszülők vagy a bébiszitter, és akkor még hazaérünk fektetésre. Ezzel a szabadsággal most tehát, ha törik, ha szakad, kezdenem „kell valamit”, „ki kell használnom”. Elég sok „kell” szegélyezi már eleve a vágyott szabadságot. Ha beteg vagyok, ha fáradt, ha semmi kedvem, most akkor is „szabad” volnék, elvileg „azt csinálhatok, amit akarok”. De vajon mihez tudok kezdeni egy ilyen behatárolt, kell-ekbe és időtudatosságba beszorított szabadsággal? Egy olyan szülői tudattal ráadásul, amit már mindig is az azt konstituáló felelősség hat át? Prereflektíven és reflektíven gyermekem szülőjeként vagyok távol gyermekemtől – az ezzel kapcsolatos aggódás / lelkiismeretfurdalás / fragmentáltság kinél-kinél eltérő lehet, de a kérdés ugyanaz: *mit tud kezdeni a szabadsággal egy felelősség-lényegű tudat?* Egyáltalán:

mit jelent ezen tudat számára a szabadság? Vissza tud-e térni ez a tudat az „élvezet ökonómiájába”, ahogyan Lévinas fogalmaz, miután már a másikkal való találkozás gyökeresen felforgatta világa alapvető rendjét, kimozdította őt „az élet egoizmusából”?⁶

A felelősként-lét új inerciarendszerében a szabadság nyilvánvalóan egészen mást jelent, mint azt megelőzően. Lévinasnál a Másikkal való találkozás, azzal, hogy megkérdőjelezi saját helyzetem totalitását, valójában „kiszabadít az egoizmusomból”, amelyben „kedvünket leljük abban, amittől az életünk függ” (Lévinas, 1993, p. 90), a szükségleteinktől való, élvezetként adódó függőségeinkből. Az én–Másik-viszonylatában szükségyszerűen tehát egy újfajta szabadságról beszélhetünk, amelynek nincs köze az uralkodáshoz és az élvezethez, ugyanakkor Lévinasnál nagyon keveset tudunk meg arról, hogy miben állna az Arc-ra ébredt tudat számára a szabadság. Ahogyan Szmeskó Gábor fogalmaz, „az énről állított szabadság pozitív tartalma a végtelenül kicsi felé közelít” (Szmeskó, 2019, p. 202). „Fogadni a Másikat annyi, mint megkérdőjelezni a szabadságomat”, illetve szégyenkezni a „szabadság önkénye miatt” – olvashatjuk Lévinasnál (Lévinas, 1993, pp. 65–68). Mindenesetre, az Arc-ra ébredt tudathoz képest a gyermekre ébredt tudat számára ez a pozitív tartam még annál is inkább a „kicsi felé közelíteni” látszik. Ráadásul a szülői tudat nosztalgikus szabadságvágyában továbbra is az autonómia élvezetekre alapuló szabadságélménye fejeződik ki. A szülői tudat által megélt szabadság pedig az ehhez az eszményhez viszonyított meglehetősen fragmentált és zárójelbe tett szabadságélményekben realizálódik.

6 Lásd részletesebben Lévinas, 1993, pp. 85–155.

A GYERMEK MINT AZ ÉLETTÖRTÉNET TÁRSSZERZŐJE

Mit is jelent tehát visszatalálni „önmagam-hoz”? Ilyesmi nyilvánvalóan nem lehetséges, régi identitásregisztereim azonban újra felfedezhetők, újra hozzáférhetővé válhatnak, még ha önmagam fragmentáltságának megélése örök társammá szegődik is, és az egyik vagy másik regiszter (szülői, dolgozó, szórakozó) időről-időre zárójelbe kerül. Kérdés azonban, hogy vajon tételezhető-e szülői felelősség-létemtől teljesen intakt regiszterek, szólamok, Husserlrel szólva: hivatások? Olyan tudati állapotok, amelyeket nem hat át szülőségünk tudata, amikor megfeledezünk végtelen felelősségünkről? Azt gondolom, hogy totálisan intakt regiszterek nem létezhetnek, hiszen a felelősség-létbe való beiktatás, mint Lévinas nyomán levezettük, végleges és tudat-konstituáló erővel bír: *felelősség-lényegű tudatként újja vagyok alapítva gyermekem léte által*. Ennek antitézis-kísérleteként is értelmezhető Lars von Trier *Antikrisztus* című filmje, amelyben a főhős anya férjével szeretkezve, orgasmusa közben hagyja kizuhanni kisfiát az ablakon, mert fontosabb neki testi élvezete. Az egész további film ugyanakkor a nő mindent felémésztő büntudatával átszőtt gyászmun-káját mutatja be, majd az is kiderül, hogy valójában ő maga az antikrisztus, amelyet szétfeszít az ambivalens kettősség: az anyaság és az élvezet (Pintér, 2010).⁷

Mindenesetre a szülőség tudatának mindenhatósága kapcsán szintetizáló meg-

oldásként, a freudi topológiai modellt segítségül hívva azt mondhatnánk, hogy szülőségünk tudata időről-időre a tudatelőttés tartományába kerülhet: kikerül a tudatos-ság homlokteréből, hátrébb húzódik. Bár-mikor előhívható azonban, sőt magától is be-betör a tudatba, meglepi a tudatot, akár hivatlanul, a legváratlanabb, leginkább kontextuson kívüli szituációkban is, bár-milyen intenzív is legyen a másik ingervi-lág, amelyben éppen időzünk: alkotás vagy szex közben, testi fájdalom vagy szorongás közepette.

A szülői lét azonban nem egy kons-tans állapot, még ha felelősség-lényegű-sége maga énkonstitúciós potenciálja miatt konstans is. Parker (1997) – Jung nyomán – anyai individualizációról beszél, amelynek során az elsődleges gondozó kialakítja azt a módot, amiben gyermeke és saját szükségletei, jóllét iránti vágya is megjele-nik, amiben maga az ambivalencia segíti. Örökké mozgásban lévő dinamika marad, hogy különféle „tudatszólamaink” (a min-dent átható szülői, a dolgozó, az élvező stb.) hogyan egyezkednek, milyen kompromisz-sumok állnak elő, melyik kerül előtérbe, vagy húzódik aktuálisan háttérbe, s hogy végül milyen mértékben tudják megkom-po-nálni életünk aktuálisan megélt főszólamát. MacIntyre megfogalmazásában életünk történetét illetően a kizárólagos szerzőség nem illethet meg minket, hiszen számos egyéb faktor is alakítja életünket, de annak *társszerzői* („co-authors”) mindenképpen vagyunk (MacIntyre, 1999). Ebben a keret-rendszerben úgy is fogalmazhatunk, hogy

⁷ A gyermekgyilkosság maga ugyanakkor nagyon is létező probléma, az USA-ban például évente körülbelül ötszáz gyermeket öl meg a saját anyja, a gyermekgyilkosságoknak életkorok szerint saját elnevezésük van (*maternal filicide, infanticide és neonaticide*) (Meyer & Oberman 2008; Friedman et al., Bac 2012).

folyamatosan változik, hogy szülőségünk és más tudati regisztereink mikor, milyen módon, arányban válnak társszerzőjévé életünknek. Illetve amennyiben így gondoljuk el a saját életünkben betöltött ágenciánkat, avagy a szabadság lehetőségeit, akkor egyértelműnek látszik, hogy életünk *kitüntetett társszerzője gyermekünk*, aki mintegy mellékesen, a saját – lévinasi és piaget-i értelemben vett – egoizmusába bezárva, öntudatlanul írja életünk történetét a maga

másfél éves gyermeki esetlegességével. Még nem teljesen tudja, hogy mire való a ceruza, de egy egész lapot könnyedén és örömmel telefirkál vele. A következő lépésben, Ricoeur (1992) nyomán, élettörténetünk *jelentését* illetően megpróbálhatjuk visszaszerezni az „első” szerzőséget, vagy legalább az interpretátor szerepét, így már csupán az a feladat vár ránk, hogy valahogyan értelmet találjunk ebben a firkában.

SUMMARY

THE PHENOMENOLOGICAL EXPERIENCE OF PARENTHOOD: DECENTERING, REFOUNDING, CO-AUTHORSHIP

Background and Aims: The birth of a child is a normative crisis, both for the parents and the family as a whole. A growing number of phenomenological/psychological qualitative studies have examined the effects of this event in experience, including effects on identity. Furthermore, in recent decades the issue has typically arisen in feminist discourse and the ethics of parental care. By contrast, there are few classical or contemporary phenomenological texts have provided a phenomenological description of the contemporary parenting experience. This study seeks to fill this gap using the work of Husserl and Lévinas, with the goal of delineating the constituent elements of parenting from a first-person perspective: how responsibilities and sacrifices affect the parental consciousness, and how the experience and meaning of freedom change for the parent. We seek answers to questions such as the relationship between trauma and responsibility, nostalgia and freedom, as well as the evolution of a collaborative relationship between us and our children. The study will inevitably lead to a critical examination of Lévinas' concepts of The Other and The Third Person from a phenomenological perspective.

Keywords: phenomenology, Lévinas, responsibility, freedom, nostalgia

IRODALOM

- Adams, S. L. (2014). *Mad mothers, bad mothers, and what a “good” mother would do: the ethics of ambivalence*. Columbia University Press. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB16863867>
- Badinter, E. (1999). *A szerető anyja. Az anyai érzés története, 17-20. században*. Csokonai.
- Bokody, P. (2008). Az arc előtt és után: Lévinas bölcséletének folytathatóságáról. *Holmi*, 20(7), 918–930.
- Chanter, T. (2001). *Feminist Interpretations of Emmanuel Levinas*. Pennsylvania State University Press. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA54396317>
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering*. University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520924086>
- Darbyshire, P., & Oerther, S. (2021). Heidegger and parenthood: A theoretical and methodological shift from instrumental to ontological understanding. *Journal of Child Health Care*, 25(4), 523–533. <https://doi.org/10.1177/1367493520965836>
- Donohoe, J. (2010). The vocation of motherhood: Husserl and feminist ethics. *Continental Philosophy Review*, 43(1), 127–140. <https://doi.org/10.1007/s11007-010-9129-6>
- Donohoe, J. (2012). The phenomenological shift of parenthood. In M. Sanders & J. Wisniewski (Eds.), *Ethics and phenomenology* (pp. 185–197). Lexington Books.
- Ennis, L. R. (2014). *Intensive Mothering: The cultural contradictions of Modern motherhood*. <https://www.amazon.com/Intensive-Mothering-Cultural-Contradictions-Motherhood/dp/1927335906>
- Friedman, S. H., Cavney, J., & Resnick, P. J. (2012). Child murder by parents and evolutionary psychology. *Psychiatric Clinics*, 35(4), 781–795. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.08.005>
- Friedman, S. H., Cavney, J., & Resnick, P. J. (2012). Mothers Who Kill: Evolutionary Underpinnings and Infanticide Law. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(5), 585–597. <https://doi.org/10.1002/bsl.2034>
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2008). *Áttekintés a családról*. Animula.
- Heidegger, M. (2001). *Lét és idő*. Osiris.
- Husserl, E. (2014). *Grenzprobleme der Phänomenologie. Analysen des Unbewusstseins und der Instinkte. Metaphysik. Späte Ethik (Texte aus dem Nachlass 1908–1937)*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-6801-7>
- Irigaray, L. (1993). *An ethics of sexual difference* (C. Burke & G. C. Gill, trans.). Cornell University Press.
- Ita, M. (2024). Az anyai ambivalencia és az anyaság idealizálásának összefüggése (az intenzív anyaság korában). *Imágó Budapest*, 13(1), 27–50.
- Kazez, J. (2017). *The philosophical parent: Asking the hard questions about having and raising children*. Oxford University Press.
- Kristeva, J. (2014). Stabat mater. In D. Tietjens Meyers (Ed.), *Feminist social thought* (pp. 302–319). Routledge.
- Leon-Carlyle, R. (2021). Love and the shadow of sacrifice. *Symposium*, 25(1), 39–59. <https://doi.org/10.5840/symposium20212513>
- Lévinas, E. (1993). *Teljesség és végtelen*. Jelenkor.

- MacIntyre, A. (1999). *Az erény nyomában*. Osiris.
- Macvarish, J. (2014). Babies' Brains and Parenting Policy: The Insensitive mother. In E. Lee, J. Bristow, C. Faircloth, & J. Macvarish (Eds.), *Parenting culture studies* (pp. 165–183). Palgrave Macmillan UK eBooks. https://doi.org/10.1057/9781137304612_8
- Meyer, C. L., & Oberman, M. (2008). *When mothers kill: Interviews from prison*. New York University Press.
- Parker, R. (1997). The production and purposes of maternal ambivalence. In B. Featherstone & B. Hollway (Eds.), *Mothering and ambivalence* (pp. 17–36). Routledge.
- Pintér, J. N. (2014). *A nem múltó jelen – Trauma és nosztalgia*. L'Harmattan.
- Rác, J., Kassai, S., & Pintér, J. N. (2016). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 71(2), 313–336. <http://dx.doi.org/10.1556/0016.2016.71.2.4>
- Ricœur, P., & Blamey, K. (1992). *Oneself as another*. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA18612088>
- Rizzo, K. M., Schiffrin, H. H., & Liss, M. (2013). Insight into the parenthood paradox: Mental health outcomes of intensive mothering. *Journal of Child and Family Studies*, 22(5), 614–620. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9615-z>
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking: Toward a politics of peace*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA17245742>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.
- Székely, Zs., Kaló, Zs., Tömöri, L., & Árpási, R. A. (2023). Anyák tapasztalatai a támogató csoportokkal – Kvalitatív kutatási beszámoló. In *Találkozás a változásban – Változások a találkozásban* (pp. 216–217). Magyar Pszichoanalitikus Egyesület.
- Szmeskó, G. (2019). A spontaneitás értelmében vett szabadság kritikája Lévinas *Teljesség és végtelen* című művében. In G. Fogarasi & Á. Tóth (Eds.), *A tudományos hálózatoktól a hálózatok tudományáig* (OTDK-tanulmányok) (pp. 185–206). SZTE BTK Összehasonlító Irodalomtudományi Tanszék.
- Tengelyi, L. (1998). *Élettörténet és sorseseemény*. Atlantisz.
- Treblecot, J. (Ed.) (1983). *Mothering: Essays in feminist theory*. Rowman & Littlefield.
- Young, I. M. (1990). *Throwing like a girl and other essays in feminist philosophy and social theory*. <https://philpapers.org/archive/YOUTLA-4.pdf>



BIALKÓ LÁSZLÓ GERGŐ

GONDA XÉNIA

KŐVÁRY ZOLTÁN

PINTÉR JUDIT NÓRA

RUSCSÁK PÉTER

TOMÁN EDINA

SZERZŐINK