

Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar

DOKTORI (PhD) DISSZERTÁCIÓ

KISS DÁNIEL

**AZ IDŐHÖZ VALÓ IMPLICIT SZEMÉLYES VISZONYULÁS KIAKNÁZATLAN
ASPEKTUSAI A PSZICHOLÓGIAI KUTATÁSOKBAN**

Pszichológiai Doktori Iskola

A Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Urbán Róbert

Klinikai Pszichológia és Addiktológia Program

Programvezető: Prof. Dr. Demetrovics Zsolt

Témavezető

Prof. Dr. Rác József

DOI: 10.15476/ELTE.2022.246

2022.

Tartalomjegyzék

Táblázatok jegyzéke.....	6
Ábrák jegyzéke.....	6
A disszertációban közvetlenül felhasznált saját, elsőszerzős közlemények jegyzéke.....	7
A disszertációban közvetetten felhasznált saját, társszerzős közlemények jegyzéke.....	8
A disszertációban felhasznált saját, tudományos konferenciaelőadások jegyzéke.....	9
Köszönetnyilvánítás.....	10
I. Előszó.....	11
1. <i>Előzetes személyes megjegyzések a disszertáció struktúrájára és stílusára vonatkozólag</i> ...	11
2. <i>A disszertáció strukturális felépítése a különböző kutatások számbavételével</i>	13
II. Felvezetés.....	15
1. <i>Találkozás a PhD-val – Semmelweis-es együttműködések, társszerzős publikációk</i>	15
1.1. <i>Ortorexia kutatás</i>	15
1.2. <i>Medikushallgatók LMBTQ személyekkel kapcsolatos attitűdjeinek kutatása</i>	16
2. <i>Elméleti alapozás</i>	17
2.1. <i>Paradigmakutatás</i>	17
3. <i>Módszertani alapozás</i>	25
3.1. <i>Száraz November kutatás:</i>	25
III. Átfogó bevezetés.....	29
1. <i>Az idő filozófiatörténete</i>	29
1.1. <i>A görög–római filozófia időkonceptiói</i>	30
1.2. <i>Patrisztika – Szent Ágoston</i>	32
1.3. <i>Kora újkori filozófia</i>	33
1.4. <i>20. századi kontinentális filozófia</i>	35
1.5. <i>Az idő a kortárs filozófiában: Rüdiger Safranski</i>	41
1.6. <i>Filozófiatörténeti záróakkord és összefoglalás</i>	43
2. <i>Összekötő kapcsok a filozófia és a pszichológia között</i>	44
2.1. <i>Jean-Paul Sartre</i>	44
2.2. <i>José Ortega y Gasset</i>	45
3. <i>Az idő pszichológiatörténete</i>	46
3.1. <i>William James</i>	46
3.2. <i>Az időpszichológia klasszikusai</i>	47
3.3. <i>Az időhöz való személyes viszonyulás és az altruizmus kapcsolata</i>	48
3.4. <i>A jövőidő-perspektíva kutatási térfelület</i>	48
3.5. <i>Az idő geográfiája</i>	49
3.6. <i>Az idő szociológiája</i>	50

3.7. <i>Az idő a mélylélektanban</i>	52
IV. Első kutatás bemutatása – időperspektívák kutatása	54
1. Bevezetés	54
1.1. <i>A mentális egészség és a pszichológiai segítségkérés globális helyzete</i>	55
1.2. <i>A mentális problémák magyarországi helyzete</i>	56
1.3. <i>Facilitáló és gátló faktorok a pszichológiai segítségkérés kapcsán</i>	57
1.4. <i>Az időperspektívák lehetséges összefüggései a segítségkéréssel</i>	59
2. A kutatás célkitűzései, kutatási kérdések, hipotézisek	61
3. Módszertan és mérőeszközök	62
3.1. <i>Minta</i>	62
3.2. <i>Mérőeszközök és változók:</i>	63
3.3. <i>Az adatelemzés menete</i>	66
4. Eredmények	66
5. Diskusszió	68
6. Limitációk	70
7. Átfogó összegzés	72
V. Második kutatás bemutatása: a Szentgotthárdi Szakosított Otthonban hosszú ideje élő pszichiátriai kliensek élményvilága	74
1. Személyes felütés	74
1.1. <i>Én és a kvalitatív pszichológia, én mint kutató</i>	74
1.2. <i>Szentgotthárd személyes élményei</i>	74
2. Bevezetés	75
2.1. <i>A pszichiátria általános helyzete Magyarországon</i>	75
2.2. <i>A hazai kritikai pszichiátriai főbb meglátásainak bemutatása</i>	76
2.3. <i>A nagy pszichiátriai intézmények és a hosszú távú pszichiátriai bentlakás helyzete Magyarországon</i>	78
2.4. <i>A Szentgotthárdi Szakosított Otthon története: múlt és jelen</i>	81
2.5. <i>A hosszú távú pszichiátriai tartózkodás különböző intézményi kontextusokban</i>	82
2.6. <i>Kutatási kérdések</i>	84
3. Módszer	85
3.1. <i>Minta</i>	85
3.2. <i>Adatgyűjtés</i>	87
3.3. <i>Adatelemzés</i>	87
3.4. <i>A választott elemzési módszer, az Interpretatív Fenomenológiai Analízis szemlélete és filozófiai háttere (Pintér és Kiss, in press alapján)</i>	88
3.5. <i>A választott elemzési módszer, az Interpretatív Fenomenológiai Analízis elmélete és gyakorlata (Kovács, Kassai és Rácz, in press alapján)</i>	90

4. Eredmények	94
4.1. Előzetes eredmények	94
4.2. Főbb eredmények	97
4.3. Az első főtéma bemutatása: A szelfek percepciója	98
4.4. A második főtéma bemutatása: Az intézmény megtapasztalása és reprezentációja ..	101
4.5. A harmadik főtéma bemutatása: A biztonságos terek kezelése	102
5. Diskusszió	109
6. Limitációk	112
7. Konklúziók	113
8. Gyakorlati implikációk	114
VI. Harmadik kutatás bemutatása: Népmesei elemek felépülő függők narratíváiban	114
1. A narratíva és az idő	114
1.1. Idő és önértelmezés	115
1.2. Találkozás Vlagyimir Proppal.....	116
2. Bevezetés	117
2.1. A magyar narratív pszichológiai kutatások.....	117
2.2. Magyar felépülési kutatások.....	121
2.3. A felépülés fogalmának problémái.....	125
2.4. A felépülés mint (idő)utazás a narratív szemléletben.....	126
2.5. A függő útjának reprezentációi: a korábbi elméleti keretrendszerek limitációi és a Propp-féle keretrendszer előnyei.....	127
2. A kutatás céljai	134
3. Módszer és eszközök	135
4.2. Minta	135
4.3. Adatelemzés	135
4. Eredmények	139
5. Diskusszió	145
6.1. Gyógyító storytelling.....	148
6.2. A felépülés reprezentációs paradigmái	149
6.3. Limitációk.....	151
6.4. Konklúziók.....	152
VII. Befejezés, általános diskusszió:	153
1. Mi hát az idő? És hogyan viszonyuljunk hozzá?	153
VIII. Összegzés, szintézis, személyes záró reflexió, elköszönés	156
1. Miről szólt ez a disszertáció?	156
2. Átfogó konklúziók	156

2.1.	<i>Az időperspektíva-kutatás konklúziói</i>	156
2.2.	<i>A hosszú távú pszichiátriai tartózkodás szentgotthárdi kutatásának idői konklúziói</i>	157
2.3.	<i>A felépülési történetek proppi narratív idői kutatásának konklúziói.....</i>	158
2.4.	<i>A három kutatást összefogó, általános konklúziók és szintézis</i>	159
Hivatkozások	164

Táblázatok jegyzéke¹

1. Táblázat: A disszertáció struktúrája: **14. oldal.**
2. Táblázat: Tudományos kutatási paradigmák összehasonlítása: **24. oldal.**
3. Táblázat: Facilitáló és gátló faktorok a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatban: szakirodalmi összegzés: **58. oldal.**
4. Táblázat: A pszichológiai segítségkérésre vonatkozó potenciális facilitáló és gátló faktorok elméleti predikciója a hipotézisek megfogalmazásához: **62. oldal.**
5. Táblázat: A minta leíró statisztikái (N=272), valamint az egyváltozós lineáris regresszió eredményei: **67. oldal.**
6. Táblázat: Többváltozós lineáris regresszió a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök bejósolására: **68. oldal.**
7. Táblázat: Az életformaműhely és a hagyományos elmeosztály összehasonlítása Gerevich (1983) és Kövér (1987) alapján: **80. oldal.**
8. Táblázat: Az interjúalanyokra vonatkozó fontosabb információk: **87. oldal.**
9. Táblázat: A felépülés különböző szakirodalmi modelljeinek előnyei és limitációi: **127-130. oldal.**
10. Táblázat: Szemléltető példák Propp narratémáira: **131-132. oldal**
11. Táblázat: Az eredmények bemutatása a narratémákkal és példaidézetekkel: **140-144. oldal**
12. Táblázat: Az eredmények interpretációja a narratémákkal, az aktív szelfekkel és példaidézetekkel: **146-147. oldal**

Ábrák jegyzéke

1. Ábra: Az eredmények bemutatása: **98. oldal**
2. Ábra: Az eredmények interpretációja: **110. oldal**

¹ A táblázatok és ábrák jegyzékét illetően figyelembe veendő, hogy a dokumentumot különböző szövegszerkesztő vagy szövegolvasó programokban, vagy azok eltérő évjáratában megnyitva esetleges elcsúszások tapasztalhatók.

A disszertációban közvetlenül felhasznált saját, elsőszerzős közlemények jegyzéke²

Kiss, D., Szél, Z., Gyarmathy, A. V., & Rácz, J. (2020). Associations of time perspectives and attitudes towards seeking professional psychological help. *Polish Psychological Bulletin*, 51(1), 62-70.

DOI: [10.24425/ppb.2020.132652](https://doi.org/10.24425/ppb.2020.132652)

Kiss, D., Pados, E., Kovács, A., Mádi, P., Dervalics, D., Bittermann, É., ... & Rácz, J. (2021). „This is not life, this is just vegetation” - Lived experiences of long-term care in Europe's largest psychiatric home: An interpretative phenomenological analysis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2021; 1-10.

DOI: <https://doi.org/10.1111/ppc.12777>

Kiss, D., Horváth, Z., Kassai, S., Gyarmathy, A. V., & Rácz, J. (2021). Folktales of Recovery—From Addiction to Becoming a Helper: Deep Structures of Life Stories Applying Propp’s Theory: A Narrative Analysis. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1-12.

DOI: [10.1080/02791072.2021.1990442](https://doi.org/10.1080/02791072.2021.1990442)

² A közlemények társszerzői hozzájárultak a tanulmányok disszertációban való felhasználásához.

A disszertációban közvetetten felhasznált saját, társszerzős közlemények jegyzéke³

- Bóna, E., Szél, Z., **Kiss, D.**, & Gyarmathy, V. A. (2019). An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(1), 13-20.
- Szél, Z., **Kiss, D.**, Török, Z., & Gyarmathy, V. A. (2019). Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. *Journal of Homosexuality*, 67(10), 1429-1446.
- Kovács, A., **Kiss, D.**, Kassai, S., Pados, E., Kaló, Z., & Rácz, J. (2019). Mapping qualitative research in psychology across five Central-Eastern European countries: Contemporary trends: A paradigm analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 16(3), 354-374.
- Pados, E., Kovács, A., **Kiss, D.**, Kassai, S., Kapitány-Fövény, M., Dávid, F., ... & Rácz, J. (2020). Voices of Temporary Sobriety—A Diary Study of an Alcohol-Free Month in Hungary. *Substance use & misuse*, 55(5), 839-850.

³ A közlemények társszerzői hozzájárultak a tanulmányok disszertációban való felhasználásához.

A disszertációban felhasznált saját, tudományos konferenciaelőadások jegyzéke

- Kaló, Zs., Kovács, A., **Kiss, D.**, Kassai, Sz., Pados, E. & Rácz, J. (2018). Assessing Qualitative Psychology in Central Europe - Some Preliminary Findings. *SQIP Annual Conference on Qualitative Research Methods*, Pittsburgh, USA.
- Kovács, A. & **Kiss, D.** (2019). Meeting the mysterious mad lady of my childhood - experience of a researcher at a psychiatry, *Phenomenology of Health and Relationships*, Birmingham, UK.
- Kiss, D.**, Horváth, Zs., Kassai, Sz. & Rácz, J. (2019). Felépülési népmesék – a függőségtől a segítővé válásig: élettörténetek mélystruktúrája Propp narratémái alapján. *Magyar Addiktológiai Társaság, XII. Kongresszus*, Siófok, Magyarország.
- Kiss, D.**, Horváth, Zs., Kassai, Sz. & Rácz, J. (2021). Folktales of recovery – from addiction to becoming a helper: deep structures of life stories applying Propp’s theory: a narrative analysis. *Qualitative Research in Psychology in Europe (EQuiP)*, Thessaloniki, Greece.

Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt szeretném megköszönni a folyamatos és odaadó munkát témavezetőmnek, Prof. Dr. Rácz Józsefnek, aki végigkísérte kutatásaimat, doktori folyamatomat és a disszertációmát. Tapasztalataim szerint válaszkészsége, mind időben, mind minőségében egyedülálló. Ezenkívül elképesztően komplexen átlátja a kvalitatív pszichológia egészét, annak irányait, gondolkodásmódját, és ténylegesen érdembeli iránymutatást tud adni, mind elméleti, mind módszertani tekintetben.

A témavezetőmön kívül legfőbb támaszaim az azonos évben kezdő doktori hallgató társaim voltak, akikkel nagyon jó szakmai és baráti viszony alakult ki az évek során. Pados Eszterrel és Kovács Asztrikkal rengetegszer osztottuk meg közös kutatásinkban a terheket, és üdítő kivételt képezett munkacsoportunk abban a tekintetben, hogy mindenki egyenlően vette ki a részét a kutatási feladatokból. Sokszor támogattuk egymást a gyakorlati feladatvállaláson túl lelki értelemben is, hiszen a doktori folyamat hosszú ideje alatt természetesen előfordulnak hullámvölgyek, esetleg burnout közeli állapotok, amelyekben egymás kölcsönös segítése nélkül bizonyára elmerültünk volna.

Ezzel párhuzamosan említeném köszönetnyilvánításomban a Kvalitatív Pszichológiai Kutatócsoport egészét, amely nyújtott egy olyan biztonságos kutatói keretet, mind teoretikusan, mind metodológiailag, amelyben sokkal kevésbé éreztem magam kezdő kutatóként elveszettnek, hiszen bármilyen kvalitatív jellegű kérdéssel volt kihez fordulnom iránymutatásért, szakirodalom-ajánlásért.

Nemzetközi publikációim tekintetében témavezetőmhöz hasonló, elsődleges köszönet szól Gyarmathy V. Annának is, akit a Semmelweis Egyetemmel való együttműködés keretében megvalósuló Publikációs készségfejlesztések kurzuson ismertem meg, és akivel azután többéves munkakapcsolatom alakult ki. Neki köszönhetem a bevezetést és a térképnyújtást a nemzetközi publikálás útvesztőibe, valamint az editorokkal és a reviewerekkel való asszertív kommunikáció elsajátítását.

A disszertációban szereplő ábrák elkészítését szeretném megköszönni Horváth Gábornak, a nyelvi lektorolást pedig Hack Orsolya korrektornak.

A korábbi kiemelt szereplők mellett szeretném megköszönni a Kar és a Doktori Iskola egészének és minden oktatójának, aki hozzáadott az évek alatt tudásomhoz, és közvetve-közvetlenül valamilyen formában elkísért a doktori utamon.

I. Előszó

1. Előzetes személyes megjegyzések a disszertáció struktúrájára és stílusára vonatkozólag

A Pszichológiai Doktori Iskolában töltött négy évem kalandos utazás volt. Habár megfelelni vágyással teli hallgatóként a PhD kezdeti évei alatt úgy dekódoltam magamban az intézményes (vélt) elvárásokat, hogy tudatosan és strukturáltan, szigorúan egymásra alapozva kell felépítenem kutatási témáimat és publikációimat. A gyakorlat azonban gyorsan bebizonyította, hogy ez az út kacskaringósabb lesz annál, mintsem amilyen lineárisan én elterveztem azt a Doktori Iskolába való jelentkezésemkor leadott kutatási tervemben, és a doktori folyamat első féléveiben.

Ugyan a doktori út végéről visszatekintve csábító és érthető lenne a disszertációm most úgy megírnom, hogy egy koherens retrospektív narratívát alkossak eddigi tudományos karrieremről, és az eseményeket torzítva bebizonyítsam bírálóimnak, mennyire tudatosan építettem egymásra publikációimat, azonban ez messze lenne történetem narratív igazságától. Ezért úgy döntöttem, hogy tudományos eredményeim bemutatása mellett beemelek disszertációmba egy olyan párhuzamos személyes hangot is, amely érthetővé teszi, hogy mit, miért, hogyan kutattam és hogyan születtek meg és következtek egymás után az egyes kutatási témák a tudatos célállítás és tervezés, valamint az érkező lehetőségek esetlegességének kombinációjából.

Ez a párhuzamos narrátori hang egyrészt közel áll az általam képviselt kvalitatív szemlélethez, amelynek egyébként is fontos része a kutatói involváltság és személyes reflektálás, valamint ezeknek az információknak a transzparenssé tétele. Másrészt a számomra egyik legmeghatározóbb megközelítés – a narratív pszichológiai megközelítés – , amivel doktori tanulmányaim alatt találkoztam, és amelyből publikációt is írtam, a függőségekből való felépülés, mint utazás mesei reprezentációja volt. Így adja magát a párhuzam, hogy kutatási eredményeim mellett elmeséljem a doktori képzésre járó és disszertációját író Dani történetét is, a teljes és lehető legkomplexebb kutatói kép és a történelmi hűség kedvéért. Ez a narrátor a Charles Strozier-féle „iskolázott szubjektivitás” hangját igyekszik követni (Strozier, 1976), márt csak azért is, mert az általam nagyra tartott egzisztenciális pszichológia klasszikusai (Rollo May, Binswanger, Laing, Yalom) írásaiban ugyancsak nem tesznek különbséget a pszichológia, a filozófia, az irodalom és az önreflexió között.

Az évek alatt elméleti szinten leginkább a kvantitatív és a kvalitatív megközelítés közötti különbségek, a kvalitatív módszerek mögött meghúzódó filozófiai és pszichológiai elméleti háttér érdekelt, gyakorlati témák szintjén pedig a függőségek, az azokból való felépülés, valamint a pszichiátriai osztályok és betegeknek az élményvilága. Ezeket az altémákat pedig egy nagy gyűjtő főtéma kötötte össze, nevezetesen az időpszichológia, azon belül is az időhöz való személyes viszonyulás. Doktori éveim alatt ezt mind kvantitatív, mind kvalitatív kontextusban vizsgáltam, és rácsodálkoztam arra, milyen széles körű jelenléte van személyes létünkben az időnek, és arra, hogyan határozza meg azt, ahogyan látjuk magunkat és ahogyan mesélünk magunkról. Szerencsére az idő pszichológiájának kellően tág ernyője alatt volt lehetőségem számos különböző kutatásba bekapcsolódni, illetve több sokszínű kutatást magam vezettem, így a korábbi bekezdésekben elgyászolt non-linearitás hátránya mellett valóban sokféle kutatási szemléletmódot, módszert és tematikus tudást sikerült elsajátítanom. Mindemellett ez a sokszínűség természetesen rengeteg frusztrációval is járt, hiszen a már említett elvárások, kutatásokba való bekapcsolódások és ezek saját kutatásokkal való összeegyeztetésének sűrű erdejében sokszor nehéz volt tájékozódnom. Ezért tartom hangsúlyozottan fontosnak az előszóban megemlített és majd a disszertáció későbbi részeiben folyamatosan kifejtett személyes és kutatók közötti interakciókat taglaló narrátori hangot beemelni doktori értekezésembé.

A legfőbb tudományos eredményeim (amelyek az elsőszerzős műveimre épülnek) bemutatása előtt tehát az Előszó és az első kutatás Bevezetése között egy kiegészítő, Felvezető című fejezetben röviden megemlítem azokat a kutatásokat, amelyekben társszerzőként aktívan részt vettem, hogy érthető legyen a gondolatok és kutatási témák egymásból való következése, és emellett a személyes út alakulása is. Végző soron, ezek a társszerzős publikációk is kiemelten fontos mérföldkövei voltak a doktori folyamatomnak.

A szakmai énem az időt a gyakorlati praxisban elsősorban a tranzakcióanalízis gondolati körében tapasztalja meg. Sokszor merül fel bennem az a kérdés a kliensimet (és sokszor magamat is) hallgatva, amit a tranzakcióanalízis úgy fogalmaz meg, hogy „*Akkor most ki vezeti az autót?*” A hatéves gyerek vagy a felnőtt?

Mind a klienseimen, mind magamon tapasztalom, hogy bizonyos helyzetekben a gyermek reagál a gyermeki kondicionáltságaival, félelmeivel. Ez nagyon érdekes időélmény, hiszen egy sokszor évtizedekkel korábbi múlt hirtelen megrohanja és eluralja a jelent.

Sokszor érzem ezt a függő működésem kapcsán például, amire bármennyire reflektív és amivel kapcsolatban bármennyire is tudatos vagyok már, érzelmileg szélsőséges, kibillentő helyzetekben mégis eszembe jut, mint alternatíva. A gyermekkori megküzdés betolul a jelenbe, az igeidők határai elmosódnak, és egy intenzívebb pillanatban az idő által elkülönített szelfek is összemosódnak.

Egy másik aspektus, amelyben hasonlót látok a kliensimen és magamon, az a veszteségek természete. Volt évekkkel ezelőtt egy szakításom, amely után eldöntöttem, hogy nem vagyok hajlandó gyászolni, fájdalmakat átélni. Ez hosszú távú időperspektívában nem volt egy jó döntés, mert azzal, hogy el akartam kerülni két-három hónap szenvedést, azt értem el, hogy ez az élmény még évek múltán is visszaköszönt a mindennapjaimban, feldolgozatlanul. Ez a másik leggyakoribb példája annak, amikor azt tapasztalom, hogy a múlt hirtelen betör és eluralja a jelent. A veszteségek kapcsán megdőlni látszik a tévhit, a népi hagyomány az idő múlásának gyógyító természetéről.

Természetesen ez nem egy új keletű tapasztalás, gondolhatunk itt Freud irodalmi elemzéseire is, a *Homokember* (Freud, 2001a) elemzésére, vagy a *Gradiva* (Freud, 2001b) elemzésére, ahol az ismétlési kényszeren keresztül ugyanerről az időélményről beszél Freud.

2. A disszertáció strukturális felépítése a különböző kutatások számbavételével

Az olvasóbarátság jegyében az Előszó végén szeretném előrevetíteni, hogyan fog építkezni disszertációm, milyen struktúrát fog követni és milyen saját kutatásokat emelek majd be dolgozatomba. Ezt az alábbi táblázatban azon szempontok szerint foglaltam össze, hogy 1. szerintem éppen hol tartottam a doktori folyamatban, 2. mi volt az a személyes attitűd, amivel a doktori folyamat adott periódusát megközelítettem, 3. milyen éppen aktuális kutatási projektek futottak, majd valósultak meg, amelyek ehhez a periódushoz, fejlődési ablakhoz voltak köthetőek, 4. milyen módszerrel végeztem a kutatást, 5. az adott kutatás(ok) a disszertációban hol található(ak) meg. Ehhez a táblázathoz jómagam is vissza fogok térni a disszertáció írása közben, de remélem, hogy az olvasó is bátran visszalapoz hozzá a könnyebb tájékozódás kedvéért, amikor kezd elveszni a leírások sűrűjében.

1. Táblázat: A disszertáció struktúrája.

1. A doktori folyamat periódusa	2. Személyes attitűd	3. Kutatási projektek	4. Módszer	5. Disszertációban elfoglalt hely
Találkozás a PhD-val	Bekapcsolódás, amibe csak lehetséges	Semmelweises együttműködések – társszerzős publikációk	kvantitatív kutatások	Felvezetés
Elméleti alapozás	Minél jobban megismerni a kvalitatív kutatás gondolkodásmódját és a mögötte húzódo tudományfilozófiai megfontolásokat	Paradigmakutatás	kvalitatív paradigmaelemzés	Felvezetés
Módszertani alapozás	Megtanulni kvalitatívan szöveget elemezni és módszertanilag korrektül kivitelezni egy kvalitatív kutatást	Száraz November kutatás	kvalitatív tematikus elemzés	Felvezetés
Saját kutatások	Saját érdeklődési körbe tartozó elsőszerzős publikációk megvalósítása	Időperspektívák kutatása	kvantitatív kutatás	1. Kutatás bemutatása
Saját kutatások	Saját érdeklődési körbe tartozó elsőszerzős publikációk megvalósítása	Szentgotthárd kutatás: hosszú idejű pszichiátriai bentlakás élményvilága	Interpretatív Fenomenológiai Analízis	2. Kutatás bemutatása
Saját kutatások	Saját érdeklődési körbe tartozó elsőszerzős publikációk megvalósítása	Propp kutatás: Függőségekből való felépülés narratív csomópontjai az idő előrehaladtával	Kvalitatív narratív elemzés	3. Kutatás bemutatása

II. Felvezetés

1. Találkozás a PhD-val – Semmelweises együttműködések, társszerzős publikációk

A PhD képzés kezdeti fázisában, mint sok más társamat, engem is rengeteg inger ért. Próbáltam eligazodni a különböző elvárásrendszerekben, beilleszkedni a tanszék, valamint a kutatócsoport közösségébe, megfelelő munkakapcsolatot kialakítani a témavezetőmmel, és mindemellett elkezdni kutatni. Eleinte szinte bármilyen kutatásban részt vettem volna a tapasztalatszerzés kedvéért. Szerencsére a témavezetőm nagyban segítette tájékozódásomat azzal, hogy a Semmelweis Egyetemen oktató Gyarmathy Anna (aki később több publikációmban is társszerző lett ennek nyomán) nemzetközi publikációs készségek fejlesztéséről szóló kurzusát javasolta. Ezen a kurzuson volt szerencsém megismerkedni két itt PhD-zó kollégával, akiknek a kutatásaiba azért kerülhettem bele, mert olyan témákat vizsgáltak, melyek kapcsán az általuk képviselt orvosi szemléletmód mellett hasznosnak tartották pszichológiai nézőpontomat, szempontjaimat. Ezekből az együttműködésekben két színvonalas nemzetközi publikáció is született, amelyeket a következőkben csak nagy vonalakban foglalok össze, illetve magyarázok olyan tekintetben, hogy hogyan épültek be a szakmai fejlődésembé.

1.1. Ortorexia kutatás

Szívesen bekapcsolódtam ebbe a kutatásba, mert (ahogyan az a disszertáció későbbi szakaszaiban is markánsan megjelenik) a doktori programba érkezésem egyik fő témája az addikció jelensége volt, így az ún. egészségesség, egészségesétel-függőség, testedzésfüggőség kapcsán abszolút motivált voltam az együttműködésre.

Ebben a kutatásban (Bóna, Szél, Kiss, & Gyarmathy, 2019) ortorexiához köthető pszichológiai korrelátumokat kerestünk rendszeres magyar konditeremlátogatók (209 fő) körében. A kutatás módszertanát tekintve kvantitatívan orientált volt, hiszen az adatgyűjtéshez online kérdőívet használtunk, az elemzést tekintve pedig lineáris regressziót és ANOVÁT alkalmaztunk. Kvalitatív orientáltságom ellenére nagyon hasznos volt, hogy bevonódtam ebbe a kvantitatív kutatásba, mert elsajátíthattam az egyváltozós (univariate) és többváltozós (multivariate) lineáris regresszió módszertanát, amely tudást később alkalmaztam is az első saját elsőszerzős kutatásomban (lásd: 1. Kutatás bemutatása fejezet). Ebben a kutatásban elemzéseink során a függő változónk rendszerint az ortorexiát mérő,

klasszikus Orto-11-Hu skála volt, független változónk pedig az Evészavar Kérdőív, a Maudsley-féle Obszesszív-Kompulzív Kérdőív, illetve az egészséggel és a testedzéssel kapcsolatos szokások, valamint demográfiai változók voltak. Főbb eredményeink azt tükrözték, hogy a vékonyságra való törekvés, az életkor, a napi többszöri edzés és a jógagyakorlás szignifikáns összefüggésben állnak az ortorexikus tendenciákkal.

Mindezekon kívül volt még egy kiemelkedően fontos dolog, amit megtanultam ebből a kutatásból: a címadás. A tudományos publikációk címe néha száraz, unalmas, bár az utóbbi időben egyre több a metaforikus cím egy hagyományos alcímmel kiegészítve. Ennél a cikkünkénél az ortorexia témája kapcsán előálltam ezzel a főcímmel: „*An unhealthy health behavior...*”, amelynek nagy sikere lett, és biztos vagyok benne, hogy a publikáció tudományos erőssége mellett ez is közrejátszott abban, hogy a mai napra (2022.01.04-es adat) 19 hivatkozással rendelkezik ez a cikk, így kiugróan a legmagasabb olyan hivatkozásszámú cikk ez, amelyben szerző vagyok.

1.2. Medikushallgatók LMBTQ személyekkel kapcsolatos attitűdjeinek kutatása

Egy másik semmelweises kollégával való együttműködésnek köszönhetően sikerült bekapcsolódnom ebbe a kutatásba (Szél, Kiss, Török & Gyarmathy, 2019). Abból indultunk ki, hogy az LMBTQ személyek tapasztalatai az egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor meghatározó lehet abban, hogy hogyan viszonyulnak az egészségügyi szolgáltatásokhoz. Ebben a viszonylatban különösen érdekesnek találtuk, hogy az orvosi képzésekben mégsem kap szerepet LMBTQ személyekkel kapcsolatos tananyag. 569 orvostanhallgatót kérdeztünk meg a homoszexualitással és más szexuális kisebbségekkel kapcsolatos attitűdjeikről, és azt találtuk, hogy a homoszexualitással kapcsolatos magasabb fokú informáltság és tudás az alacsonyabb szintű homonegativitással szignifikáns összefüggést mutatott. Ez a több tudás továbbá szignifikáns kapcsolatban állt a magasabb tanulmányi átlaggal is az orvosi képzésben, illetve a nem-vallásossággal, és azzal, ha valakinek közelebbi ismeretsége volt LMBTQ személlyel. Eredményeinkből arra a következtetésre jutottunk, hogy az orvosi képzésbe szükséges lenne beiktatni LMBTQ-val kapcsolatos témákat is, mind Magyarországon, mind más országokban, hogy az orvostanhallgatók attitűdjeinek érzékenyítésével fejleszteni lehessen az LMBTQ személyek ellátását az egészségügyön belül.

Ebbe a kutatásba utólag visszatekintve két szempont miatt volt nagyon hasznos bekapcsolódnom, annak ellenére, hogy témájában nem kötődött az én kutatási témáimhoz.

Egyrészt módszertanilag, hiszen az ortorexiás kutatáshoz hasonlóan ebben a vizsgálatban is többváltozós lineáris regressziót alkalmaztunk, így az ezzel kapcsolatos statisztikai tudásomat még tovább mélyíthettem és eredményesen felhasználhattam azt később az első saját elsőszerzős kutatásomban (lásd: 1. Kutatás bemutatása fejezet). Másrészt a módszertan és az elmélet határán fontos kiemelni, hogy az 1. Kutatásomhoz hasonlóan, ez az LMBTQ-kutatás is ún. attitűdkutatás volt, amelynek szemléletmódját és módszertanát itt jól elsajátíthattam.

2. Elméleti alapoás

2.1. Paradigmakutatás

Ez a kutatás volt az, amely egyszerre bevezetett és elmélyített a kvalitatív pszichológia szemléletében, elméletében és módszertanában. Itt ismertem meg azokat a filozófiai megfontolásokat, amelyek a pozitívizmus és a konstruktivista hagyományok, paradigmák mögött húzódnak, és azt, hogy melyik szemlélet milyen kutatói attitűdöt, gondolkodásmódot igényel, mind a kutatás tervezése, mind a kivitelezése kapcsán.

Ebben a kutatásunkban (Kovács, Kiss, és mtsai, 2019) az átfogó célunk az volt, hogy megvizsgáljuk a kvalitatív pszichológia jelenlegi helyzetét a kelet-közép-európai posztoszocialista országok tudományos kontextusában, valamint átfogó képet adjunk a kvalitatív kutatások mögött meghúzódó filozófiai paradigmákról. Előzetes vizsgálódásaink, szakirodalmi kutatásaink alapján az volt a preconcepciónk, hogy politikai és történeti okok miatt ennek a régióknak az akadémiai élete speciális kontextus lehet, amelyet (mivel Magyarország is része) kifejezetten érdekes vizsgálni. Kutatásunkban az alábbi nyitott kérdéseket fogalmaztuk meg: *Milyen filozófiai paradigmákat használnak a kvalitatív kutatások? Milyen módszereket alkalmaznak? Milyen pszichológiai területeken, milyen témák kapcsán alkalmazzák a kutatók a kvalitatív szemléletet?* A válaszokat keresve 35 nemzetközi publikációt vizsgáltunk, 5 különböző kelet-közép-európai ország kutatóitól. A cikkeket egy általunk előre kidolgozott szempontrendszer dichotóm aspektusai szerint vizsgáltuk aszerint, hogy a pozitívista/posztpozitívista vagy az interpretatívista/konstruktívista paradigmába sorolhatóak-e. Főbb eredményeinket tekintve azt találtuk, hogy a kvalitatív kutatások dominánsan a konstruktívista filozófiai paradigmában valósulnak meg, a tisztán pozitívista megközelítésmód viszonylag ritkán fordult elő, de a paradigmák keveréke igen gyakori volt. Meglepő módon a cikkek

metodológiai szempontjai nem voltak transzparenssek, sokszor az sem derült ki expliciten, hogy pontosan milyen módszert alkalmaztak. A témák tekintetében a kvalitatív módszertant leggyakrabban szociálpszichológiai kontextusban alkalmazták. Eredményeinkből arra a következtetésre jutottunk, hogy a posztzocialista érában a kevert paradigma gyakori lehet, hiszen a tudományos közeget számos behatás érte, a különböző tradíciók pedig befolyásolhatják a kutatók episztemológiai és ontológiai megfontolásait.

Rendkívül hasznosnak bizonyult ez a kutatás a későbbi szakmai előmenetelem szempontjából, az itt elsajátított tudást minden későbbi kutatásom során hasznosítottam. Kutatócsoportunk be is mutatta ezt a kutatást egy pittsburghi (Kaló, Kovács, Kiss, és mtsai, 2018) és egy thesszalóniki-i (Kovács, Kiss és mtsai, 2021) konferencián. Előbbi a 2018-as *SQIP Annual Conference on Qualitative Research Methods* konferencián, utóbbi a *Qualitative Research in Psychology in Europe (EQuiP)* konferencián hangzott el 2021-ben.

Éppen azért, mert ez az elméleti kutatás ennyire meghatározó volt kvalitatív szemléletem kialakulásában és formálódásában, szeretnék egy-két hangsúlyos pontot, fontosabb részt kiemelni ebből a publikációból.

Elsősorban azt tette nyilvánvalóvá számomra ez a kutatásunk, hogy semmit sem szabad a kontextusból kiragadva kezelni, értelmezni. Ez ebben az esetben azt jelentette, hogy a Kelet-Közép-Európában honos kutatási tradíciókat nem lehet függetlenül kezelni a térség, történelmi, társadalmi és politikai jelenségeitől. Tehát mind a kvantitatív (pozitivist, posztpozitivist) kutatási tradíció, mind a térségben szárnyait bontogató kvalitatív kutatási megközelítés (konstruktivizmus, interpretativizmus) megértése egy komplex történelmi, társadalmi és politikai keretrendszerben kell, hogy történjen.

Az egyértelmű, hogy Kelet-Közép-Európa számos tudományos aspektusban eltér a nyugati kutatás történetétől (Tímár 2004; Stenning & Hörschelmann 2008), hiszen alapjai az Osztrák–Magyar Monarchia edukációs stratégiáira épülnek (Buklijas & Lafferton 2007), később pedig a Szovjetunió tudományos behatása volt meghatározó. A pszichológia helyzete Magyarországon a második világháború után a kommunizmus és a szocializmus időszaka alatt meglehetősen egyedi volt. A kommunista rezsim erősen igyekezett kontrollálni a tudományos diskurzus egészét (Gille, 2010). Az akadémiai tér „ideológiai megtisztításon” esett át, ezt nevezzük ebből az időszakból a tudomány „bolsevizálódásának”, amely természetesen együtt járt a nyugati pszichológia kizárásával (Szokolszky, 2016). Ez az eljárás például a pszichoanalízis és a gestalt irányzat tiltásában

nyilvánult meg (Wertz, 2014). Ez természetesen azt eredményezte, hogy ahelyett, hogy a magyar tudományos élet nyíltan követni tudta volna a nyugati tudományos fejlődést, a tudomány úgynevezett „pavlovizációja” ment végbe, ami főleg a pszichológia medikalizációjában nyilvánult meg, a pszichológia nem medikális, nem klinikai alkalmazása tiltott volt (Szokolszky, 2016). Ez aztán az 1960-as években változott valamelyest, a politikai rezsim gyengülésével a pszichológia átkerült a „tolerált” kategóriába (Szokolszky, 2016). Ezután mind a híres 1967-es bécsi konferencia (ahol nyugati és keleti tudósok találkozhattak egymással), mind a 68-as prágai megmozdulás ellenére a szocialista országok kimaradtak a nyugati pszichológia gyors fejlődéséből (Danziger, 2006).

Az 1989-es rendszerváltás után sem jött megváltás a tudományos életben. Jól mutatja ezt az is, hogy a rendszerváltás utáni érára vonatkozólag úgy hivatkoznak/hivatkozunk Magyarországra, mint posztszocialista országra. Ez természetesen önmagában nem egy pejoratív jelző, hanem azt hivatott mutatni, hogy nem szabad elfelejteni a tudományos kutatói munkánk során a tudományos életünk történelmét, valamint politikai és társadalmi kontextusát.

Ez annál is inkább igaz, hogy Magyarország és a posztszocialista országok többsége rövid történelmi időszakon belül gyors változásokat élt meg mind ideológiai, mind gazdasági, mind társadalmi szinten. Ezért ezeknek az országoknak a tudományos élete mindenképpen egy speciális kutatási terület (Schwartz, Bardi & Bianchi, 2000; Stanilov, 2007). A változás a politikai téren természetesen nem volt ilyen drasztikus, hiszen az exkommunista szakemberek részei maradtak a politikai életnek, mivel nem volt feltétlenül mindig új szakértő, aki a helyükre léphetett volna (Bunce & Csanádi, 2015). Ezért a bukott rezsim hatásai sokkal tovább fennmaradhattak, több generáción keresztül (Alesina & Fuchs-Schündeln, 2007), és kihatással lehettek az uralkodó családi normákra és individuális preferenciákra (Robila & Krishnakumar, 2004), az értékekre és a társas prioritásokra (Schwartz, Bardi & Bianchi, 2000). Egyes kutatók a posztszocialista éra leghangsúlyosabb sajátosságaként azt emelik ki, hogy mindezek a hatások mélyen beivódtak ezen országok kultúrájába és általánosságban negatívan befolyásolták a bizalom és az őszinteség társas építőköveit (Rose-Ackerman, 2001).

Miközben megismerkedtem ennek a kutatásnak a szakirodalmával, tisztába kerültem ezekkel a tudományról kialakított, a gondolkodásunkat és a tudományunk gyakorlását alapvetően befolyásoló tényezőkkel. További hasznos hozadéka volt, hogy itt ismertem meg

a kvalitatív tradíció megjelenését, térnyerését, valamint annak a paradigmák rendszerébe való beágyazódását.

A kvalitatív kutatási szemlélet az elmúlt huszonöt évben kapott jelentősebb figyelmet (Rennie, Watson & Monteiro, 2000). Ezután egyre több kutatás kezdte el vizsgálni a kvalitatív trendeket (pl. Sexton, 1996; Ponterotto, 2010; O'Neill, 2002) és az tűnt fel a kutatóknak, hogy a kvalitatív pszichológiai kutatás szinte minden pszichológiai tématerületen kezd teret nyerni (Stainton-Rogers & Willig, 2017).

Az alapvető tudás, amelyet itt ki kell emelnünk, hiszen a disszertáció egészében fontos, hogy a kvalitatív kutatások más paradigmákra épülnek (Guba & Lincoln 1994, 1982). A paradigmatis beágyazottságot általában a valósághoz való hozzáállásunk (ontológia) és az ismeretekhez való hozzáállásunk (episztemológia) határozza meg (Guba & Lincoln 1994, 1982). Ezek a kutatónkénti és kutatónkénti egyéni megfontolások és hozzáállások viszont azt jelentik, hogy különböző módszerek és megközelítések léteznek (Gale, 1993). Ezért a kvalitatív kutatásokban kifejezetten fontossá válik a kutatói reflexió és a kutatói transzparencia fogalma. Ez azt jelenti, hogy bármilyen ontológiai és episztemológiai beállítódással, bármilyen paradigmában is dolgozik a kutató az adott vizsgálatában, azzal kapcsolatban legyen tudatos, legyen reflexív, és tegye átláthatóvá, hogy miből indult ki, mit, miért, milyen megfontolásból kivitelezett úgy, ahogy (Morrow, 2005; Morrow és Smits, 2000). Azt, hogy mit jelent pontosan ez a transzparencia, a Szentgotthárd kutatásunk *Személyes felütés* részében fogom részletesen bemutatni.

A fokozottabb elterjedés ellenére mégiscsak azt lehet mondani, hogy a kvalitatív kutatás még mindig csak másodlagos Európában (Symon & Cassel, 2016). Ez az információ pusztán tényszerű, az első hely átvétele nem is cél és nem is illeszkedne a kvalitatív pszichológia szemléletébe. Azt viszont az egész disszertáció szempontjából fontos kifejtetni, hogy pontosan milyen paradigmák is léteznek, és melyiknek mik a főbb jellemzői.

A cikkünket megelőző kutatások négy fő filozófiai paradigmát határoztak meg: pozitivizmus, posztpozitivizmus, kritikai elmélet, konstrukcionizmus (Guba és Lincoln, 1994; Lincoln, Lynham & Guba, 2011; Patton, 2002; Rossman & Rallis, 2003; Gehart, Ratliff & Lyle, 2001), kiegészítve a különféle kombinációikkal (Ponterotto, Park-Taylor & Chen, 2017). A négy paradigma főbb jellemzőit Guba és Lincoln (1994) alapján a következőképp lehetne összefoglalni.

A pozitívizmus főleg az ún. „kemény” tudományokban használatos, egy objektív valóságot feltételez, és általában deduktív logikát követ, főleg kvantitatív módszereket alkalmazva. A posztpozitívizmus is egy objektív valóságot feltételez, viszont nem állítja azt, hogy ez az egy objektív valóság tökéletesen megismerhető, ahogyan ezt a pozitívizmus állítja. A posztpozitívizmus szerint ez az egy objektív valóság csak tökéletlenül, közelítőleg ismerhető meg. Módszertani logikája általában legfőképp a hipotézis-falszifikációra épít.

A kritikai elmélet szerint a realitás nem egy objektív valóság, hanem szociális, kulturális, politikai, gazdasági, etnikai és gender szempontok által befolyásolt, így a szubjektív interpretációit a valóságnak is vizsgálni kell (ezt a paradigmát mi a cikkünkben, interpretatívizmusnak hívjuk a valóság szubjektív interpretációja alapján). A konstruktívizmus paradigmája, nevéből is fakadóan, úgy tartja, hogy a valóság, a realitás se nem eleve adott, se nem objektív. Nem eleve adott, hanem konstruált. Tekintve, hogy a valóságot különböző individuumok különbözőként konstruálják meg, egyéni belső és külső kontextusuk alapján, így egymás mellett létezhetnek párhuzamos valóságok. A kritikai elmülethez hasonlóan ez a paradigma is a valóság szubjektív interpretációira koncentrál.

A kvalitatív (konstrukcionizmus, interpretatívizmus) és a kvantitatív (pozitívizmus, posztpozitívizmus) szemléletmód főbb különbségeit publikációnkban egy külön táblázatban foglaltuk össze, hiszen leginkább ezek adják a kvalitatív kutatás transzparenciáját.

Mit is jelent pontosan a transzparencia követelménye a kvalitatív kutatásokban?

1. *Először és elsősorban a kutatás céljának világos magyarázata* (Morrow, 2005; Guba & Lincoln, 1994): ez a követelmény első hallásra nem tűnik túl specifikusnak, hiszen szinte bármilyen kutatásnak ez az alapkövetelménye. Ami miatt mégis fontos külön kiemelni a kvalitatív kutatásokban, az az, hogy azok a kvalitatív kutatók, akik sztenderdek nélkül, random (értsd: átláthatatlan) megfontolások szerint végeznek kvalitatív kutatásokat úgy, hogy végül teljesen más eredményekre reflektálnak a szöveg kapcsán, mint amit a szakirodalmi bevezető elején kitűztek maguk elé célul, valójában gyengítik a kvalitatív kutatások küldetését. A reflektálatlan és hiányos transzparenciát nyújtó kvalitatív kutatók nélkül is elég erős támadások érik a kvalitatív kutatást. Ezek főleg abban foglalhatóak össze, hogy a kvalitatív kutatás valamilyen középiskolai irodalomórákat idéző, homályos, szubjektív szövegelemzés, amelyből a kutató azt hoz ki, amit szeretne, az lesz az eredmény, amit a kutató

belelát. Ez a kritika rendkívül erős a pozitivista paradigma irányából megfogalmazva, és pontosan ezért fontos az, hogy a kvalitatív kutatás precíz, tudatos és átlátható-visszakövethető maradjon.

2. *A módszer és az eljárás pontos magyarázata és leírása* (Elliott, Fischer & Rennie, 1999): erre a pontra szinte ugyanazok érvényesek, mint az elsőre. Természetesen ez egy kvantitatív kutatás kapcsán alapkövetelmény. Alapkövetelmény viszont egy kvalitatív kutatásban is, sőt sokkal inkább az, tekintve, hogy itt a kérdőívek és a statisztikai eljárások nevei nem beszélnek önmagukért. A kvalitatív kutatások szenderjeinek kritériumait egészségügyi terület meghatározza ugyan a Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ, Thong és mtsai, 2007), azonban annak 32 iteme közül több tétel is vitatható. Egy szöveget elemző kvalitatív kutatónak ezért sokkal részletesebben le kell írnia eljárásának menetét, hogy a független olvasó megérthesse azt, hogy a kutató hogyan nyúlt hozzá ehhez a szöveghez, pontosan mit vizsgált benne, vagy mit emelt ki belőle. Fontos részlet lehet, hogy hogyan haladt az elemzés logikája: deduktív módon, tehát a kutató megkeresett valamit a szövegben, vagy induktív módon, vagyis hagyta, hogy témák emelkedjenek ki a szövegből? Hogyan elemzett, mi volt az elemzésének a módja? Mindezek előtt, mi volt az adatfelvétel módja? Egy transzparensbb kutatásban véleményem szerint érdemes nem megállni annál, hogy félig strukturált interjúkat vettünk fel (például). Ennél a pontnál viszont egy érdekes konfliktushoz, dilemmához jutunk el a kvalitatív kutatások kapcsán. Egyrészt van egy igény arra, hogy a kvalitatív kutató megmutassa, hogyan dolgozott, hiszen itt nem beszél önmagáért, nem egzakt, hogy milyen kérdőívet vett fel, annak érdekében, hogy enyhüljön az a kvalitatív kutatások körüli sztereotípiák, miszerint ez egy szubjektív szövegelemzés. Pontosabban a probléma nem is feltétlen a szubjektivitással van, hiszen a tudományosan reflektált szubjektivitás a kvalitatív kutató számára adat is lehet, hanem az elfogult idioszinkráziával, amelynek tudományosan torzító hatását a trianguláció segítségével és a kutatói reflektivitás begyakorlásával lehet enyhíteni, kivédeni. Másrészt viszont ott van az a nagyon is gyakorlati jelenség, hogy a folyóiratok, amelyekben kvalitatív publikációk jelennek meg, még nem feltétlenül adaptálódtak ehhez a követelményhez, és a módszereket illetően, részben terjedelmi kötöttségek miatt,

szinte éppen csak annyit engednek meg, hogy „félleg strukturált interjúkat vettünk fel”.

Ez a két követelmény alapvetően két Grice-féle kommunikációs maximát támaszt a kvalitatív kutató felé, első esetben a minőség maximáját (transzparencia), második esetben a mennyiség maximáját (hány szó lehet a módszerre vonatkozó rész az adott folyóiratnál). Ez a két maxima pedig sokszor szembe megy egymással. Tehát megtörténhet az, hogy egy kvalitatív kutató megfelelné a transzparencia 2. követelményének a módszerét és eljárását illetően, viszont a folyóirat nem ad rá terjedelmi lehetőséget. Természetesen erről az olvasó nem feltétlenül tud, csak azt látja, hogy egy újabb ködös kvalitatív kutatást olvashat, és megint csalódik, hiszen nem magyarázzák el neki a mintavételezés és az adatelemzés módját.

A transzparencia követelményeinek első két pontja természetesen erősen beágyazott a kutató perspektívájába (ontológia, episztemológia) és alapvető hitrendszerébe (Gehart, Ratliff & Lyle 2001). Ahogyan azt a paradigmakutatásnál is bemutattam, ez természetesen nem feltétlen egy alapvető probléma abban az esetben, ha az ezekre reflexió történik, a transzparencia 3. követelményének megfelelően:

3. *Helyezzük el a kutatásunkat egy kutatási paradigmában!* (Morrow 2005; Guba & Lincoln 1994; Gehart, Ratliff & Lyle 2001; Ponterotto 2005). A kutató megfontolásait és hitrendszerét egy filozófiai keretben érdemes elhelyezni. Így tisztába kerülünk azzal, hogy mik a kutató alapvetően filozófiai kiindulásai (szintén ontológia és episztemológia), és milyen paradigmában helyezi el kutatását (pozitivizmus, posztpozitivizmus, konstruktivizmus, interpretativizmus).

A kvalitatív kutatások egy részében hiányzik ez a fajta transzparencia. Ez természetesen több okból is lehetséges. Egyrészt a kvalitatív diskurzusban nem feltétlenül elég hangsúlyos, hogy egyáltalán szükség van erre. Másrészt, ha a kutató szeretné is ezeket megjeleníteni a publikációjában, nem biztos, hogy van erre terjedelmi lehetősége. Harmadrészt lehet, hogy a kutató nem reflektál ezekre a kutatói folyamatokra, valamint a kutatás és a saját viszonyára. A transzparencia hiánya viszont valóban az eredmények torzításához vezethet (Ponterotto 2010).

Ahogy a *Paradigmakutatás bemutatásánál* jeleztem, kutatásunk eredményei alapján kialakultak bennem a két szemléletmód közötti különbségek. Ezeket az alábbi táblázatban foglaltuk össze (Kovács, Kiss, és mtsai, 2019, 1.o.). Mivel kutatásunkból kiderült, hogy a tisztán pozitívista paradigma viszonylag ritka (legalábbis a pszichológiában), ezért a posztpozitívizmust mutatom itt be. Illetve az eredményeink alapján az interpretatívizmust és a konstruktívizmust összevontuk egy közös paradigmába.

2. Táblázat: Tudományos kutatási paradigmák összehasonlítás Petty, Thompson és Stew (2012, 269. o.) alapján

	Posztpozitívizmus	Interpretatívizmus / Konstruktívizmus
Ontológia	Egy objektív valóság	Több párhuzamos valóság
Episztemológia	Abszolutista	Relativista
Tudás	Objektív, direkt, elmélet- vezérelt, hipotézisfókuszú	Szubjektív, non-direktív, adatvezérelt, interpretatív
Vizsgált jelenség	Materiális	Humán, intencionális
A reprezentáció módja	Metrikus	Diszkurzív
Az elemzés módszere	Deduktív	Induktív
Generalizálhatóság	Általánosítható	Leíró szinten maradó
Kutatási kérdés	Meghatározott: szűk, fix	Rugalmas, tág
A kutató attitűdje	Passzív	Aktív
Változók	Definiált és kontrollált	Nem definiált, nem kontrollált
Laikus nyelvezet használatának szerepe	Visszautasítja a laikus nyelvezetet, hiszen a tudományos nyelvezet képes leírni az objektív valóság jelenségeit.	Elfogadja és alkalmazza a laikus nyelvezetet, mint a társas interakciók közvetítő közegét.
Reliabilitás	Reprodukálhatóság, replikáció	Kutatói reflektivitás, trianguláció, módszertani következetesség

3. Módszertani alapozás

3.1. Száraz November kutatás:

Megszólaltatva az *Előszóban* bevezetett személyes narrátort, a doktoriát végző Dani történetében némileg már az előző kutatás kapcsán is, a most bemutatandó kutatás kapcsán pedig egyértelműen meghatározóak voltak az észlelt kutatócsoporti elvárások. Annak ellenére, hogy én is mindig aktívan részt vettem a Száraz November mozgalomban, mind a médiakampány tekintetében, mind tudományos oldalról, és annak ellenére, hogy a téma érinti a doktori témámat, hiszen bár a Száraz November nem alkoholfüggőknek szól, mégis köze van az addikció témájához. Mindezek ellenére tényszerűen kijelenthető, hogy sem a paradigmakutatás, sem a Száraz November kutatás nem az én projektem volt, a kutatócsoport már egy ideje tervezte ezeket a kutatásokat, mi pedig, PhD-hallgató társaimmal kivitelezte és megírtuk azokat. Ez egy nagyon fontos periódust jelent a doktori folyamatom szempontjából, hiszen gyakorlatilag az első két év során mások projektjeit valósítottam meg. Ez egyáltalán nem jelenti azt, hogy mindez haszontalan lett volna, hiszen a paradigmakutatás kapcsán is leírtam azokat a fontos tapasztalatokat, amelyek azóta is elkísérnek abból a kutatásból, és nemsokára bemutatom, hogy a Száraz November kutatás is rendkívül hasznos volt. Ezt azért tartom fontosnak megjegyezni, mert friss doktori hallgatóként nehéz eligazodni az elvárások között, a kezdő kutató igyekszik megfelelni azoknak és jól teljesíteni, hiszen szeretnénk, a kutatócsoport tapasztaltabb kollégáinak bizonyítani és beilleszkedni közéjük. Ez viszont azt is jelenti, hogy a saját kutatásaimról lekerült a fókusz, így a doktori folyamat második felében erősebb nyomás nehezedett rám az elsőszerzős publikációk abszolválásában. A személyes narratíva mellett a következőkben lássuk a kutatás főbb eredményeit. Ezt a kutatást már szeretném annak mentén bemutatni, hogy milyen kapcsolódási pontok alakultak ki a saját kutatási témámmal, az időhöz való személyes viszonyulással kapcsolatban, valamint, hogy mit vittem tovább ebből a kutatásból a saját, elsőszerzős kutatásaim kivitelezéséhez.

A Száraz November kezdeményezés a Kék Pont Alapítvány szervezésében valósul meg, immár évről évre rendkívül sok résztvevővel. Ebben a részvételi táborban az a különleges, hogy nem csak a novemberi hónapra korlátozódik az aktivitása, a résztvevők a kezdeményezés Facebook-csoportjában szinte egész évben tapasztalatokat, megéleléseket osztanak meg egymással alkoholfogyasztásukat illetően. A Száraz November nagyon hasonló az Egyesült Királyságban már elterjedt Dry January (Száraz Január)

kezdeményezéshez (Sajó, 2017). A Száraz November 2016-ban hozott először átütő sikert, néhány szemléltető statisztika mutatja ezt: a kihívás a Facebookon egymillió eléréssel büszkélkedhetett, az eseményt pedig megtekintette 71.000 ember, 13.000-en reagáltak rá, 11.000-en „ott voltak”, 13.000-en „érdeklődtek”. 2017-ben pedig már az egymás közötti kommunikációt támogató belső Facebookcsoport is létrejött, amelyhez 634 ember csatlakozott. Az esemény elsődleges célja, hogy az alkalmi alkoholfogyasztók, a szociális ivók magasabb önismeretre tegyenek szert ivási szokásaik és kontextusaik kapcsán. Ez az önismereti fejlesztés és öngondozás mind a szociális eseményeket, mind a résztvevők hétköznapjait célozzák. Azért a november hónapra esett a választás, mert megelőzi a decemberi ünnepeket, így egyben felkészít erre az időszakra, amikor az átlagos alkoholfogyasztás tipikusan magasabb. Vannak arra utaló eredmények, hogy ha valaki végigvisz egy józan hónapot, akkor a következő hónapban is kevesebb alkoholt fogyaszt (Kate, 2016). Tudományosan alátámasztott, hogy a száraz hónapot követően növekszik a résztvevők ital-visszautasítási hatékonysága (Drink Refusal Efficacy, DRSE, de Visser és mtsai, 2016). A Száraz November program célpopulációja az alacsony kockázatú ivókra és a kockázati ivókra fókuszál (Dawson, 2011). Határozottan nem célcsoport a problémás ivók (Miller, 1983) és az alkoholfüggők (APA, 2013). Az utóbbi két kategória esetében a részvétel szupervízió hiányában kockázatos is lehet az esetleges elvonási tünetek miatt.

Figyelembe véve a korábbi kutatási eredményeket (de Visser et al., 2016; de Visser, Robinson, Smith, Cass, & Walmsley, 2017) az alkoholfogyasztás rövid távú felfüggesztésével a Száraz November céljai individuális szinten a következők: az attitűdváltozás facilitálása abba az irányba, hogy az öngondoskodás mindsetje kialakuljon és megerősödjön; a közösséghez tartozás érzésének erősítése, az alkoholfogyasztással kapcsolatos tudatosabb attitűd kialakítása és megerősítése. Az individuális szinten túl a Száraz November céljai a társadalmi reflexió szintjére is kiterjednek. Ez Magyarországon főleg az alkoholpolitika és alkoholstratégia hiányára utal, egyúttal az egészségprevenció és -edukáció szintjeit is érintve. A magyar társadalomban ez kifejezetten fontos, figyelembe véve a WHO 2014-es eredményeit, mely felmérés szerint világszerte az egy emberre jutó átlagosan elfogyasztott tiszta szesz mennyisége 6.2 liter, 13.5 gramm naponta. A felmérés szerint ehhez az átlaghoz képest a magyarok kétszer akkora mennyiségbeli fogyasztási mutatóval rendelkeznek. Sajnos ezek az eredmények sem sarkalltak eddig arra, hogy kormányzintű hatékony alkoholstratégia alakulhasson ki (Varvasovsky, 1998).

Ebben a kutatásunkban (Pados, Kovács, Kiss és mtsai, 2020) tehát az időszakos józanságot megcélzó, egyre populárisabb kezdeményezések vizsgálatára helyeztük a hangsúlyt. Nemzetközi kutatások is alátámasztják, hogy az időszakos alkoholabsztinencia erősítheti az önismeretet, az öngondoskodást és az egészségtudatosságot is. Ezeknek az előzetes eredményeknek megfelelően ebben a kutatásban a magyarországi Száraz November résztvevők személyes élményeit és megküzdési stratégiáit vizsgáltuk egy egyhónapos alkoholabsztinencia periódusa alatt. A kutatást magát és az eredményeink értelmezését is egyaránt próbáltuk a lehető legkomplexebben beágyazni a magyarországi kontextusba, figyelembevéve az alkoholfogyasztási szokásokat, kulturális és társadalmi vonatkozásokat, valamint az alkoholpolitika releváns aspektusait. Módszertanát tekintve ezt a kutatást már természetesen kvalitatív szemléletben kiviteleztük, és 23 személy 30 napon át, heti 2 alkalommal kitöltött naplóbejegyzéseit elemeztük. Ezeket az adatokat ezután a tematikus analízis módszertanával elemeztük, hogy feltérképezhessük, azonosíthassuk, és értelmezhessek, hogy melyek azok a közös témák, amelyek meghatározóan előfordulnak egy ilyen időszakos absztinencia során. Főbb eredményeinket tekintve azt találtuk, hogy három fő téma emelkedett ki a résztvevők szövegeiből. Ezek a kihíváshoz való viszonyulás, a közösséghez való viszonyulás, valamint az alkoholhoz és az absztinenciához való viszonyulás voltak. Az eredmények azt is megmutatták, hogy a témákban nem volt meghatározó különbség a kihívást sikeresen teljesítők és a kihívást nem teljesítők körében. Ezeknek az eredményeknek a legfőbb konklúziója pedig az volt, hogy érdekes módon a résztvevők nem pusztán nemet mondtak egy hónapig az alkoholra, hanem további fejlődésekről is beszámoltak, sőt visszautasítási stratégiákat dolgoztak ki, hogy elkerüljék a szociális környezet negatív konfrontációját.

Azt, hogy mi köze van ennek a kutatásnak az időhöz, és az időhöz való személyes viszonyulás témaköréhez, jól mutatja az is, hogy már publikációnk címében is megjelenik a temporalitás (*Voices of Temporary Sobriety*) dimenziója. Az, hogy ez az önként vállalt absztinencia időkorlátos, dedikáltan harminc napra szól, különösen fontos eleme magának a Száraz November projektnek, és a kutatásunkban is határozottan megjelent ez a faktor. Egyrészt a kutatásnak a módszertana is a temporalitás dimenziójára reflektálva alakult ki, ugyanis a naplózókat minden héten hétfőn és pénteken kértük fel a naplózásra, hogy hétfőn tudjanak reflektálni a hétvége eseményeire, ahol esetleg szociális eseményeken hangsúlyosabban megjelenhetett az alkoholfogyasztás és annak visszautasításának kérdésköre, valamint pénteken, akkor pedig a hétköznapjaikról tudjanak beszámolni. Ez a

módszertani struktúra az adatfelvétel optimális időzítésére fókuszált. Másrészt az eredmények tekintetében is megjelent az a tendencia a józanság fenntartásában segítő elemként, amit összefoglalóan egy olyan altémaként fogalmazhatnánk meg, hogy „*ha már eddig eljutottam...*”, tehát a 30 napból teljesített idő egyfajta mentális erőforrást biztosíthat a büszkeségen keresztül, a további napokon megtartani a józanságot.

III. Átfogó bevezetés

Az elméleti bevezetőim a következő struktúrában épülnek majd fel. Az irodalmi áttekintés egy átfogó bevezetéssel kezdődik, amelynek információtartalma mindhárom elsőszerzős mű tekintetében releváns az idő kapcsán. Az átfogó közös bevezetés miatt viszont minden egyes elsőszerzős kutatást megelőzi majd egy specifikusabb, a konkrét kutatási témára vonatkozó kiegészítő bevezető.

1. Az idő filozófiatörténete

Az idő maga, és az időhöz való emberi viszonyulás problematikája a gondolkodás történetének kezdetétől fogva foglalkoztatja az emberiséget, hiszen ez kivételesen egy olyan filozófiai probléma, amelyről az öregedésen keresztül mindannyiunknak van közvetlen, empirikus tapasztalata, élménye. Az áttekintésnek már a legelején meg kell említenünk viszont, hogy pszichológiai szempontból jelen disszertációnak nem célja az időről definíciót alkotni (nem is tudna), az időt inkább abból a szempontból vizsgáljuk, hogy hogyan gondolkodunk és viszonyulunk hozzá. A két perspektíva között (mi az idő, illetve, hogy hogyan viszonyulunk hozzá) azonban majd megláthatjuk, hogy van átjárás, hiszen pl. Szent Ágoston (2006) is a mi az idő kérdésfelvetéssel indítja gondolatmenetét, aztán arról ír, hogyan viszonyulunk hozzá, majd visszacsatornázza a viszonyulásmódot a definíciókísérletbe. Azonban számunkra mégis inkább az ontológiai perspektíva helyett (létezik-e idő, mi az idő) a fenomenológiai perspektíva lesz fontos (hogyan viszonyulunk az időhöz, hogyan gondolkodunk az időről).

Bár minden bizonnyal az emberiség és a gondolkodók már korábban is elmélkedtek az idő természetéről számos aspektusból (Ungvári, 2017), mivel jelen disszertáció a nyugati kultúrkör kontextusán belül születik, és a szerző a nyugati filozófián szocializálódott, illetve annak okán, hogy a pszichológia alapvetően nyugati tudomány, az időre vonatkozó filozófiai áttekintésünkben ezen szempontok mentén szelektálunk. Így a görög–római filozófiával kezdjük az áttekintést. Megjegyzendő, hogy a filozófiatörténeti és pszichológiatörténeti összefoglalóban egyaránt nagyban építék szakdolgozatom (Kiss, 2017) szakirodalmi kutatásaira, viszont egyszerre jelentősen kibővítem és pontosítom az ott feldolgozott ismereteket.

1.1. A görög-római filozófia időkonceptiói

A görög-római filozófia (Bene, 2007) periódusán belül született meg a híres, mára már közszájon forgó felkiáltás: „*Nem léphetsz kétszer ugyanabba a folyóba*” (Platón, 1984, idézi Bene, 2007, 39. old.), mint a preszokratika korának legközkedveltebb hérakleitoszi mondata. Ebben a mondatban, leegyszerűsítve ugyan, de összesűrűsödik a hérakleitoszi időkonceptió. Elgondolásai szerint minden folyamatos, állandó változásban van, ezért az időbeliség központi helyet foglal el Hérakleitosz szellemi hagyatékában, mint a változáshoz alapvetően kötődő ontológiai entitás, a változás kézzelfogható megvalósulása. Leginkább a jelenségek önazonosságának problematikáját véve fontos Hérakleitosz számára az idő, hiszen elhíresült mondatát értelmezve, nemcsak a folyó habjai, de maga a folyóba lépő személy is más ember már egy következő alkalommal, amikor újra belelépne „ugyanabba” a folyóba, „ugyanazzal” a szelfjével. Az idő múlásának és az önazonosság kapcsolatának kérdésével olyan alapvető problémát fogalmazott meg, ami a mai modern pszichológiát is foglalkoztatja, akár csak a disszertációban később is megjelenő narratív identitás problematikájára gondolunk (én vagyok-e én, később is, amikor elbeszélem a korábbi énem). Korát megelőzve olyan magvas kérdéseket fogalmazott tehát meg ebben a kis hasonlatban, minthogy lehetünk-e egy bizonyos idő elmúltával ugyanazok, vagy folyamatosan változunk, de van mégis valami velünk kapcsolatban, ami változatlan?

Hérakleitosz elgondolásainak ellenpólusát Parmenidész elmélete jelentette a görög filozófia berkein belül, aki a létfogalom boncolgatásán keresztül arra az elgondolásra jutott, hogy igazából mindig csak van-okról beszélhetünk, volt-ok és lesz-ek nincsenek is, mármint ontológiailag sincsenek. Parmenidész tehát ilyenén egyértelműen tagadta az időbeliséget. Ha viszont tagadta az időt, az azt is jelentette ebben a filozófiatörténeti időszakban, hogy ezzel egyetemben mindennemű keletkezést, változást és elmúlást is, és ezen jelenségek közti átjárást is tagadott. Annak ellenére, hogy Parmenidész elmélete így meglehetősen radikálissá válik, a „van” hangsúlyozása fontos mérföldkő a jelenleg divatos mindfulness fókuszú nyugati gondolkodás történetében, hiszen az ebben az időszakban leginkább a buddhista kultúrák kontextusában volt elterjedt, nyugaton akkor még meglehetősen idegenül hatott.

A preszokratika időszakának másik „híressége”, Zénón közismert mozgásparadoxonai (Arisztotelész, 1999) kapcsán foglalkozott az idővel. Laikus közegben is közismert példája a mozgásparadoxonoknak Akhilleusz és a teknősbéka esete, amelyben

a teknős előbből indul, de Akhilleusz hiába fut lényegesen gyorsabban, mint ahogyan a teknősbéka vánszorog, sosem érheti utol, mert (elméletben) mindig csupán feleződik a köztük lévő távolság. Ezt hívjuk a felezés érvének a téri dimenzióban. Ugyanezt a koncepciót képviseli az a zénóni elgondolás is, miszerint (elméletben) nem tudunk kimenni az ajtón, hiszen a lábunk és a küszöb közötti távolság a végtelenségig feleződik. A nyíl paradoxona már ennél egy fokkal használhatóbb, és arra a problematikára utal, hogy (Zénón szerint) egy mozgó entitás egyszerre mozog, de kimerevítve egyes pillanatait, egyszerre nyugalomban is van. Ezzel ma is tudunk azonosulni, hiszen a moziban egy filmjelenetet kimerevíthetünk adott képkockákra is, illetve megtekinthetjük azt egységes folyamatában is. A nyíl paradoxona éppen ezért fontos, hiszen itt merült fel először hangsúlyosan a most fogalmának, a jelen pillanatnak a problémája. Zénón fejtegetéseiben a most egyszerre a múlt és a jövő közötti határpont, ahol folyamatosság nem lehet, csakis statikusság, és a most egyszerre egy jelen idejű időtartam is. Ez okozza a rejtvény nehézségét. Ez a rejtvény azért is különösen releváns, mert a pszichológiai időperspektívák kapcsán a modern elméletek is egyetértenek abban, hogy mind a múlt, mind pedig a jövő a jelen pillanatból megkonstruált reprezentációk (Zimbardo & Boyd, 2012), nincs tehát ontológiailag létük, csupán retrospekciók (múlt) és projekciók (jövő).

A görög filozófia emblematikus alakja, Platón (1984, idézi Bene, 2007) az idő kapcsán Zénónnal szemben nem a jelenre fókuszált, hanem a múlt kérdéseivel foglalkozik. Közismert, hogy anamnézis-elmélete szerint az életünk során megvalósuló ismeretszerzés valójában az életünket megelőző stádiumban tisztábban érzékelt ideákra való visszaemlékezés. Emlékezés, mégpedig azokra az időkre, amikor még nem ittunk a Léthé, vagyis a feledés vizéből, amelynek hatására ezeket az ideákat elfelejtettük, vagy legalábbis azok elhomályosultak emlékezetünkben. Ahogyan Zénón, Platón is elkezdett foglalkozni a pillanat fogalmával, amely egyszerre mozgás és egyszerre nyugalmi állapot, de ezt a paradox rejtvényt neki sem sikerült kielégítően megfejtenie és elmagyaráznia számunkra, az utókor számára. Anamnézis-elmélete viszont fontos a mentális reprezentációk szempontjából pszichológiailag, hiszen a reprezentációalkotásnak része az emlékezeti rekonstrukció és a jelen érzékeléssel való kognitív összevetés is.

A Platón mellett elengedhetetlenül megemlítendő Arisztotelész (1999) szerint az idő és a változás szorosan együtt jár, ahogyan ezt már Hérakleitosz is megfogalmazta. Az idővel szerinte az igeidők elemzésén keresztül érdemes és konstruktív foglalkozni, ezért ő is nekiveselkedik a Zénónnál már említett most paradox határfogalmának, annak érdekében,

hogy mélyebben érthetővé válhasson a jelen igeidője (Huoranszki, 2001). Azzal ő is egyetértett, hogy a mostok egymásutánja, és a két most közötti végtelen most jelensége többszörösen problematikus, de a megfejtést, sajnos nem olvashatjuk. Itt persze megjegyzendő, hogy a filozófia általános feladata nem is a válaszok megfogalmazása, hanem a kérdések feltevése, hogy a világ hétköznapi jelenségei mögé nézhessünk hatására, hogy valójában milyen bonyolult kérdéseket és problémákat is vet fel egy nyilvánzó repülése.

1.2. Patrisztika – Szent Ágoston

„Mi hát az idő? Ha senki sem kérdezi, tudom; ha kérdik tőlem, s meg akarom magyarázni, nem tudom. Merem állítani, hogy egyet tudok; azt tudniillik, hogy nem volna múlt idő, ha nem volna mulandóság; nem volna jövő idő, ha nem volna jövendő történés; nem volna jelen idő, ha egyáltalán semmi sem volna. De hogyan van meg az időnek két fajtája, a múlt és a jövő, ha a múlt már nincs, és a jövő még nincs? A jelen pedig, ha mindig jelen maradna, s nem menne át a múltba, nem idő volna, hanem örökkévalóság. Ha tehát a jelen csak úgy lehet idő, ha át tud menni a múltba, hogyan mondhatjuk róla, hogy van; hisz az ok, amelynek erejében van, éppen az, hogy majd nem lesz, – következőleg csak azért nevezhetjük valóságos időnek, mert arra törekszik, hogy ne legyen?!” (Augustinus, 2006).

A patrisztika időszakából ismert Szent Ágoston a *Vallomásokban* (2006) elemezte az idő problémáit (Kendeffy, 2007). Egyszerű, de mélyebbre ásva komplex kérdése az volt, hogy mit is csinálunk, mit is mérünk, amikor időt mérünk? A fő probléma ennek megválaszolásánál szerinte ugyanis az, hogy akkor, amikor elkezdjük megválaszolni vagy mérni azt, amit mérnénk, akkor a lemérendő múlt már nincs, a jövő még nincs, a jelen pedig, ahogyan korábban Zénónnál és Arisztotelésznél is láthattuk: a végtelenségig osztható egyre kisebb egységekre. Tehát az időmérés rögtön falakba ütközik azzal, hogy egyik igeidő vagy idősík sem felel meg a mérhetőség kritériumainak. Hosszú vagy rövid egy adott időtartam? – merült fel benne a probléma. E kérdés nehézségei miatt is, Ágoston az idő objektív felfogása helyett annak szubjektív élményére helyezi a hangsúlyt. Meghatározása szerint az idő *„...a lélekben van, tehát a lélek szétterjedése...”* (Kendeffy, 2007, 292. old.). Ágoston ezzel a gondolati erőfeszítésével meg akar minket szabadítani időfelfogásunk kondicionált természetétől, amelyet mintegy mintaként örökítettek ránk: *„Gyermekfejjel az tanultuk, s a gyermekeknek is azt tanítjuk, hogy háromféle idő van, múlt, jelen és jövő. Ki merné azt mondani, hogy nincs három, hanem csak egy...”* (Augustinus, 2006, 177. old.). Ágoston

merte: szerinte a három idő nem három idő, hanem a jelen három fajtája. Ágoston korát megelőzve korszakalkotó volt az idő szubjektív aspektusának hangsúlyozásával. Ezzel egyértelműen megalapozta a pszichológiában is az időhöz való személyes viszonyulás hangsúlyozottságát. Így mindenképpen Zimbardo és Boyd (1999, 2012) időperspektíva-felfogás előfutárának kell tekintenünk, hiszen a különböző személyes időperspektívák koncepciója sem az idő egyetemes, hanem az idő egyedi felfogásán, a lélekben az idő egyedi „mérésén” és interpretációján alapul.

1.3. Kora újkori filozófia

A korai újkori filozófia időszakában az időről szóló gondolatok leginkább a Leibniz (Leibniz és Clarke, 1956, idézi Boros, 2007b) és Newton (1981, idézi Boros, 2007b) közötti levelezési vitában jelentek meg (Huoranszki, 2001. Newton abszolút időfogalma azt fejezte ki, hogy az idő a világegyetem része (Boros, 2007b), ezért nevezzük az ő felfogását, vagyis a Newton-időt abszolút időnek, nézetét pedig realista (az idő, mint reálisan létező ontológiai entitás) nézetnek. Leibniz ezzel szemben relációs alapon fogta fel az időt, és deklarálta, hogy az ő gondolkodása szerint nincs olyan, hogy abszolút idő. Az idő szerinte két esemény közötti közelség-távolság, az idő viszonyfogalom (reláció), események közötti relációkat jelöl, segítve ezzel az emberi gondolkodás orientációs természetét (időben elhelyezni egymáshoz képest a velünk történt eseményeket és a világ történéseit). A fentebb idézett Leibniz–Clarke levelezésben kiéleződő ellentétek kapcsán a további filozófiai és természettudományos (lásd például Einstein) eredmények miatt itt inkább Leibniznek lehet igaza (már amennyire a filozófiában igazat szoktunk adni), ahogyan ez a továbbiakból kiolvasható az időfilozófia történeti szálán tovább haladva.

Immanuel Kant is Newton realizmusa ellenében foglalt állást az újkorban. Kant (2004) időfelfogása a realizmussal ellentétben idealista, ami azt jelenti, hogy az idő függ az emberi megismeréstől (Ullmann, 2007), tehát nem reálisan létező abszolútum, hanem szubjektív ideálé. Kant elmélete hasonlít Leibnizéhez abban, hogy az észlelt jelenségek szerinte is az időben rendeződnek bennünk (relációs elv), az idő a dolgok egymásutáni elrendezettségében nyilvánul meg, ez az időnek az egyik fő funkciója. Az időnek a mentális reprezentációkban betöltött szerepe kapcsán pedig Kant viszonylag egyértelmű akkor, amikor az írja, hogy az időre mindenféle világról való tudáshoz szükségünk van (Telegdi, 2004). Ezt a nézetet egyébként később osztotta a brit idealista Green is (Ambrus, 2007). Kant így az időt a *ding an sich* (magában való dolgok világa) világából kiemelve a *ding für*

uns (a világ számunkra) világába helyezi, és szerinte a reprezentációk kialakítására való képességben elengedhetetlen (Telegdi, 2004), így segítve ezzel az emberi megismerés komplex folyamatát. Kant újítása egyébként abban (is) áll, hogy eddig mind Leibniz, mind Newton párhuzamosan használta a tér-idő fogalmakat, Kantnál viszont a tér a külső érzékhez kapcsolódik, míg az idő a belsőhöz (Telegdi, 2004). Később a kanti nézetek tovább gondolása mentén vált az idő a sémák alapjává is. Ehhez kapcsolódik később Schopenhauer (1991) azon elgondolása is, hogy mennyire fontos, hogy a tudatunk egy időben strukturált külvilágot észleljen (Ullmann, 2007), amikor a világot, mint képzetet teremti meg.

Még a 20. század előtt, Kierkegaard leginkább a szorongás fogalmában teszi hozzá a maga gondolatait az idő filozófiai aspektusaihoz. Kierkegaard szerint azért helytelen az időt szétbontani, és múltként, jelenként és jövőként differenciálni, mivel maga a pillanat (lásd a zénóni és platóni problematikát) és a pillanatok összessége is egy folyamat, ezért az időben nincs se jelenidejűség, se múltidejűség, se jövőidejűség. Az idő szerinte „*végtelen egymásutániség*” (Kierkegaard, 2014, 360. old.). Ezzel Kierkegaard mindenkire képest újat mond, hiszen egyben meghaladja a klasszikus felosztást is, és az elköteleződést egyik vagy másik idősíkkal mellett is (Parmenidész, Szent Ágoston: jelen, Platon: múlt stb.).

A pillanat és a most paradox fogalmát tekintve a korábbiakban sokszor úgy fejeztem be az adott bekezdést, hogy pontos megoldást nem találunk. Kierkegaard megpróbálkozik egy értelmezhető magyarázattal, ami talán közelebb áll az emberi élethez, de ne legyenek illúzióink, ezt a fejtegetést sem könnyű interpretálni. Először is, Kierkegaard a pillanathoz az érzékiséget társítja, mivel szerinte az érzékiség csak a pillanatban létezik. Így pedig álláspontja alapján, a pillanat az örökkévalótól való elvonatkoztatás is egyben. Az örökkévaló pedig a jelenvaló. De az örökkévaló fogalmának köze kell, hogy legyen a jövőhöz is. Kierkegaard azt a megoldást ajánlja, hogy a jövőnek része a múlt is és a jelen is, a jövő tehát így egyfajta egészlegességet jelent. És a jövő lesz nála a szorongás kulcsa is, mivel a jövőbeliség az idő számára egyben a lehetségesség. Amit megfogalmaz, az mára terápiás alapvetés is: a múlt eseményei nem azért okoznak szorongást, mert megtörténtek, hanem mert a megismétlődés által újra jövőbelivé válhatnak. Ezért jelent például az ártatlanság szorongást, hiszen az ártatlan folyton szorong attól, hogy elveszíti ártatlanságát. Tehát végül Kierkegaard is egy idősíkot hangsúlyoz, hiszen annak ellenére, hogy onnan indulunk, hogy nem érdemes felosztani az időt múlt, jelenre vagy jövőre, és elköteleződni egyik idősíkkal mellett, oda jutunk el, hogy a jövő képviseli az egészlegességet, és a jövőhöz való viszonyulás leginkább meghatározója az emberi szorongásnak. Az apró ellentmondás

mellett mégis kijelenthetjük, hogy Kierkegaard eljut egy értelmes eredményre gondolatmenetének végére.

1.4. 20. századi kontinentális filozófia

A 20. századi kontinentális filozófia (Ullmann, 2007) jeles képviselője, a Nobel-díjas Henri Bergson (1889/1990) pszichológiai érdeklődése leginkább korai műveiben jelent meg hangsúlyosan, például a doktori disszertációjaként írt *Idő és szabadság* (1889/1990) c. műben.

Ő maga kétféle időt különített el. Az eddig tárgyalt szerzőkkel ellentétben nem két idősíkot, hanem egy külső, objektív, egynemű fizikai időt (amit az óráink mérnek) és egy belső, szubjektív, minőségi, nem mérhető élményidőt differenciált. Előbbi numerikus, mérhető, viszont valójában a tér kontextusához tartozik, időpillanatok egy lineáris vonalon, egymás után. Ez tehát egy diszkrét, kvantitatív sokaság.

Utóbbi viszont a személyesen érzékelt, azóta Bergson-időnek elnevezett idő, belső világunk saját ideje, eredeti nevén tartam (*durée*) (Bergson, 1907/1987). Ez, az objektív fizikai idővel ellentétben, órával nem mérhető, mivel individuálisan és kontextuálisan eltérő. Mivel az idő nem párhuzamos a térrel, az idő a tartamban szükségszerűen nem lehet lineáris sem, ez egy teljesen másféle sokaság, mint a mérhető idő kvantitatív sokasága. Ebben az időben megélt, kvalitatív sokaságról beszélünk, amelyben az elemek egymásra kölcsönösen hatnak, nem lineáris egymásutánban helyezkednek el, hanem szabálytalan interakciókban is állhatnak egymással.

Az idő mérésével Bergson a belső idő mérhetetlenségétől függetlenül is vitatkozik, mert szerinte az idő mérésével azt az alapvető hibát követjük el, hogy az időt tériesítjük. Emlékezhetünk, hogy Kant volt az korábban, aki megpróbálta már ezt hangsúlyozni, hogy az idő–tér kontinuumokat ne használjuk párhuzamosan, amivel kapcsolatban Leibniz és Newton még így tett. Bergson szerint az idő tériesítése viszont elhibázza az idő valós emberi tapasztalatát. Ez az érvelés talán jobban megérthető azon keresztül, hogy Bergson a teret kvantitatív, az időt viszont kvalitatív sokaságként értelmezi, a tartam ezért nem lineáris idő, így pedig nem is mérhető. Babits Mihály (1910) kiváló Bergson tanulmányában ezt úgy szemléleti, hogy míg a tér közömbös irányú és egynemű, és benne a jelenségek megfordíthatóak, az idővel ez nem így van. Babits Bergson időfelfogásáról a térrel szemben így ír: „*De ha magunkban nézünk, látni fogjuk, hogy velünk a dolog nem így van. Mi minden pillanatban öregsziünk, ami annyit jelent, hogy ránk nézve az idő minden pillanatban valami*

újat hoz, valami vissza nem térhető és visszafelé meg nem csinálható. A mi időnk csak egyirányú; az életet visszafordítani nem lehet. A mi időnk nem egynemű; sőt lényegileg különemű: minden pillanatban más, új. A mi időnk teremt, újat alkot minden pillanatban. Ez azért van, mert minden pillanatunkban benn van - tudunkkal vagy anélkül - egész múltunk, sőt őseink egész múltja; a múlt nem halt meg, hanem hat reánk; él testünkben, lelkünkben; egész valónk az egész múlt eredője; minden pillanat magában foglalja az egész múltat és valamit ad hozzá. Eszerint minden jelen pillanat lényegileg különbözik az összes megelőzőktől, mert egyik sem foglalhatott magába annyit, mint emez és sohasem térhet vissza ugyanaz, éppen úgy, ami már elmúlt.” (Babits, 1910, 2. o.)

Bergson a tudatra magára is kvalitatív szempontból gondol, hiszen állítja, hogy a tudatot csak minősége meghatározásokkal lehet jellemezni, nem mennyiségekkel. A tudati jelenségeket pedig nem redukálhatjuk mennyiségekké. Így szerinte például egy érzet, érzelem erőssége sem mennyiségi fokozat (csak azt hisszük, hogy az), hanem valójában minőségi változás. Mennyiség a tudatot illetően csak akkor létezhet, ha a tudatot tériesítjük, ezzel szemben Bergson viszont (mint az idő tériesítésével szemben is) ezt erősen kritizálja.

Teszi ezt főleg a Fechner-törvény kritikáján keresztül, aki szerint egy inger és egy érzet között mérhető kapcsolat van. Bergson szerint viszont ez lehetetlenség, hiszen a tudat minőségi különbségek alapján működik, nem pedig arányosságbeli növekedésen keresztül (Fechner esetében ez ugyebár úgy szól, hogy az inger logaritmusának arányában nő az érzet erőssége is).

A tériesítés problematikájához szorosan kapcsolódik az orosz irodalomtudós, M. M. Bahtyin narratív pszichológiai fogalma, a kronotoposz. A kronotoposz fogalmát nem lehet szebben megfogalmazni annál, ahogyan maga a szerző tette, kifejtve a tér-idő lehetséges viszonyát egymáshoz: „*A kronotoposzt az irodalom formális-tartalmi kategóriájaként értelmezem. A szépirodalmi kronotoposzban egy átgondolt és konkrét egészben forrnak össze a térbeliség és az időbeliség vonásai. Az idő összesűrűsödik, lerakódik, művésziileg láthatóvá válik, a tér pedig intenzívvé lesz, belesodródik az idő, a cselekmény, a történelem mozgásába. Az idő vonásai a térben nyilvánulnak meg, a teret pedig az idő révén fogjuk fel és mérjük. A művészi kronotoposzt a sorok e metszési pontjainak és vonásainak összeforrása jellemzi.*” (Bahtyin, 1974, 753. o.)

Bergson (1896/1993) további pszichológiai jelentősége, hogy a belső és a külső idő alapján különítette el az én mély és felszíni részeit. Szerinte tehát a test-lélek elkülönítést

nem a tér (Descartes-féle gondolati kör), hanem az idő alapján kell differenciálni, ugyanis míg a felszíni én homogén és lineáris időben él, addig a mély én heterogén, non-lineáris időben.

A tartam, mely szubjektivitása végett a szabadsággal jár kéz a kézben, a mély ént jellemzi, a felszíni én esetében pedig a világgal való adaptív kapcsolatunk jelenik meg. Bergson további pszichológiai érdeklődését tükrözi, hogy nemcsak az én elkülönítésében szánt szerepet a tér helyett az időnek, hanem az emlékezettel is foglalkozott. Szerinte az emlékezet klasszikus szemlélete is tériesítő (miszerint az emlékeket tároljuk valahol), a tiszta emlékezet viszont szerinte a tartamban valósul meg, ez pedig a tudattalanra utal. Bergson amellet érvel, hogy nem állíthatjuk szembe a múltat és a jelen, nem mondhatjuk azt, amit Ágoston mondott, hogy a jelen nem létezik, a múlt pedig már ne lenne. A múlt-jelen ellentétpárra vezeti be ezért emlék-képek (images-souvenir), valamint az észlelés-képek (perception-images) közötti elkülönítést. Ezzel kimondja, hogy a múlt és a jelen együtt is képes létezni a tartamban, tehát a múlt egésze együtt él a jellel (Ullmann, 2007c).

Az én a szabadság és az idő interakcióiról az alábbi (egyébként a ma emberének is megfontolandó) összefoglalást adja maga Bergson: *„Időnk legnagyobb részében önmagunkon kívül élünk, éünkből csak annak elszíntelenített fantomját látjuk, árnyékát, melyet a tiszta tartam a homogén térbe vetít. Létünk tehát inkább a térben, mint az időben pereg le; inkább a külső világnak élünk, mint magunknak; inkább beszélünk, mint gondolkozunk [...] Szabadon cselekedni annyi, mint visszavenni magunkat birtokunkba, visszahelyezkedni a tiszta tartamosságba.”* (1990, 191. o.)

Az időt a fenomenológiai paradigma felől megközelítő Husserl (1905/2002) az időtudat fogalmának bevezetője. Természetesen Husserl, mint a fenomenológia megalapítója sok minden másról is értekezett, viszont ezekről egyrészt később az Interpretatív Fenomenológiai Analízis kapcsán írok majd, másrészt az időtudat elemzéséhez kapcsolódnak Husserl egyéb, viszont gondolatiságát általánosságban is meghatározó belátásai. Már az időről szóló 1905-ös előadásai is meghatározóak voltak Husserlnek, ezeket később Heidegger adatta ki.

Az időtudatra koncentráló elgondolásai az azzal való vitatkozáson és egyet nem értésen alapul, miszerint a tudat pillanatnyilag megragadható lenne. Husserl szerint a tudat pillanatokként való elképzelése és annak reprezentálhatósága nem tartható továbbá a

filozófiai vizsgálódások kontextusában. Ehhez pedig a tárgyi időtől kell elszakadnunk, hiszen a tárgyi idő az, ami kelti azt a hamis feltételezést miszerint a tudat és a tudat általi észlelés egy adott pillanatban ragadja meg az észlelés tárgyát.

Hasonlóan a Bergson féle fizikai idő és tartam elkülönítéshez Husserl is a tárgyi idő helyett a tudat immanens idejét hangsúlyozza, az észlelést és az észleletet ugyanis ez tudja időbeli lefolyásában, kialakulásában, változásában és lezajlásában pontosabban lekövetni. Az immanens időhöz kapcsolódik további két fontos husserli fogalom, a tudat retencionális és protencionális természete. Ez azt jelenti, hogy (hasonlóan a tartamhoz) az intencionális tudat immanens idejében a különböző elemek folyamatos egymásra hatásban állnak, tehát az érzékelések nem egymásra rakódnak egy lineáris időben, hanem folyamatosan alakulnak és interakcióban állnak.

A retenció azt jelenti tehát, ahhoz járul hozzá, hogy egy tárgyat képesek legyünk változásában is észlelni, vagy egyazon tárgy különböző változatait is leképezni. Az észlelés tehát nem egymást követő mostok sorozata, hanem egymást követő retenciók sorozata. Ezzel párhuzamosan játszik releváns szerepet a protenció is, ami az elvárásainkat jelenti a következő észlelettel kapcsolatban. Ez ugyan, mint elvárás, a jövőre vonatkozik, mégis a jelenhez tartozik. A Husserl által ősbenyomásnak nevezett benyomást tehát a retenciók és a protenciók veszik körül, és ezek alakuló szerkezete alakítja ki a jelent (kitágított jelen).

Az idő vizsgálatában tehát kiindulópontként a tárgyi, objektív idő fogalmának kiküszöbölésére ösztönzött, és az immanens (belső) idejének fókuszpontba állítását propagálta, hogy az események és jelenségek észlelését ne statikus pillanatokként, hanem időbeli lefolyásukban képzeljük el. Erre vonatkozó életszerű példaként a dallam jelenségére mutat rá, amelyet időtárgynak nevez. A dallam időben keletkezik és létezik, hiszen a dallam nem a hangok egyenként való észlelése, hanem a hangok egy bizonyos ritmusban egymáshoz kapcsolódó időbeli észlelése. Ha csak puszta hangok vannak egymás után lejátszva és egy észlelő által észlelve, abból még nem áll össze egy dallam. Az időtudat Husserlnél egy fontos mentális jelenség, az intencionalitás megvalósulásának leképeződése is egyben. Az intencionális tudatra pedig ugyanaz jellemző, amit a dallam példáján láttunk, vagyis hogy nem pontszerű elemekként észleli az eseményeket, hanem azok természetes összefüggésében.

Husserl (1905/2002) kétféle intencionalitást különített el. Egy keresztintencionalitást, amely azt jelenti, hogy egy tárgyat észlelünk egy időpillanatban

(keresztmetszetileg) és egy hosszintencionalitást, ami a tudat azon képességét takarja, hogy lehetősége van egy tárgyat folyamatában, változásában lekövetni akár hosszabb időn keresztül (például ismerni és kapcsolatban lenni egy emberrel). Ez utóbbiban a tudat önmagára is irányul, hiszen belül hozza létre a folyamatában észlelés reprezentációját, mégpedig a korábban tárgyalt retenciók és protenciók által. Ha ennek kapcsán az időelemzéseket vesszük figyelembe, akkor kijelenthető, hogy Husserl úgy gondolja, hogy a hosszintencionalitás esetében nem különíthető el a forma és a tartalom, amelyet a forma megformál. Az időtudat tehát önmaga tartalma és formája egyszerre. Az időtudat tehát így benne van az időben, de annak az időnek az eredete is, amiben benne van. Ezért nevezi végülis Husserl az időtudatot önkonstituálónak, valamint abszolút tudatnak (Ulmann, 2007c).

Husserl tanítványa, Heidegger még inkább filozófiája fókuszába állította az időt (a lét mellett.) Ez elég egyértelműen kiderül leginkább közismert műveinek címeiből is: *Lét és idő* (1927/2001), *Az idő fogalma* (1933-34/1992).

Heidegger a *Lét és idő* bevezetésében részletesen ír arról, hogy a létre vonatkozó kérdést újra fel kell tenni, mégpedig helyesen kell feltenni, ehhez pedig ki kell dolgozni a létkérdést magát megfelelően, hiszen ezt eddig elmulasztotta a filozófia, és a létre való rákérdezést elintézte annyival, hogy vagy magától értetődő evidencia az, hogy mi a lét, vagy magyarázhatatlan. A létkérdést a jelenvalólét vizsgálatán keresztül bontakoztatja ki, ebből is látszik, hogy az idői vetület már a kérdés felvetésénél is releváns aspektusa a létezőnek (aki ugye rá tud egyáltalán kérdezni arra, hogy mi a lét). Ez vezet az ontológia újraakartatásához és újradefiniálásához.

A saját létéhez viszonyuló létezést és létezőt Heidegger egzisztenciának nevezi. Ezt az egzisztenciát pedig összekapcsolja az időbeliséggel. Heidegger az időbeliséggel fogalompárokra keresztül dolgozik, ilyenek az időbeliség-tulajdonképpeniség, időbeliség-történetiség, valamint az időbeliség és a vulgáris, mindennapi időfogalom párosa. Az időbeliség azért kap ilyen kiemelt szerepet, mert Heidegger a világba vetett lét egyik legfontosabb alapjellemezőjének azt tartja, hogy véges, tehát a halál felé tart, így aztán természetéből fakadóan alapjellemezője az időbeliség. A halál érdekes paradoxona viszont, hogy ha bekövetkezik, amikor bekövetkezik, akkor jelenvaló lét viszont már nincs.

Heidegger elgondolásai alapján tehát kijelenthető, hogy az emberi lét csak a létezés időbelisége alapján vizsgálható és érthető meg, a világba vetett lét legfőbb vonása, a *Dasein*

legrelevánsabb aspektusa pedig nem más, mint az időbeliség (Heidegger, 1927/2001; Kalmár, 2007). Az idő azért nyer ennyire fontos szerepet a heideggeri létmegértésben, mert Heidegger szerint az inautentikus lét az, ha valaki megfeledkezik a halálról (a jövő idősíkjának végső állomása), ezzel szemben az autentikus élet a végesség tudatosítása, az időben véges léttudat (tehát a jövőbeli halál jelenbeli szem előtt tartása).

A heideggeri terminológiában a múlt, a jelen és a jövő ún. alapviszonyulások, ahogyan az idő is egzisztenciálé. A múltat, a jelent és a jövőt az idő három eksztázisának is nevezi. Ezek az alapviszonyulások közül pedig a múltra a létbe belevettség elfogadása vonatkozik, a jelenre a helyzetekhez kötöttség, a jövőre pedig a halált szem előtt tartó, a jelenben realizáló létmód. Heidegger szerint utóbbi, a jövő eksztázisa a legfontosabb, az autentikus létmódhoz mintegy elengedhetetlen, mert nem a mostani meglétünk a fontos, hanem a halálhoz való viszonyulásunk folyamatos dinamikussága.

Heidegger szerint köznapi időfelfogásunkkal a probléma az, hogy az idő vulgáris értelmezése miatt nem látjuk helyesen az eredendő idő fogalmát (hasonló dinamikával működik ez, mint ahogyan a létfelejtést fejt ki). A vulgáris időfelfogás, mely szerint az idő mostok sorozata, Heidegger szerint helytelen szemlélet, és az eredendő időt a történetisége alapján érdemes inkább megközelíteni.

Az idő és a történetiség kapcsán Heidegger egyértelműen kijelenti, hogy a jelenvalólét alapvetően történeti jellegű. A történelemtudomány eredőjét is a jelenvalólét történetiségében látja. A mindennapi történelemértelmezéssel szemben a múltat viszont ő nem történések kollekciónaként látja, hanem mint a létezés alapvető történetiségének tanúságtevőjét. Az előző bekezdésben tárgyalt vulgáris idő-eredendő idő elkülönítése válik itt újra fontossá. Míg a vulgáris idő „időnbelüliséget” (Innerzeitlichkeit) jelent, amelynek homogén a szerkezete (hibásan) addig az eredendő (Zeitlichkeit) eksztatikus-horizontális szerkezetű (Ullmann, 2007c).

Az időfilozófia másik óriása, Paul Ricœur (1983, 1985, idézi Ullmann, 2007c) elmélete szorosan kapcsolódik Heideggernek az időbeliség-történetiség egymáshoz kapcsoltságának gondolatához. Ricœur neve még elő fog kerülni disszertációm későbbi szakaszaiban is, annál a kutatásomnál, amelyben a narratív pszichológiai elemzés módszertanát alkalmazom. Ricœur szerint tehát az idő és a narrativitás elválaszthatatlanok, az idő csak akkor idő, ha valamilyen narratív szerkezetbe ágyazódik és abban interpretálódik.

A narratívák és az idő kapcsolódását választott irodalmi időregényeken keresztül vizsgálja. Ezek számára a *Mrs. Dalloway* (2012), *A varázshegy* (1960), *Az eltűnt idő nyomában* (1983, 1995) című regények. Ricœur arra jut, hogy az idő eddig megoldatlan filozófiai apóriáit (most fogalma, nyíl paradoxona stb.) csak az idő narratív szemléletével lehet feloldani. Ebből épül ki azután nála a narratívidentitás-elmélet, mely a változás melletti önazonosság kérdéseit feszegeti (vö. Hérakleitosz), és kifejti, hogy az önazonosság csak önmagunkra és élettörténetünkre vonatkozó narratívák megalkotásán és fenntartásán keresztül lehetséges. A narratív identitás elméletét, és ennek kapcsán az önazonosság kérdését később McAdams, a narratív identitás kutatója vitte tovább a mai pszichológiában (pl. McAdams & Guo, 2015), ahogyan azt majd disszertációm narratív pszichológiát tárgyaló fejezetében később kifejtem.

Merleau-Ponty (2014) az előbb említett gondolkodókhoz hasonlóan hangsúlyozza, hogy az időiség, időbeliség a létezés egyik alapvető eleme. Figyelmeztet továbbá, hogy a jelen nem a múlt meghosszabbítása, az idő nem egybefüggő (hasonlóan Kierkegaard folyamat-konceptiójához). Ezzel tehát ő is azt vallja, hogy az idő nem lineáris, nem mostok egymás utáni lineáris sorozata. Csatlakozva az egyre dominánsabbá váló konklúzióhoz, Merleau-Ponty is elhatárolódik azoktól a korábbi időfelfogásoktól, amelyek az objektív időt lineárisan fogták fel, és amelyek a szubjektív időtudatot jelenbelinek gondolták.

1.5. Az idő a kortárs filozófiában: Rüdiger Safranski

Rüdiger Safranski *Idő* c. munkája (2017) kihagyhatatlan olvasmány az idő után érdeklődő számára. Művében remekül ötvözi ugyanis az idő különböző vetületeit, és az emberi viszonyuláson keresztül (pl. az unalom élményén) próbálja meg vizsgálni magát az időt. Ezért mind filozófiailag, mind pszichológiailag kiemelten értékes munka.

Safranski az időben mindig a jelen mesgyéjén vagyunk, hiszen a jelen előtt a múlt emléte, a jelen után a jövő nemlétje vesz körül minket. Tehát mindig egy már-nem és egy még-nem között vagyunk.

Safranski szerint kihagyhatatlan, hogy megvizsgáljuk az időt az unalom állapotában, hiszen amikor az idő megrekedését érezzük, az páratlan lehetőségeket nyújt annak vizsgálatára. Ebben az elgondolásban egyébként több nagy elődhöz kapcsolódik.

Scopenhauer szintén azt mondta, hogy az unalomban tapasztalhatjuk meg legjobban az időt. Ezzel egybehangzó néhány nagy író egy-egy elhíresült mondata is. Goethe (1965,

518. o.) például megemlíti egy angol úriembert, aki inkább fölakasztotta magát, mintsem, hogy minden egyes nap fel és le vetkőzzék. Thomas Mann a *Varázshegyben* (1960) állapítja meg, hogyha a napok nagyon hasonlítanak egymásra, akkor ezen napok sokasága valójában egy napnak is tetszhet. Beckett (1996) a *Godot-ra várva* című regényben az üres várakozást ábrázolja. Kierkegaard az unalmat jelöli meg olyan erőnek, amely alakítja a történelmet. A *Vagy-vagy* című művében (1978) arról ír, hogy az istenek unatkoztak, embert alkottak, majd Ádám unatkozott, lett Éva, majd ők ketten unatkoztak, jött Káin és Ábel, és így tovább. Blaise Pascal (2015) az unalommal kapcsolatban már-már pszichológusi, önismereti állításokat fogalmazott meg. Kijelentette, hogy az unalomban saját magunkat nem tudjuk elviselni, azt, hogy ezzel a magunkkal külső ingerek nélkül kettesben legyünk. Pascal már a 17. században megfogalmazta, hogy az ember az unalom elől menekül a külső szórakozásba, majd folytonosan e kettő között őrlődik. Safranski beszámol Heidegger (2010) egy 1929-30-as előadásáról is, ahol 150 oldalas előadást tartott, tette pedig mindezt azért, hogy felkeltse a közönségben az unalmat, hogy azt a helyszínen elemezni tudja.

Safranski szerint az idő ugyan megmerevedhet és ez ijesztő lehet számunkra, mégis az idő az, amely megadja azt a lehetőséget, hogy ne legyünk a múlt áldozatai. A jövőidő vizsgálata kapcsán az unalom mellett beemel egy másik hétköznapi tapasztalatot, a gond tapasztalatát is Safranski. A *Sorge* (gond) uralja ugyanis a jövőre irányuló tudatot, sőt Safranski egyenesen az időtapasztalat „ügyeletes érzékszervének” (11.o) nevezi a gondot. Teszi ezt azért, mert mindennel, amit teszünk, szerinte az időnek áldozzuk fel magunkat. Ez vezet el minket az óra, mint társadalmi intézmény uralmához. Az idő így társadalmivá válik, megpróbálunk a szabálytalanságban rendet tenni és mérni bizonyos eseményeket az órával. A társadalmi idő viszont gazdasági is lesz, az idővel kereskedünk is (pl. a munkánkban pénzért eladjuk azt). Az idő pénz – állítja a mondás is. A gazdasági túlfejlődés hatására pedig tönkretesszük önnön környezetünket, így jelenünk az idő többi része ellen támad.

Az ember tehát be van zárva a társadalmi és gazdasági időbe, viszont ezzel a bezártsággal nemigen van kibékülve. Szereti meghaladni saját határidőit. Ehhez kapcsolódik a világidő fogalma. A világidőt például a természeti ciklusok, a keresztény üdvtörténet, az evolúciós fejlődés története adja. Mindezek funkciója, hogy az idő monumentális halmazát értelmes narratívákkal töltsük meg.

Safranski (2017) munkájából számunkra mindezeket túl mégis a tudat belső idejére vonatkozó meglátások (vagy inkább kérdésfelvetések) a legrelevánsabbak pszichológiailag. Szépen ír erről maga a szerző: „Az idő múlásának tudatos élményében zajlik le ugyanis a

valós titokzatos átváltozása a valótlanná. Vajon hol a múlt, ha semmi ráutaló anyagi nyom nem létezik többé? Vajon így a tudat a megőrzés egyetlen helye? És ha fellép a felejtés, és a múlt darabjai magából a tudatból is eltűnnek, akkor ez olyan, mintha a múlt ezen darabjai soha nem is léteztek volna? [...] Minden ember legvégső tanúja valaminek, ami pusztulásával ugyanúgy visszavonhatatlanul a semmibe vész. A modern adattárolási médiumok ezen nem sokat segítenek, mert külső nyomokat tárolnak és nem belső állapotokat. Az idő tudata tárja fel az eltűnéstől való félelmet.” (13-14. o.).

Safranski az irodalom kapcsán viszont különös megfigyelést tesz, annak ellenére, hogy be vagyunk zárva az időbe és uralkodik felettünk az idő. Ezeknek az erős hatalmi jelzőknek ellenére képesek vagyunk játszani az idővel. Hétköznapi és szépirodalmi elbeszéléseinkben egyáltalán szabadon mozoghatunk benne, játékosan rendezhetjük azt és rendelkezhetünk vele. Az idővel való játék Safranski szerint az irodalom vonzereje, hiszen az örökkévalóságot ízelhetjük ezen keresztül, amely emberiségünk egyik leghőbb vágya.

1.6. Filozófiatörténeti záróakkord és összefoglalás

A klasszikus filozófusokon kívül meg kell emlékeznünk Einstein (2015, idézi Zimbaro és Boyd, 1999) relativitáselméletének időre vonatkozó aspektusairól. Közismert, hogy Einstein, Newton abszolút idejével szemben az idő relativitását hangsúlyozta, valamint rávilágított az objektívnek hitt időmérés problémáira azzal, hogy az idő mérése nem lehet független annak a rendszernek a sebességétől, amelyben mérjük. Ezt vitte aztán az analitikus filozófus, Reichenbach (1928, idézi Ambrus, 2007) is tovább, aki az órák tökéletes szinkronizálásának erősen korlátozott lehetőségeiről értekezett. Ezt azzal demonstrálta, hogy ha két ember a templom harangkongatásához állítja az óráját, tehát egy közös referenciapontot vesznek, az óráik akkor sem (és sohasem) fognak tökéletesen egyszerre járni.

Ebből a rövid és szelektív filozófiatörténeti összefoglalóból is látszik, hogy a gondolkodás történetének előrehaladtával egyre hangsúlyosabbá vált az idő relatív és szubjektív természete, és az időnek életünkre gyakorolt széles körű befolyásoló ereje. Összességében kijelenthetjük tehát átfogó konklúzióként, hogy nem az idő objektív aspektusai (már ha vannak ilyenek) fontosak, hanem az, hogy mi magunk hogyan viszonyulunk, éljük meg minőségében és hosszában, és értelmezzük magunkat és életünk eseményeit, valamint a világ jelenségeit az idő vonatkozásában.

Ezek után tekintsük át, hogy a pszichológia történetében (a filozófiától természetesen nem függetlenül) milyen nagyobb meghatározó elméletek, fontosabb eredmények jelentek meg az időről. Fontos itt is megjegyezni, hogy a következő pszichológiatörténeti áttekintésben inkább az idővel kapcsolatos átfogó ismeretek bemutatására törekszem az időpszichológia klasszikusain keresztül, mert az egyes specifikus időpszichológiai finomságokat (pl. igeidőváltás jelensége az elbeszélésekben) majd az adott kutatás specifikus bevezetőjében mutatom be.

2. Összekötő kapcsok a filozófia és a pszichológia között

2.1. Jean-Paul Sartre

Sartre az idő vizsgálatát fenomenológiai perspektívából, kezdetben az emlékezeten keresztül közelítette meg. Azért is tett így, mert az emlékezet állítása szerint az, amely életünkben koherenciát teremt, valamint az emlékezet az, amely feltételezi a múlt létezését. Oliver Sacks (2022) is leírja, hogy az emlékezet elvesztése drasztikus következményekkel jár, hiszen így a világban való létezés mindig csak különálló észlelések sorozata tud lenni. Sartre szerint az emlékezet az, amely ezt a fajta észlelést kivédi, azon keresztül időbelisítünk, időisítünk (temporalization) (Manser, 1989).

Sartre az idő vizsgálatában felhasználja McTaggart (1908) A és B-karakterisztika elkülönítését. Az idő A-karakterisztikája az időbeli történésekre vonatkozik, amelyek csak egy jelenből vett pontból írhatóak le (pl. ma tíz éve, hogy...). A B-karakterisztika pedig azon eseményekre vonatkozik, amelyek nem állnak kapcsolatban a jellel, meghatározásukban nem szorulnak rá arra, mint relációs pontra. Sartre az idő fenomenológiai leírásában az A-karakterisztikáról ír, míg a temporalitás ontológiája kapcsán a B-karakterisztikát mutatja be (Manser, 1989).

Sartre *A lét és a semmi* (1943/2006) című művében ezeknek kapcsán kifejti, hogy még az idő legtisztább (leginkább objektívnek hitt) formája is az emberi tudattól függ. Russel (1969) ezt azzal a prózai ténnyel mutatja be, hogy az európai nyelvekben például szinte lehetetlen úgy elbeszélni egy eseményt, hogy ne hivatkoznánk annak valamilyen, az elbeszélőhöz képesti idői aspektusára. Sartre művét sokszor Heidegger *Lét és idő* című művére adott válaszként tartják számon. Ebben a művében írja le az időre vonatkozó legfontosabb megjegyzéseit (Manser, 1989).

Sartre (1943/2006) szerint az én egy jövőbeli terv, szerinte mindig találkozókat beszélünk meg magunkkal a jövőben, ahol majd a jövőbeli énünkkel találkozunk és a jövőbeli énünk pedig már ott vár minket. Az ember aggodalmát abban a félelemben jelölte meg, hogy netán nem találjuk ott magunkat ezen a találkozón. A három igeidőt, múltat jelent és jövőt Sartre eksztázisoknak nevezi, és filozófiájának legfontosabb fogalmait, a szabadságot, a sorsot, a döntéseket mind az időiséghez köti. A döntéseink és az idő összefüggése kapcsán Sartre, ha úgy gondolunk az életünkre, mint egy vonatútra, akkor láthatjuk, hogy áthaladunk számos állomáson, viszont igazán jelen azokban a pillanatokban vagyunk igazán, amikor vonatot váltunk. A vonatút elmesélése lesz pedig az a narratív szelf, amelyet elmesélünk, hogy koherens legyen számunkra és mások számára az utazásunk (Manser, 1989).

Az idő problémáját viszont közel sem találta könnyűnek. Saját maga is bevallja, hogy az idő problémája okozta számára a legtöbb fejfájást, valamint, hogy az idő problémája előtt gyereknek érezte magát. Amit mégis megpróbált megfogalmazni, az az, hogy az emberi tudatosság az a tényező, amely képes folyamatosan a múltnak és a jövőnek egyszerre a tudatában lenni. A tudat tehát időbeli, a három eksztázis pedig kölcsönösen függ egymástól, egyik sem tudja önmagát saját maga, függetlenül definiálni. Erre vonatkozik Sartre totális temporalitás fogalma (Manser, 1989).

Ezen gondolatmenet mentén érthetővé válik, hogy Sartre nem favorizálja a jelent, annak ellenére, hogy az speciális szerepet játszik az eksztázisok között. Inkább a múltat tartja problematikusnak, mégpedig abból a szempontból, hogy a múlt nem létezik, annak rekonstrukciója a jelenben történik. Ha egy másik hasonlattal szeretnénk élni, akkor Sartre értelmezésében az életünk egy repülőút a jövőbe, tehát nem a múlt a fontos, nem az, hogy honnan repülünk, hanem hogy hova repülünk, és csak ez a jövőiesülés az, amely értelmet adhat a múltnak. Az énünk tehát egy, a jövőre irányuló folyamatos létesülésben működik. Ebből vonja le Sartre azt a következtetést, hogy nincs egy olyan időpillanat, amikor az énem teljes lenne, az én ugyanis az időbeli tervként létezik. Az én számára az időnek csak a halál vet véget (Manser, 1989).

2.2. *José Ortega y Gasset*

Az én állandó jövőiesülését egy másik idetartozó filozófus, José Ortega y Gasset is felvetette a Goyáról szóló művében (Ortega, 1983), mégpedig Sartre-hoz hasonlóan, *A terv, amit énnek nevezünk* c. fejezetben.

Ortega valójában már a narratív szelf létezésére hívja fel a figyelmet akkor, amikor arról ír, hogy az emberi élet nem egyes események szigetszerű egymásutánja, hanem egy drámához hasonló ívvel rendelkező folyamat. A dráma hajtóereje pedig szerinte az a valami, ami bennünk arra törekszik, hogy megvalósuljon. Ortega (1983, 66. o.) így ír erről: „...énünk minden egyes pillanatban az a valami, amivé úgy érezzük, hogy >>lennünk kell<< a következő pillanatban, és még utána is, hosszabb vagy rövidebb ideig. Az én [...] egy bizonyos terv, amelynek alapján léteznünk kell.”

Az idősíkok, múlt, jelen és jövő interakciójáról is meglepő szépséggel ír: „Az én mindig jelen idejű. [...] Az egy pillanattal korábbi énünk, az, aki voltunk, nincs többé, és többé nem én. Már csak egy olyan dolog, ami akkori énünkkel történt, és amelynek a jelenlegi, vagyis az egyetlen és igazi énünkre gyakorolt hatása úgy rezeg tovább ebben az énben, mint egy közeli visszhang. Egy pillanattal ezelőtti énünk visszhangjában egyúttal benne rezeg az eggyel korábbi pillanat visszhangja, és így tovább, visszhangról visszhangra, a reminiscenciák folyamatos láncolatán át visszatérünk a jelen pillanattól kora gyermekkorunk elmosódó határáig. [...] De ebben a jelenben egy jövő is megjelenik – az az erőteljes érzés, hogy a következő pillanatban akarunk lenni, még hozzá egy meghatározott módon. Az én a jövő fölött száll, előtte jár mindannak, ami már van, tehát jelenünk előtt is, és jelenünkből folyamatosan afelé tör, ami még nincs. A jelen pillanatot úgy éljük tehát át, hogy énünk folytonosan visszatér hozzá a jövőből.” (Ortega, 1983, 69-70. o).

A jövő ilyen kiemelkedő pozíciója kiváltképpen érdekes, hiszen olyan, mintha az énünk már előtte járna a jelennek. A lehetőségekkel teli jövő pedig tele van bizonytalansággal, bizonytalan lehetőségekkel, és pontosan ezt nevezi Ortega az ének, ezt a bizonytalan lehetőséget, amely én így folyamatosan jövőiesül (Ortega, 1983).

3. Az idő pszichológiatörténete

3.1. William James

A pszichológia hajnalán William James a gondolkodásról és az időről szóló elmélkedésében (Sacks, 2004) Hume-mal – aki a gondolkodást különálló pillanatokként képzelte el – szemben foglalt állást. James (1890, idézi Pléh, 2010) két egymással összefüggő fontos fogalma a tudatfolyam (vö. kierkegaard-i időfolyam) és a gondolatáramlás. E két fogalom röviden azt jelenti, hogy mivel a tudatban folyamatosság uralkodik, így a gondolatok megszakítás nélkül áramlanak. Tehát hibás ezeket a

folyamatokat pillanatokként időben felosztani, ahogyan azt Hume tette korábban. Ennek az érvelési rendszernek megfelelően az időperspektíva fogalmáról is hasonlóan gondolkodott. Szerinte az időperspektíva egyfajta tudás életünk egyes szakaszaira vonatkoztatva (ezek lehetnek akár jövőbeliek is mint anticipált tudás), viszont ez a tudás nem tiszta, hiszen folyamatosan és mindig vegyül a jelenlegi tudattartalmainkkal (Zimbardo és Boyd, 2012) is.

Némileg más megfogalmazásban, de mégis a jamesi időperspektíva-konceptióval egybehangzik Kurt Lewin (1942) definíciója is, miszerint az időperspektívánk nézeteink jelenbeli összessége, amit jövőnkkel és múltunkkal kapcsolatban alkotunk. A Jamesszel való hasonlóság tehát abban áll, hogy a múltra és a jövőre vonatkozó retrospekciót, illetve anticipációt a jelenből megkonstruálnak gondolják el (vö. Zénón).

3.2. Az időpszichológia klasszikusai

Az aktuális tudati jelen koncepciójával Fraisse folytatja a jamesi és lewini gondolatmenetet. Paul Fraisse-t nem kisebb tisztséggel szokás illetni, mint az időpszichológia atyja. *The Psychology of Time* (1963) című művében leírja, hogy implicit módon minden cselekedetünk és döntésünk függ az aktuális tudati jelenünktől, vagyis attól az élethelyzettől és annak személyes interpretációjától, amelyben éppen vagyunk. Ezen kívül pedig minden eseménytől, amit eddig átéltünk, valamint függ a jövőnkkel kapcsolatos prekonceptióinktól is. Fraisse szerint ettől az ún. aktuális időhorizontunktól függenek tetteink időbeli vonatkozásai és az azokra adott személyes interpretációink.

Hasonlóan a jamesi elgondoláshoz, miszerint az időről, vagy életünk idősíkjairól alkotott tudásunkba belevegyülnek a jelen tudattartamai, Robert Ornstein *On the Experience of Time* (1970) című művében hasonlóan kapcsolódott. Ornstein kognitív szempontból közelítette meg az idő megtapasztalását, és ezzel rámutatott arra, hogy mivel az idő érzékelése kognitív, általános pszichológiai folyamat, ezért, mint sok más kognitív funkció, ez is ki van szolgáltatva az illúzióknak, valamint az észlelési torzításoknak (vö. a mellékhelyiség melyik oldalán várakozunk). Szerinte minél több kognitív folyamat aktív, minél több mentális műveletet végzünk egyszerre, az épp adott időt annál hosszabbnak észleljük, éljük meg. Ez az áttörő elgondolás azért kiemelkedően fontos, mert megágyaz annak az elképzelésnek, hogy az időhöz csak személyesen, mindenki más-más módon tud viszonyulni az adott mentális és kontextuális beállítottságán keresztül.

3.3. Az időhöz való személyes viszonyulás és az altruizmus kapcsolata

Az elméletek után az időhöz való személyes viszonyulást kísérleti elrendezésben is elkezdte a pszichológia tudománya vizsgálni. Darley és Batson (1973) kreatív kísérletében teológiahallgatóknak előadást kellett tartaniuk az irgalmas szamaritánus történetéről a teológiai kampuszon. A hallgatók egyik felének azt mondták, késésben vannak az előadásukról, másik felüknek pedig azt, hogy még bőven van idejük odaérni, de akár már most, hamarabb is odamehetnek a helyszínre, ha akarnak. Az előadás helyszínére menet útközben a kísérletvezetők egyik beépített embere földre rogyva rosszul lett színlelt az út mellett. Akiknek még volt idejük az előadásuk előtt, szinte kivétel nélkül megálltak segíteni, azoknak, akik viszont elvileg (a kísérleti manipuláció alapján) késésben voltak, a 90%-uk nem állt meg (ironikus, hiszen teológusok, akik az irgalmas szamaritánusról készültek előadni). A hallgatók két csoportja között pedig egyetlen különbség volt csak: az időhöz való (mesterségesen manipulált, beállított) aktuális személyes viszonyuk. Nem személyiségbeli, hanem kontextuális és attitűdbeli viszonyuk.

3.4. A jövőidő-perspektíva kutatási térményése

Szintén hallgatókat vizsgálva, De Volder és Lens (1982) a Wallace (1956) által a skizofrénia kapcsán bevezetett jövőidő-perspektíva (FTP, Future Time Perspective) fogalmát vizsgálva Nuttinhoz (1964) hasonlóan azt találták, hogy azok a diákok, akik mentálisan inkább elővételezték a távolabbi jövőt, szignifikánsan jobb tanulmányi átlagokat szereztek. Tehát a jövő pozitív anticipációja motivációnövekedéshez vezetett a jelenben, pusztán az elővételezés mentális aktusán keresztül. Ezeknek az eredményeknek a nyomán így ebben az időszakban a jövőperspektíva-kutatás erősödött fel az időpszichológiában. Ezt a vonalat vitte tovább Zaleski is *Psychology of future orientation* (1994) című klasszikus művében. Ebben vizsgálja az ember viszonyát a jövőhöz, a célok, motivációk, remények, félelmek jövő idejű témái kapcsán, amelyek a jövőből a jelenbe hatnak. Foglalkozik továbbá a jelenben való tetteink jövőbeli következményeinek kérdésével is, az események bejósolásával és a jövőhöz való optimista és pesszimista hozzáállás lehetséges különbségeivel. A jelenbeli tettek, döntések jövőbeli következményeinek témaköre már nem csupán az időpszichológia szűk érdeklődési körére vonatkozik. Átvezet például a döntépszichológia, a viselkedéses gátlás, az azonnali kisebb jutalom, vagy a hosszabb távú, de nagyobb jutalom közötti döntések kérdésköréhez (pl. Fredrick, 2005, Kahnemann, 2013), melyek az idő ökonómiájának témakörébe tartoznak.

Mivel mind a filozófiatörténeti, mind a pszichológiatörténeti áttekintésben sokféle időfogalom megjelent, a fogalmi tisztázáshoz segítségül szolgálhat Hulbert és Lens (1988) differenciációja. Az idővel kapcsolatban az idővel kapcsolatos attitűd, és az idői orientáció fogalmát igyekeztek elkülöníteni. Az idővel kapcsolatos attitűd pozitív vagy negatív viszonyulást jelent a három közül valamely idősík felé. Az idői orientáció a három idősík közül dominánsan preferált egyiket jelenti. Hulbert és Lens ebben a cikkében egyébként értékes táblázatban (1988, 282-287.old.) foglalja össze az idővel kapcsolatos addigi empirikus kutatásokat. Cikkük ezeket a fogalmi következtetéseket egy később számunkra is konkrétan érdekes témát, az időhöz való viszonyulás és az alkoholizmus összefüggéseit vizsgálva vonja le. Egyébiránt fontos látni, hogy az időperspektíva fogalmától eltekintve a mai pszichológiában sincsenek még megfelelően differenciálva ezek a fogalmak, és gyakran párhuzamosan használjuk őket, nagyjából ugyanazokat a jelenségeket értve alattuk, de sajnos mégis sokszor összemosva a különböző jelentéstartományú definíciókat, fogalmakat.

3.5. Az idő geográfiája

Az elméletek és a mesterséges laboratóriumi körülmények között végzett vizsgálatok után Robert Levine (1997) üdítően életszerűen vizsgálta az idő alapvető hatását életünkre. Az *A Geography of time...* című munkájában bizonyos városok és országok lakosainak időhöz való hozzáállását elnevezte élettempónak. Az élettempó a vizsgálatban a társas közeg uralkodó normatív viselkedéséből fakadt. Az élettempó konstruktumát úgy operacionalizálta, hogy városokban az emberek járási sebességéhez, az órák pontosságához stb. hasonló általános tényeket figyelt meg és rögzített, majd ezek alapján számította ki az adott város vagy ország ún. élettempóját. Azt találta, hogy a nyugat-európai országok élettempója volt a leggyorsabb (élen Svájc), míg Mexikó élettempója bizonyult a leglassabbnak. Bebizonyította tehát, hogy az élettempó földrajzilag változik. Ez pedig Darley és Batson (1973) korábban bemutatott vizsgálatához hasonlóan meghatározta az adott városokban, országokban valószínű segítségnyújtást: a leggyorsabb országokban voltak az emberek a legkevésbé segítőkészek, altruisztikusak. A földrajzilag különböző időperspektívákból fakadó konfliktusoknak jó példáját hozza Olaszország elemzése kapcsán. A Lega Nord mozgalom azt próbálja ugyanis egy ideje elérni, hogy Olaszország szakadjon ketté északi és déli államokra. Szándékukat azzal magyarázzák, hogy jövőorientált, dolgozó északolaszként nem akarnak adót fizetni a jelenorientált, hedonista délieknek. Láthatjuk tehát, hogy az időhöz való viszonyuláson akár életek is múlhatnak

(Darley & Bateson, 1973) és komoly társadalmi és politikai kérdésekké is fajulhatnak az időhöz való személyes viszonyulásaink különbségei.

3.6. Az idő szociológiája

Az időhöz való viszonyulás záró kitekintéseként fontos megjegyeznünk azt, hogy az időhöz szinte sosem egy konzervált, zárt pszichológiai térben, absztrahálva viszonyulunk, hanem egy társadalmi kontextusban. A szociológiai szempont beemelésével párhuzamosan fontos megkülönböztetnünk a konstruktivizmus és a konstrukcionizmus fogalmát, annak ellenére is, hogy ezt a fogalmat a disszertációban eddig párhuzamosan, szinte szinonimaként használtuk, ahogyan azt a szakirodalom is leggyakrabban teszi (Bryman, 2016; Kovács és mtsai, 2019). Szociológiai szempontból mégis meg lehet fogalmazni két árnyalatot (Floridi, 2011), miszerint a konstruktivizmus inkább a belsővé tett élményeket, tehát esetünkben az időhöz kapcsolódó élmények és az időhöz való viszonyulás belsővé tett élményét jelenti, míg a konstrukcionizmus inkább azt jelenti, hogy a társadalmi szereplők hogyan közösen az idővel kapcsolatos tapasztalataikat és az idő társas-társadalmi klasszikus szimbolikáit.

Ahogy eddig is bemutattam, természetesen fontos a személyes szint, hiszen az időhöz való harmonikus viszonyulás kiemelten lényeges tényezője lelki egészségünknek (Vas, 2005), az idő dimenziójához való adaptív alkalmazkodás és az abban való adekvát tájékozódás az identitás fontos alapja), hiszen az időtapasztalás adja a lét folytonosságának érzését (B. Erdős és mtsai, 2006.)

Azonban nem elhanyagolható a társadalmi kontextus sem, hiszen az idő, mint a lét negyedik dimenziója a társadalmi események, élettörténeti változások kerete (B. Erdős és mtsai, 2006).

Ez a gondolat már Leibniznél is megjelenik, az időről, mint orientációs elvről beszélt, ami az egyén és a társadalom életét szervezi, relációs segítséget nyújtva. Gondoljunk csak bele, mennyire megnehezedne a társadalmi együttműködés, ha az időhöz kapcsolódó egyéb humán tényezők, mint például az emlékezés, a reflektálás, a jövő anticipációja nem az idő szimbolikus szabályainak megfelelően működnének. Még egy egyszerű kommunikáció is problémássá válna, ha az időszimbólumoknak nem lenne egységes használta.

Azonban a nyugati civilizáció sajátossága lett mostanára, hogy ezek az időszimbólumok átvették felettünk az uralmat. Günter Grass *A bádogdobban* így ír erről:

„A felnőtteknek az órákhoz való viszonya azonban rendkívül különös és gyerekes – ilyen értelemben én nem is voltam soha gyerek. Közben alighanem az óra a felnőttek legnagyobb alkotása. De ahogy ez már lenni szokott: amilyen mértékben a felnőttek alkotni szeretnének, és szorgalommal, becsvágygal és egy kis szerencséivel alkotnak is, nyomban azután, hogy létrehoztak valamilyen korszakalkotó találmányt, a rabszolgái lesznek.” (Grass, 1973, 94-95. o.).

Ez főleg a kapitalizmus felfogásához köthető. Thompson (1990, 107. o, idézi B. Erdős és mtsai, 2006) így ír erről az idői társadalmi követelésről: „...egy fejlett kapitalista társadalomban minden időt ki kell tölteni, el kell adni, hasznosítani kell...”

A korábban társadalmilag jellemzőbb kötetlenebb munkaidőt a kapitalizmussal felváltotta a kötött idejű munka, amelynek elidegenítő pszichés keretében eladjuk az időnket a bérért cserébe, és emellett megpróbáljuk a szabadidőnket is *hasznosan* eltölteni, az persze relatív, hogy mi a hasznos időtöltés szubjektív és piaci értelemben.

Pilinszky klasszikusában a hétköznapok és az ünnepek idői viszonyáról úgy ír, hogy:

„Hétköznap és ünnep: kölcsönös megtermékenyítői egymásnak.

Az egyik nemcsak mértéke a másiknak, de emelője is.”

(Pilinszky, 1966, 1. o.)

A fogyasztói civilizációban viszont az ünnepek paradox szerepet töltenek be: egyszerre akadályává válnak a termelésnek, másrészt jellegük fogyasztói aktusokhoz kötődik (ajándékozás rituáléja).

A paradoxon abban is áll, hogy az ünnepek eredeti rituális funkciója a korábbi társadalmakban az volt, hogy a ciklikus időszemléletet hangsúlyozzák azzal, hogy bizonyos időszakok hasonló formákban köszönnek vissza újra és újra. Ez alapozta meg a keresztényi örökkévalóság vagy a buddhista örök körforgás alapszemléleteit. Ezeket az spirituális élményeket próbáltuk átélni ezekben az ünnepekben.

Viszont a fogyasztói aktusok megváltozásával az ünnepek ciklikusságra emlékeztető természete helyett a társadalmakban megszilárdul a lineáris időszemlélet, így az ünnepi helyzetek és az évek soha vissza nem térő tapasztalássá alakultak (Elias, 1990). Ez a változás azért történik meg, mert az évről évre alakuló fogyasztási szokások változása az ünnepek jellegét is változtatja, tehát a ciklikusság tapasztalása csökken, a lineáris változásé

nő. Ezzel viszont az a társadalmi és egyéni probléma, hogy a lineáris idő egyirányú, tehát a halál felé vezet.

3.7. Az idő a mélylélektanban

Az idő pszichológiájának kifejtésében a mindennek alapját képző mélylélektanról sem szabad megfeledkeznünk. Meg kell emlékeznünk azért is, mert különös érdekesség az időpatológia jelensége. Safranski (2017) bemutatja Viktor Emil von Gebsattel pszichiáter egy esetét, amelyben megjelenik az időre vonatkozó kényszeres gondolkodás. Gebsattelnek egy páciense mesélte, hogyha madárcsicsergést hall, arra gondol, az hány másodpercig tartott, a vízcsöpögés pedig elviselhetetlen volt számára, mert azt jelentette, hogy megint eltelt egy újabb másodperc.

Pintér Judit Nóra (2011) *A nem múltó jelen* c. doktori disszertációjában bemutatja, hogy a pszichoanalízis kezdeteinél Freud számára az idő kiemelt jelentőséggel bírt, mégpedig két szempont, a tudattalan időtlensége és az ismétlés koncepciója kapcsán. Freud az *Álomfejtésben* (1900/1999) hangsúlyozza, hogy a tudattalanban nincs idő és nincs okság sem, tértől és időtől független szabad kapcsolódás és áramlás van. Freud legfontosabb megjegyzései az időről mégiscsak az emlékezés és az ismétlés (Freud, 1914) területét érinti. Pintér (2011) szépen mutatja be ezt:

„Azt tehát láthatjuk, hogy a tudatelőttés-tudatos rendszer előtt lényegében két lehetőség áll egy múltbeli eseménnyel kapcsolatban: emlékezés vagy elfojtás, amely utóbbi változatos formákban nyilvánulhat meg. Ilyen például maga az elfelejtés – az analízisben ugyanis koránt sem esetleges, hogy mit felejtünk el és mire emlékezünk. Szintén az elfojtás terméke az ismétlés, amely az emlékezés helyett történik, ugyanakkor részben mégis az emlékezet torz, patológikus formájának tekinthető: a szubjektum ugyanis nem emlékezik arra, amit elfojtott, hanem cselekvésben ismétli meg. Tehát nem az emlékezetben reprodukálja, hanem a cselekvésben. Ráadásul anélkül ismétli, hogy tudná, hogy valójában ismételi. Például a páciens, aki ahelyett, hogy emlékezne arra, hogy lázadt a szülői tekintély ellen, ugyanezzel az attitűddel fordul környezete és a terápiában az orvosra felé. Ez az ismétlés tehát nem tudatos, hanem kényszer hajtja, és nem egyszerű felismerni, hogy a szubjektum tulajdonképpen ilyen módon, ilyen kerülő úton >>emlékezik arra, amit elfojtott<<. Tehát látható, hogy a normál emlékezés helyett elfojtott „emlékek” szintén felszínre kerülnek, azonban nem a tudatos kontroll, azaz aktív előhívás hatására, hanem tudattalan kényszer

hatására, passzívan. Ez a különbségtétel mind a nosztalgia, mind a trauma kapcsán lényegi jelentőségű lesz.”

Megjegyzendő viszont ehelyütt az is, hogy Safranksi (2017, 41. o.) a freudi pszichoanalízis időhöz való viszonyulásáról viszont kritikusan így ír: „...az ilyen felejtés kifejezett megütközést vált ki a pszichoterapeutákból. Gyorsan rövidre zárják a kérdést azzal, hogy a gyógyító hatású felejtést elfojtásként értelmezik, és ügyfeleiket előszeretettel küldik vissza korai gyermekkoruk állítólagos ősjeleneteihez, melyekből csak nehezen lehet ismét kilábalni. Bár azt állítják, hogy a múlt feldolgozása megszabadít a múlt hatalmától. Mégis gyakran azt tapasztaljuk, hogy a figyelem által ostromolt múlt épp, hogy nem akar elmúlni. Közismert, hogy Freud az embereknek énjük szuverenitását akarta visszaadni. Nem kellene többé egy olyan múlt uralma alatt élniük, melyet nem ismernek és melyen nem kerekedtek felül. Meg kellene törni a régmúlt traumák által előidézett ismétlési kényszereket. Freud a jelenre és a jövőre irányuló nyitottságot célozta meg. Ismét abba a helyzetbe kellene hozni az embert, hogy kezdjen magával valamit. Ám ha belegabalyodunk az elmúlt dolgok mítoszaiba, egyre valószínűtlenebbé válik, hogy sikerülhet egy új kezdet.”

A freudi pszichoanalízis erősen múltfókuszú időfelfogása után Otto Rank 1924(/2017) -es *A születés traumája* c. művével bekerült mind az elméletbe mind a gyakorlatba a terápiás kapcsolat itt és mostjára való fókusz. Rank, közeli barátjával Ferenczivel való együttműködésével elkezdtek az elfojtás fogalma helyett a tagadást használni. Ez apró, mégis jelentős különbség, hiszen az elfojtás arra utal, hogy valamit a múltba zárva elnyomtak, míg a tagadás fogalma a jelenbeli tagadásra fókuszál.

Az itt és most fogalma később természetesen jelentős hangsúlyt kapott a Ranktól sokat tanuló Rogers (2010) humanisztikus terápiás, jelenfókuszú gyakorlatában és elméletében.

Egy másik, Ranktól szintén nem független irányzat, az egzisztenciális pszichológia is jelentős újítást fogalmazott meg az időhöz való viszonyulás terápiás értelmezésében. Már Rank háziiorvosánál, Adler individuálpszichológiájában is feltűnik a fiktív finalizmus gondolata, amely azt jelenti, hogy életünk, egy elképzelt, egyelőre meg nem valósult (és talán soha meg nem valósuló) jövő felé törekszik, amelyet a céljaik felé való törekvés motivál. A várakozások szerinte erősebben motiválnak, mint múltbeli események. Ezek a célok ugyan a jövőben vannak, viszont nem valóságosan a jövőben, hanem a tudatunk jelenlegi fikciójában, tehát a törekvések a jelen szubjektív tudatállapotában itt és most léteznek (Marosi Máday, 1995).

Később az egzisztencialista Frankl logoterápiás iskolája abból az alapvetésből indult ki, hogy a traumával szembeni pozitív adaptáció az értelem keresése és akarása. Ez az értelem pedig sokszor (a logoterápia szerint) jövőbeli célok által meghatározható, hiszen jövőbeli cél nélkül a jelen szenvedésében szinte lehetetlenég értelmet találni (Frankl, 2005).

Adler és Frankl után (nyilvánvalóan mindkettőjük hatására is) végül Yalom (2019) jut el odáig, hogy megnevezze az egzisztenciális pszichológia idősíkját. Ezt pedig úgy fogalmazza meg, hogy ez a terápiás igeidő a jelenné váló jövő. Így integrálja az adleri fiktív finalizmust és a Frankl-féle jövőfókuszot.

Összefoglalásként él a gyakorló szakemberek között egy olyan mese, vagy kép, amely jól leírja a különböző irányzatok időhöz való viszonyulását. Ez a mese arról szól, hogy egy ember elakad a szekérével a sárban. Freud odamegy a hátsó kerékhez (a múlt szimbóluma) és megnézi, hogy mi lehet hátul az, amiben elakadt a szekér. Rogers felül a bakra a kocsis ember mellé és átérzi, hogy milyen nehéz ez, hogy most elakadt. Frankl a szekér elé megy, és keresi, hogy mik azok a segédeszközök, erők, amelyek ráköthetők a szekérre előlről, hogy kihúzzák a sárból.

IV. Első kutatás bemutatása – időperspektívák kutatása

Kiss, D., Szél, Zs., Gyarmathy, A. V., & Rácz, J. (2020). Associations of time perspectives and attitudes towards seeking professional psychological help. *Polish Psychological Bulletin*, 51(1), 62-70.

1. Bevezetés

Tekintve, hogy rögtön az MA befejezése után felvételt nyertem a doktori iskolába, nem meglepő, hogy az egyetemi tanulmányaim végeztével az idő pszichológiája mellett az a kérdés foglalkoztatott, hogy valaki miért kéri pszichológus segítségét, más pedig miért nem. Első elsőszerzős publikációm (Kiss és mtsai, 2020) a szakdolgozati kutatásomat fejlesztettem tovább abban a témában, hogy hogyan függ össze az időhöz való személyes viszonyulásunk azzal, hogy kérünk-e adott esetben professzionális pszichológiai segítséget.

Utólag visszatekintve egyáltalán nem bántam meg, hogy egy már elvégzett kutatást (szakdolgozat) fejlesztettem tovább nemzetközi publikációvá. Ugyanis az első elsőszerzős publikációs próbálkozásom során igencsak fel kellett vértennem magam a nemzetközi publikációk területén, több szempontból is. Először is a visszautasítások kezelése kapcsán: ekkor fejlődött ki bennem az a fajta reziliencia, melynek segítségével képes vagyok adekvát módon fogadni a folyóiratoktól érkező elutasításokat.

Természetes, hogy ilyen esetben az ember csalódottságot érez, azonban én a kezdeti időszakban megkérdőjeleztem a visszautasítások mentén a saját kompetenciáimat. Azonban amint több tapasztalatot szereztem, megtanultam, hogy a visszautasítás természetes része minden cikk publikációs folyamatának.

Másrészt rám nehezedett a végeláthatatlannak tűnő review körök (jelen cikk esetében 4) mentén felmerülő átdolgozások, javítások, újragondolások, pontosítások terhe. Nagyon hasznos volt ez a folyamat abból a szempontból is, hogy megtanultam az editorokkal és a reviewerekkel hatékonyan kommunikálni. Ebből a szempontból nem is bánom, hogy elsőszerzős cikkeim indulásaként egy kisebb, szerényebb impact faktorú folyóiratot választottam, mert tapasztalatlan elsőszerzős kutatóként itt még csak bontogattam a szárnyaimat, viszont ez a review folyamat remekül megágyazott a későbbi, komolyabb folyóiratokkal való asszertív kommunikációnak.

A pszichológiai segítségkérés facilitálását a jövőorientáció erősítésén keresztül nem csupán saját érdeklődésem miatt tartottam fontosnak, hanem a mentális egészség magyarországi helyzete mindig is prioritás volt számomra az Illyés Sándor Szakkollégiumban megismert kutatói társadalmi felelősségvállalás nyomán. A mentális problémák és a mentális egészség témaköre így az első két elsőszerzős publikációmban egyaránt megjelenik.

1.1. A mentális egészség és a pszichológiai segítségkérés globális helyzete

A pszichológiai distressz és a mentális problémák nemzetközi állapota is aggodalomra ad okot, de sajnos Magyarország helyzete ebből a szempontból még inkább aggasztó. Nemzetközi szinten is magas a már a mentális egészség területén is problémákat okozó pszichológiai distressz (27% körül alakul az átlagpopulációban Drapeau, Marchand, & Beaulieu-Prévost, 2012-es adatai alapján), és globálisan is megfigyelhető jelenség a felnőttek között a segítségkérés elkerülése (Bland, Newman, & Orn, 1997) és a csendben szenvedés, a „megoldom magamban” kultúrája, még akut krízis, vagy krónikus probléma esetén is. Ausztráliai statisztikai adatok szerint az ismert mentális problémákkal küzdőknek csupán kb. 35%-a kér segítséget (Australian Bureau of Statistics, 2007, idézi Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Hunt és Eisenberg (2010) átfogó vizsgálata pedig megmutatta, hogy a depresszióval diagnosztizáltak mindössze 24%-a részesül végül segítségben, a szorongásos zavarokkal küzdőknek pedig csupán 20%-a.

Egy meglepő eredményeket hozó kutatás pszichológushallgatók körében vizsgálta a mentális segítségkérési hajlandóságot. A vizsgált mintában a pszichológushallgatóknak csupán egy negyede fordulna professzionális pszichológiai segítséghez szükség esetén (Thomas, Caputi, & Wilson, 2014). Emellett az egynegyedes arány mellett 77%-uk a professzionális segítség helyett csupán informális (család, barátok) segítséget kérne. Ennek a kutatásnak az eredménye felveti azt a kérdést, hogy mitől ilyen óvatosak a pszichológushallgatók, a stigmatizációtól félnek-e, esetleg azt gondolják-e, hogy leendő pszichológusként nem lehetnek problémáik (suszter cipője), vagy félnek, hogy majdani kollégáik szemében esetleg esetté válhatnak?

Bár a professzionális beszélgetés (céljától függően) természetesen több nyilvánvaló szempontból hatékonyabb, mint az informális beszélgetés, a társas támogatás mégis fontos támogató faktor mindenféle pszichológiai distressz esetén. A kérdéses alpopulációt inkább azok a hallgatók jelenthetik a kutatás eredményei között, akik inkább alkoholt fogyasztának segítségkérés helyett (a hallgatók 39%-a válaszolt így), valamint azok, akik inkább valamilyen drogot fogyasztanak mentális nehézségek idején segítő beszélgetés helyett (15%) (Pierceall & Keim, 2007).

Ez a fajta helyettesítési próbálkozás, tehát valamilyen szerrel csillapítani a fájdalmat segítségkérés helyett, vagy nem helyettesíteni semmivel, csupán hagyni a distresszt professzionális beavatkozás nélkül, azért is kifejezetten problémás jelenség, mert kutatások bizonyítják, hogy a segítséget nem kérő személyek mentális állapota tovább romolhat a passzivitás vagy segítségkérési inaktivitás esetén (Rayan & Jaradat, 2016, (Romero et al., 2013).

1.2. A mentális problémák magyarországi helyzete

Habár ezt a témakört részletesebben kifejtem majd a szentgotthárdi pszichiátriáról szóló kutatás bevezetőjében, itt is felvillantok néhány releváns adatot. Tény, hogy Magyarországon magas a mentális problémák előfordulási aránya (Krupchanka & Winkler, 2016). További váratlan eredmény, hogy még a medikushallgatók körében is, akik folyamatosan az emberről és az egészségről tanulnak, igen magas a mentális problémák előfordulási aránya (Bíró et al., 2010). Az önsértés mint a mentális problémák egyértelmű, súlyos markere is sajnos magasabb Magyarországon, mint más európai országokban. Egy átfogó nemzetközi metaelemzésben rávilágított arra, hogy professzionális segítséget az

átlagpopuláció csupán 22,8%-a, informális segítséget 42%-a kér (Michelmores & Hindley, 2012).

1.3. Facilitáló és gátló faktorok a pszichológiai segítségkérés kapcsán

Ahogy a kutatás elején általánosan megfogalmazódott bennem a kérdés, hogy valaki miért kér, más pedig miért nem kér segítséget, úgy merül fel itt is a kérdés, hogy mi lehet ennek az oka. Melyek azok a pszichológiai tényezők, amelyek elősegítik, facilitálják a segítségkérést és melyek gátolják, akadályozzák azt?

Alapvetően az a pszichológiai konstruktm, amelyet vizsgálunk és amelyet függő változóként használunk ebben a kutatásban, a professzionális pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűd, a továbbiakban az angol definíció rövidítéséből ATSPPH (Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help). Mint az korábbi kutatásokból kiderült, ez az attitűd, tehát az ATSPPH meghatározza a segítségkérés megvalósulását vagy meg nem valósulását, mind akut pszichológiai krízis, mind elhúzódó, krónikus pszichológiai probléma esetén (Arora, Metz, & Carlson, 2016; Vogel, Wade, & Hackler, 2007). Az ATSPPH-t mint pszichológiai konstruktmot alapvetően Fischer és Farina (1995) dolgozta ki. Ennek a konstruktmnak három fő dimenzióját határozták meg, amelyek meghatározói lehetnek a segítségkérésnek. Ezek közül kettőt mint facilitátort azonosítottak, a professzionális segítségkérés felé való nyitottságot (openness), valamint a professzionális segítségre mint értékre való tekintést (value). A harmadik faktort pedig gátlóként azonosították, és tartalmilag az tömörül ebbe a faktorba, hogy az egyén mennyire preferálja a problémáit saját maga megoldani (Picco et al., 2016).

A konstruktm elméleti és statisztikai körvonalazása után számos kutatás született a facilitáló (például Lynch, Long, & Moorhead, 2018) és gátló tényezők (például Han et al., 2018) azonosításáról. Szerencsére ezt a témát már kutatják olyan rég óta, hogy néhány egybehangzó eredmény és konszenzus már körvonalazódni látszik. Az egyik ilyen konszenzus a nemi különbségekre hívja fel a figyelmet a segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök és a segítségkérési hajlandóság viszonylatában, mégpedig abba az irányba, hogy a nőknek pozitívabb a segítségkéréssel kapcsolatos attitűdjük (pl. Rüsches et al., 2014). Ezt az eredményt két irányból magyarázzák a kutatások, egyrészt a nők felől megközelítve alátámasztást nyert, hogy a legfőbb magyarázó tényezőnek a nyitottság bizonyul (Mackenzie et al., 2006). A férfiak oldaláról közelítve pedig a férfiakkal asszociált rigid maszkulinitás faktort mint a segítségkérés gátló tényezőjét azonosították (Gonzalez et al.,

2005). A további egybehangzó eredményeket a facilitáló és gátló tényezőkről pedig az alábbi táblázat foglalja össze:

3. Táblázat: Facilitáló és gátló faktorok a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatban: szakirodalmi összefoglalás.

Facilitáló faktorok Összefoglalóért lásd: (Topkaya, 2015; Cheng et al., 2018)	Gátló faktorok Összefoglalóért lásd: (Lynch, Long, & Moorhead, 2018)
Korábbi segítségkérés és a segítői szolgáltatások ismerete (Kim & Zane, 2015)	Faji és/vagy etnikai kisebbséghez való tartozás (Kim & Zane, 2015)
Aktuális pszichológiai distressz (mint szendvedésnyomás) (Vogel & Wei, 2005; Martinez és mtsai, 2020)	Negatív vélemény a mentális egészséghez kapcsolódó szolgáltatásokról, intézményekről (Angermeyer et al., 1999; Salaheddin és Mason, 2016)
Az interperszonális segítői kapcsolatba vetett bizalom (Türküm, 2004; Corry és Leavey, 2017)	A hit, hogy majd az idő megoldja a problémát (Sareen et al., 2007)
Familiaritás (pszichológus ismerős), pozitívabb attitűd magukkal a pszichológusokkal kapcsolatban (Surgenor, 1985; Corry és Leavey, 2017)	Hiányos műveltség a mentális egészség témakörében (Brown et al., 2015)
Női nem (pl. Rüscher et al., 2014; Liddon, Kingerlee és Barry, 2018)	Az egyén önmagára való támaszkodása (Rickwood et al., 2005; Liddon, Kingerlee és Barry, 2018)
-	Expensiveness of mental health services (Gulliver et al., 2010; Eisenberg et al., 2007)
-	Stigma (pl. Ali et al., 2016)

A táblázat utolsó sorában említett stigma (Goffman, 1968) faktor külön figyelmet igényel, a nem mellett ez az a tényező, amelyben a legnagyobb konszenzus mutatkozik a különböző kutatások alapján a szakirodalomban. A kutatások egyértelműen az egyik legerősebb gátló tényezőként azonosítják a stigmát (Heath et al., 2018; Lannin et al., 2016; Kelly és Jorm, 2007; Pinto, Hickman, & Thomas, 2015; Arora, Metz, & Carlson, 2016; Phillips, 1963). A segítségkérésen gondolkodók 85%-a ezt az érvet említi, amikor arról kérdezik, miért nem menne, vagy végül miért nem megy segítséget kérni (Ali et al., 2016).

A stigma azért ilyen meghatározó faktor, mert a segítségkérés gyakran jár kéz a kézben a szégyen érzelmi élményével. Ez a szégyen például abból a félelemből táplálkozik, hogy bizonytalan, mi fog történni a segítségkérés során, és a segítségkérésen gondolkodó az esetleges diagnózistól mint megszégyenítő címkétől is félhet (Hinson & Swanson, 1993). További félelem lehet mások megítélése és az aggodalom, hogy a segítségkéréssel párhuzamosan mások túlzottan negatívan fogják megítélni a segítséget kérő mentális egészségét (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007).

Ezt egy másik kutatás azzal a társadalmi jelenséggel magyarázza, hogy kulturálisan beágyazottan a mentális problémákat gyengeségként kódoljuk, nem pedig betegségként (Subramaniam et al., 2016). A stigma erősen gátló hatásának enyhítésére a kutatások a segítséget kérő környezete részéről való ítélkezésmentes attitűdöt, és az egyén maga felé gyakorolt együttérzésének facilitálását szorgalmazzák (Heath et al., 2018).

1.4. Az időperspektívák lehetséges összefüggései a segítségkéréssel

Az időhöz való személyes viszonyulás pedig pontosan a facilitáló és gátló tényezők összegyűjtésének logikája mentén merül fel, mint eddig szinte egyáltalán nem vizsgált kutatási terület. A segítségkérés egy döntéshozási folyamat (Arora, Metz, & Carlson, 2016; Vogel, Wade, & Hackler, 2007), a döntéseink kapcsán pedig múltbeli tapasztalataink alapján a jelenben próbáljuk meg a jövőnket pozitív irányba befolyásolni a megfelelő döntéssel. Az pedig bizonyított, hogy szinte minden döntésünkre hatással van személyes időperspektíva-kombinációnk (Zimbardo & Boyd, 1999, 2008). Egy-egy domináns időperspektíva bizony jó eséllyel befolyásolhatja a segítségkéréssel kapcsolatos attitűdjeinket, mind kognitív, mind emocionális szinten.

Az időperspektívák elméletét és módszertanát alapvetően abból az indítatásból dolgozták ki, hogy jobban megértsük a különböző egyének eltérő személyes viszonyulását magához az időhöz, valamint megértsük, az egyének miként értelmezik és szervezik életük történéseit a különböző idősíkok mentén. A koherencia és az értelemadás mindannyiunk átfogó igénye az életünk eseményeire való visszatekintésben, a jelenünk kiértékelésére és a jövőnk bejósolására. Az idő egy ilyen alapvető szervező elv, amely a koherenciaigénnyel szoros összefüggésben áll. Az időperspektíva tehát személyes keretünk arról, hogyan észleljük, hogyan értelmezzük és hogyan viszonyulunk az időhöz.

Alapvetően öt fő időperspektívát ismerünk, ezek a múltnegatív, múltpozitív, jelenhedonista, jelenfatalista és a jövőidő-perspektívák. Az öt időperspektíva Zimbardo és Boyd (1999) példamondatai alapján könnyedén, gyorsan bemutatható és megérthető.

A múltnegatív időperspektíva a múlthoz való generalizáltan negatív, averzív viszonyulást jeleníti meg. Ezzel szemben a múltpozitív időperspektíva a múlthoz melegséggel, nosztalgiával, pozitívan fordul. A jelenhedonista időperspektíva, nevében is foglaltan, a jelen élvezetekre fókuszál, magas kockázatvállalási hajlandósággal. A jelenfatalista időperspektíva a jelenhez való hozzáállásában fatalista, tehetetlen, reménytelen attitűddel viseltetik az élet felé. A jövőidő-perspektíva egy általános jövőbetekintést, tervezést jelenít meg.

A szakirodalmi eredményeket felhasználva megvizsgálhatóvá válik, hogy milyen lehetséges összefüggések vannak ezek között az időperspektívák és a mentális egészség, segítségkérés területei között.

A kiértékelési folyamat végén (érvek, ellenérvek) a pszichológiai segítségkérés is végsősoron egy döntés. A jövőidő-perspektíva pedig erősen kötődik ahhoz, hogy valaki mennyire motivált a változásra (Nuttin, 1985; Simons et al., 2004). Ezzel ellentétben a jelenfatalista időperspektíva a demotiváltsággal korrelál (Zimbardo & Boyd, 2008). Ez azért lehet így, mert a jelenfatalista időperspektívában élő emberek körében könnyebben alakul ki és szilárdul meg a tanult tehetetlenség jelensége (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Wen, Huang és Goh, 2020; Smallheer és Dietrich, 2019), amely pedig könnyedén annak a hitrendszernek a megcsontosodásához vezet, hogy a negatív mentális állapotokkal nem lehet mit tenni, az egyénnek nincs kontrollja a rajtuk való változtatás, enyhítés felett.

Az időperspektívák mentális egészséggel való összefüggését szemléletesen megmutatják azok az eredmények, melyek szerint a múltnegatív időperspektíva jellemzően rosszabb mentális egészségi állapottal jár együtt, egyrészt a megtapasztalt traumák hatására, másrészt a múlthoz kapcsolódó depresszív rumináció miatt (Nolen-Hoeksema, 1991; Lefèvre és mtsai, 2019; Aström és mtsai, 2018).

Ezért esetleg feltételezhető, hogy a múltnegatív időperspektíva a szenvedésnyomás miatt facilitálhatja a pszichológiai segítségkérést. Ezzel szemben a múltpozitív időperspektíva jellemzően jobb mentális egészséggel jár együtt, mivel a pozitív múlt egyfajta tartós, stabil alapként szolgál az egyén nehezebb időszakában is (Karniol, 1996). A jelenorientáció általában is rosszabb mentális egészségi állapottal jár együtt. Ezt a

jelenfatalizmus kapcsán már pár sorral fentebb magyaráztam, a jelenhedonizmus esetében pedig a kockázatvállalás vezethet rosszabb egészségügyi állapothoz.

Kutatások támasztják alá, hogy a dominánsabban jelenhedonista időperspektívával rendelkező személyek rendre gyakrabban fogyasztanak alkoholt vagy használnak egyéb tudatmódosító szereket (Keough, Zimbardo, & Boyd, 1999), jellemzőbb körükben az alkalmi, védekezés nélküli szex (Rothspan & Read, 1996), a kockázatos vezetési stílus (Zimbardo, Keough, & Boyd 1997).

Ezeken a specifikusabb területeken kívül pedig általánosságban is elmondható, hogy mivel sokkal kevésbé foglalkoztatja őket a jövő, ezért sokkal kevesebb figyelmet szentelnek mentális és fizikai egészségüknek. A mentális és fizikai egészségtudatosság szempontjából természetesen a jövőidő-perspektíva a legadekvátabb, hiszen a jövőidő-perspektíva erősen korrelál a prevencióval mint étellel, a jövőorientáltak gyakrabban járnak tünetmentesen is általános vizsgálatokra (D'Alesio et al., 2003), jobb coping stratégiákkal rendelkeznek a stresszel való megküzdés tekintetében (Holman & Zimbardo, 2009) és összességében is érzelmileg stabilabbak és kiegyensúlyozottabbak (Harber, Zimbardo, & Boyd, 2003).

2. A kutatás célkitűzései, kutatási kérdések, hipotézisek

Kutatásunk célja az volt, hogy megvizsgálja az időperspektívák és a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök közötti lehetséges összefüggéseket. A pszichológiai segítségkérésre ezen kívül vizsgálat tárgyává tettük a stigma változóját, valamint szocioökonómiai faktorokat (lakhely, kor, nem stb.) is. Kutatási kérdéseink a következők voltak:

- 1. Van-e kapcsolat az időperspektívák és az ATSPPH között?*
- 2. Van-e kapcsolat a stigma és az ATSPPH között?*
- 3. Melyik szocioökonómiai faktorok milyen kapcsolatban állnak az ATSPPH-val?*

A kérdések megválaszolására szakirodalmilag megalapozott elméleti predikcióinkat a következő táblázat foglalja össze, a potenciális facilitáló faktorok és a gátló faktorok korábbi felosztási logikáját követve:

4. Táblázat: A pszichológiai segítségkérésre vonatkozó potenciális facilitáló és gátló faktorok elméleti predikciója a hipotézisek megfogalmazásához.

Potenciális facilitáló faktorok	Potenciális gátló faktorok
<i>Múltnegatív időperspektíva:</i> a múltbeli negatív tapasztalatok és az ezeken való rágódás okozta szenvedésnyomáson keresztül (Zimbardo & Boyd, 1999; Nolen-Hoeksema, 1991; Dey és mtsai, 2018)	Észlelt stigmatizáció a szociális kirekesztésen keresztül (Heath et al., 2018; Lannin et al., 2016; Kelly és Jorm, 2007)
<i>Jövőorientáció:</i> a prevencióra vonatkozó motiváción keresztül a mentális egészséget illetően, valamint a belső kontrollosságon keresztül (Nuttin, 1985; Simons et al., 2004; Rotter, 1966; Calhoun et al., 1974; Fischer & Turner, 1970; D'Alesio et al., 2003; Lens és mtsai, 2012; Orosz és mtsai, 2016)	Jelenfatalizmus a tanult tehetetlenségen és a külső kontrollosságon keresztül (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Rotter, 1966; Calhoun et al., 1974; Fischer & Turner, 1970; Wen, Huang és Goh, 2020; Smallheer és Dietrich, 2019; ; Lens és mtsai, 2012; Orosz és mtsai, 2016; Rönnlünd és mtsai, 2019)
<i>Női nem</i> a nyitottságon keresztül (Mackenzie et al., 2006; Liddon, Kingerlee és Barry, 2018)	Férfi nem a rigid maszkulinitáson keresztül (Gonzalez et al., 2005)
Főváros mint lakhely a familiaritáson keresztül (Surgenor, 1985; Jing és mtsai, 2020)	Vidéki lakhely, a vidéken magasabb észlelt stigmatizáción keresztül (Jing és mtsai, 2020; Naz, 2019).

Ezen predikciók alapján a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. Az erősebb múltnegatív időperspektíva, valamint az erősebb jövőorientáció pozitívabb ATSPPH-val jár együtt.
2. Az erősebb jelenfatalizmus negatívabb ATSPPH-val jár együtt.
3. A női nem, valamint a fővárosi lakhely pozitívabb ATSPPH-val jár együtt.
4. A magasabb észlelt stigmatizáció negatívabb ATSPPH-val jár együtt.

3. Módszertan és mérőeszközök

3.1. Minta

A kutatás adatfelvételi fázisa 2017 januárja és 2017 áprilisa között zajlott. Több online felületen toboroztunk résztvevőket az online kérdőív kitöltésére. A részvételi felvétel csupán a 18. életév betöltése volt, tekintve, hogy igyekeztünk az átlagpopulációt

megcélozni, több, specifikusabb inklúziós kritériumot nem fogalmaztunk meg. Végül 275 résztvevő töltötte ki a kérdőívet, ebből három kitöltő adatai kikerültek a kutatásból. Kiemelten fontosnak tartottuk, hogy ne domináljanak az egyetemi hallgatók a mintában, mert ahogyan arról egyre szélesebb körű diskurzus folyik, az egyetemi hallgatói mintákról egyre inkább bebizonyosodik, hogy megbízhatatlanok és torzított eredmények születnek belőlük (Peterson, 2001). Az OTDK dolgozatomban ebből a témából írtam, így az egyetemi hallgatók mintavételezési torzítására érzékennyé váltam. Szerencsére a későbbi kvalitatív kutatásaimnál ez a problematika már jóval kevésbé jelent meg. A mintavételezés során tehát heterogenitásra törekedtünk. Az adatok felvételét és elemzését, valamint a kutatás kivitelezését jóváhagyta Eötvös Loránd Tudományegyetem Etikai Bizottsága (iktatási szám: 2014/169).

3.2. Mérészközök és változók:

A kutatásban alkalmazott kérdőívcsomagunknak négy része volt. Az első részben szociodemográfiai tényezőkre kérdeztünk rá: életkor (mint folytonos változó), nem, lakhely, iskolai végzettség (mint kategoriális változók).

A kérdőívcsomag második szekciójában a Zimbardo-féle Időperspektíva Kérdőív szerepelt (Zimbardo & Boyd, 1999). Ez a kérdőív az öt fentebb bemutatott időperspektíva mentén méri az emberek időhöz való személyes viszonyulását. A ZTPI (Zimbardo Time Perspective Inventory) rendkívül széles körben alkalmazott, számtalan nyelvre lefordított kérdőív, amely pszichometriailag rengeteg megerősítést kapott kidolgozása óta. Kutatásunkban a magyar adaptációt alkalmaztuk, amely a fordítás mellett rövidített is az eredeti kérdőíven (Orosz, Dombi, Tóth-Király, & Roland-Lévy, 2015; Orosz & Roland-Lévy, in press). 17 itemet tartalmaz, amelyek közül mindegyik az öt időperspektíva mint alskála valamelyikéhez tartozik. Itemekre példát az alábbiakban hozok (Orosz et al., 2015, p1272-75):

1. Múltnegatív időperspektíva: *„Sokat gondolok a múltban velem történt rossz dolgokra.”*
2. Múltpozitív időperspektíva: *„Gyakran beugranak a régi szép idők boldog emlékei.”*
3. Jelenhedonista időperspektíva: *„Kockázatot vállalok, hogy izgalmasabb legyen az életem.”*

4. Jelenfatalista időperspektíva: *„Nem igazán lehet tervezni a jövőre, mert a dolgok változnak.”*
5. Jövőidő-perspektíva: *„Képes vagyok háttérbe szorítani a késztetéseimet, ha tudom, hogy munka van, amit el kell végeznem.”*

A skála mind a 17 itemén 5-pontos Likert-skálán válaszolhat a kitöltő. A válaszadási opciók a következők szerint alakulnak: 1=Egyáltalán nem igaz, 2=Nem igaz, 3=Semleges, 4=Igaz, 5=Teljes mértékben igaz.

A skálák reliabilitása a magyar adaptáció (Orosz et al., 2015) tekintetében a következő Cronbach-alfák szerint alakult:

1. Múltnegatív: 0.68
2. Múltpozitív: 0.69
3. Jelenhedonista: 0.84
4. Jelenfatalista: 0.7
5. Jövőorientáció: 0.73

Mivel a mi kutatásunk Cronbach alfái a fenti sorrendben a következőképp alakultak: 0.61; 0.26; 0.36; 0.32; 0.43-as értékekkel alacsonyán alakultak, így úgy döntöttünk, hogy törölünk itemeket azoknál az alskáláknál, ahol az SPSS javasolta a reliabilitás növelése érdekében. Az eredetileg alacsony Cronbach alfa értékek valószínűleg az alskálánként alacsony itemszám (3,4) miatt lehettek. A múltnegatív időperspektíva alskáláján az 1. item törlésével 0.74-es, a jövőorientáció skálán a 4. item törlésével 0.68-as Cronbach alfa értéket sikerült elérni. Mivel ez a két skála volt hipotéziseink fő fókuszában, illetve mivel a többi alskála reliabilitás nem volt fejleszthető itemtörléses megoldással, ezért a többi időperspektíva alskáláját végül kihagytuk a statisztikai elemzésből. Az Orosz és mtsai (2015) által jegyzett Cronbach alfa értékek és a mi kutatásunk Cronbach alfa értékei közötti eltérés valószínűleg a két minta összehasonlíthatatlan nagyságkülönbségéből fakad. Orosz és mtsai (2015) kutatásában összesen 1364 (924 nő és 405 férfi) kitöltő vett részt, akik 14 és 86 év közöttiek, átlagos életkoruk 32 év, közülük 142 embernek volt általános iskolai végzettsége, 452 rendelkezett középfokú végzettséggel, 712 felsőfokú végzettséggel 51 embernek pedig PhD vagy azzal egyenértékű végzettsége volt. A kitöltők közül 170-en laknak falvakban, 553-an városban, 326-an megyei jogú városban és 309-en Budapesten. Ehhez képest a mi mintanagyságunk és a mi mintánk összetétele sokkal alacsonyabb és sokkal kevésbé sokszínű volt.

A kérdőívcsomag harmadik szakaszában az ATSPPH-SF (Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Short form, Fischer & Farina, 1995) mérőeszközt alkalmaztuk, amit számos kutatás alkalmazott már (pl. Cheng et al., 2018; Fung & Wong, 2007). Az eredeti kérdőív erős belső konzisztenciával rendelkezik (.84), valamint a skálák reliabilitását és validitását számos kutatás megerősítette (pl. Gloria et al., 2010; Kim & Kendall, 2015; Cheng et al., 2018). Ez a kérdőív a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdöket méri, és 10 állításból áll. A 10 itemből néhány példa (Fischer & Farina, 1995, 1.old):

1. *„Ha komoly érzelmi krízist tapasztalnék az életemben, akkor szívesen keresnék megnyugvást pszichoterápiában.”*
2. *„Az az elképzelés, hogy a problémáimról pszichológussal kellene beszélgetni, elég gyenge megoldásnak tűnik az érzelmi konfliktusokra.”*

Az állításokat 4-fokú Likert-skálán lehetett értékelni az alábbiak szerint: 0=Nem értek egyet, 1=Részben nem értek egyet, 2=Részben egyetértek, 3=Egyetértek.

Mivel a szakirodalomban nem állt rendelkezésre a kérdőív magyar adaptációja, ezt magunk készítettük el, a következő lépésekben. Először egy professzionális társadalomtudományi szakfordító lefordította a tételeket angolról magyarra. Ezután egy másik szakfordító visszafordította a magyarra fordított itemeket angolra. Ezután egy angol anyanyelvű pszichológus összevetette az angolra visszafordított tételeket az eredeti angol tételekkel és apró javításokat végzett. Az így kialakított magyar adaptációnk Cronbach alfa értéke 0.82 lett, az eredeti kérdőív Cronbach alfa értéke 0.84 volt.

A kérdőívcsomag negyedik szekciójában a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos stigma mérésére szolgáló Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH) kérdőívet töltötték ki a résztvevők. Ez a kérdőív egy nagyon rövid, 5 itemet tartalmazó mérőeszköz, amelyet Komiya, Good és Sherrod (2000) dolgozott ki, hogy a mások vagy a társadalom részéről az egyén által észlelt stigmatizációval kapcsolatos gondolatokat és feltételezéseket mérje a pszichológiai segítségkérés folyamán. Az SSRPH kérdéseit egy négyfokú Liker-skálán kell megválaszolni, ahol 0 érték a határozott egyet nem értést, az 1-es az egyet nem értést, a 2-es az egyetértést, a 3-as a határozott egyetértést jelöli. Egy példatétel az SSRPH kérdőívben jól szemlélteti a stigmatizáció mérését: *„Az érzelmi vagy kapcsolati problémával való pszichológushoz fordulás társas stigmatizációval jár együtt.”* Mivel az SSRPH kérdőívnek sem állt rendelkezésre magyar

adaptációja a kutatás időpontjában, így ez a kérdőív is a korábban említett adaptációs folyamaton ment keresztül. Az eredeti kérdőív Cronbach alfa értéke 0.78 volt, magyar adaptációnké 0.72 lett.

3.3. Az adatelemzés menete

Az adatelemzés folyamata során végig a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűd volt a függő változó és a korábban felsorolt lehetségesen kapcsolódó faktorok (pl. az egyes időperspektívák) a független változók. Először egyváltozós lineáris regressziót (Univariate Linear Regression) futtatunk, egyesével vizsgálva a független változók és az ATSPPH kapcsolatát. Ezután többváltozós lineáris regressziót (Multivariate Linear Regression) alkalmaztunk, az egyváltozós lineáris regresszióban szignifikáns kapcsolatot mutató változók együttes kapcsolatának vizsgálatára. A többváltozós lineáris regresszió során a regresszió Enter módszerét alkalmaztuk, mivel a változók kapcsolatát illetően sokkal inkább az elméleti megfontolásokra alapoztuk a regressziós modell felépítését.

4. Eredmények

A kutatásban összesen 273 résztvevő töltötte ki az online kérdőívcsomagot. A minta alapstatisztikáit illetően az átlagéletkor 28,47 év volt (min.: 18, max.: 84). A résztvevők többsége (218 fő) nő volt, 58 férfi kitöltő mellett. A résztvevők közül 119-en a fővárosban, Budapesten éltek, 152 résztvevő vidéken. Majdnem minden (267) résztvevő rendelkezett legalább középfokú végzettséggel. 171-en felsőfokú, 96-an középfokú és 4-en alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeztek.

Az időperspektívákra vonatkozó alapstatisztikák tekintetében a legfontosabb mutatók a következők voltak. A mintában a jövőorientáció volt átlagosan a legmagasabb, 14-es értékkel. A kérdőíven 20 pontszám szerezhető maximálisan a jövőorientáció skálán. Ezután következett a jelenhedonizmus (M=9,8, max.: 15, SD=2.2), majd a múltpozitivizmus (M=8,9, max. 15, SD=2.3), a jelenfatalizmus (M=8; max. 15; SD=2.2). végül a múltnegatív időperspektíva zárta a sort (M=10.4; max. 20; SD=3.5). Az alsókálák maximális pontszámai úgy alakultak ki, hogy a kérdőívben a múlt negatív időperspektíva, valamint a jövőorientációt mérő skálák 4 ítemesek (maximális pontszám 20), a többi skála pedig 3 ítemes (maximális pontszám 15).

Az egyváltozós lineáris regresszióban a stigma, a vidéki lakhely szignifikáns fordított összefüggést mutatott az ATSPPH-val. Az egyváltozós lineáris regresszió eredményeit az alábbi (5.) táblázat mutatja be:

5. Táblázat: A minta leíró statisztikái (N=272), valamint az egyváltozós lineáris regresszió eredményei

Változók	Elemzés (N) (%) vagy átlag (M; SD)	Egyváltozós lineáris regresszió	p-érték
<i>A pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök (ATSPPH) (függő változó)</i>	19.4 (6.0)		
<i>Időperspektívák</i>			
Múltpozitív - átlag (SD)	10.4 (3.5)	0.007	0.953
Jövőorientáció - átlag (SD)	14.0 (2.6)	0.008	0.959
Pszichológiai segítségkérés nyomán észlelt sigma - átlag (SD)	5.8 (3.3)	-3.075	>0.000
<i>Szocioökonómiai változók</i>			
Kor - átlag (SD)	28.4 (10.3)	-0.001	0.974
Nem		2.39	0.007
Férfi (referencia)	58 (21.3%)	17.6 (6.7)	-
Nő	213 (78.3%)	19.9 (5.8)	-
Hiányzó adat	1 (0.4%)	-	-
Lakhely		-3.51	>0.001
Budapest (referencia)	119 (43.8%)	21.4 (5.1)	-
Budapesten kívül	152 (55.9%)	17.9 (6.3)	-
Hiányzó adat	1 (0.4%)	-	-
Iskolai végzettség		0.96	0.180
Általános iskola	4 (1.5%)	17.0 (6.1)	
Középiskola	96 (35.3%)	18.9 (5.8)	
Magasabb iskolai végzettség	171 (62.9%)	19.8 (6.1)	
Hiányzó adat	1 (0.4%)		

Megjegyzések: * $p < 0.05$. Az egyváltozós lineáris regresszió oszlopában a regressziós meredekségi együtthatók, valamint a p-értékek, a kategoriális változók esetében az átlag és a szórás van feltüntetve.

A többváltozós lineáris regressziós elemzésben az észlelt stigma, a fővároson kívüli (vidéki) lakhely szignifikáns fordított összefüggést, a női nem pedig szignifikáns pozitív összefüggést mutatott az ATSPPH változóval.

A többváltozós lineáris regressziós elemzés eredményeit az alábbi, 6. Táblázat mutatja be:

6. Táblázat: Többváltozós lineáris regresszió a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök bejósolására.

	B (S.E.)	β	p
Nem ¹	-2.05 (0.85)	-0.14	0.017
Lakhely ²	2.87 (0.72)	0.24	0.000
Kor	0.13 (0.34)	0.22	0.7
Múltnegatív időperspektíva	-0.49 (0.11)	-0.03	0.64
Jövőorientáció	0.00 (0.14)	0.00	0.98
Stigma ³	-2.22 (0.73)	-0.18	0.003

Megjegyzések: Nem-standardizált (B) és standardizált (β) regressziós koefficiensek, valamint a kapcsolódó standard hiba (S.E.) értéke félkövérrel vannak jelölve, ahol szignifikánsak legalább $p < 0.05$ szinten. A nem¹ az alábbiak szerint volt kódolva: 0=nő, 1=ffi. A lakhely² az alábbiak szerint lett kódolva: 1=Budapest, 0=Budapesten kívül. A stigma³ az alábbiak szerint volt kódolva: 0=legfeljebb 6 elért pont a stigma skálán, 1=legalább 7 elért pont a stigma skálán.

A tesztelt időperspektívák közül (múltnegatív és jövőorientáció) egyik sem mutatott szignifikáns összefüggést a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdökkel, sem az egyváltozós, sem a többváltozós lineáris regresszióban.

5. *Diszkusszió*

Első saját, elsőszerezős nemzetközi publikációmban a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök és a személyes időperspektívák lehetséges összefüggéseit vizsgáltam, kiegészítve a stigma és több fontos szocioökonómiai faktor összefüggéseinek feltérképezésével.

Egyik főbb eredményünk ebben a kutatásban, hogy bebizonyosodott, hogy a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök szignifikáns kapcsolatot mutatnak a segítségkérés nyomán észlelt stigma, a nem és a lakhely változóival. Viszont eredményeink nem támasztják alá az időperspektívákkal való összefüggését a segítségkéréssel kapcsolatos attitűdöknek. Ennek magyarázata a jövőorientáció időperspektívájának tekintetében az lehet, hogy a dominánsan jövőorientált időperspektívában élő emberek általában eleve jobb fizikai és mentális állapotban vannak (D'Alesio és mtsai, 2003; Holman & Zimbardo, 2009; Harber, Zimbardo & Boyd, 2003).

A múltnegatív időperspektíva kapcsán azért prediktáltunk szignifikáns összefüggést, mert azt feltételeztük, hogy a múltnegatív időperspektíva, mivel általában múltbéli traumát tartalmaz, több szenvedésnyomást okoz, és ezt a szenvedésnyomást feltételeztük mediáló faktorként a segítségkéréssel kapcsolatos erősebb motivációban. Eredményeink alapján viszont úgy tűnik, nem ez a helyzet. Ez esetlegesen azért lehet, mert a múltnegatív

időperspektíva és a jelenfatalista időperspektíva erős, szoros korrelációt mutat, erős szakirodalmi konszenzussal (Zimbardo & Boyd, 2008). Zimbardóék ezt úgy interpretálják, hogy a jelenfatalizmus alapja a tanult tehetetlenség (Seligman, 1972), amely a korai negatív életesemények hatására alakul ki, és a fatalista attitűdök utána a depresszív, passzív ruminációval erősödnek meg (Nolen-Hoeksema, 1991; Lefèvre és mtsai, 2019; Aström és mtsai, 2018), valamint a tanult tehetetlenség a stabil, ismerős, kiszámítható környezet érzetét nyújthatja. A rumináció kapcsán két formát különíthetünk el, a jelentéskereső-reflektív (deliberative) és a passzív-ítélkező-önemésztő (brooding) ruminációt (Johnsen és Afgun, 2021), amelyek közül utóbbi állhat kapcsolatban a múltnegatív időperspektívával, negatívabb hatást gyakorolva a mentális egészségre.

Mindemellett, a múltnegatív időperspektíva szenvedésnyomása azért sem feltétlen hathat motiválóan a segítségkérésre, mivel a korreláló jelenfatalizmus viszont erősen a demotivációval függ össze, ahogyan azt számos korábbi kutatás kimutatta (Rotter, 1966; Calhoun és mtsai, 1974; Fischer & Turner, 1970; Lens és mtsai, 2012; Orosz és mtsai, 2016; Rönnlund és mtsai, 2019).

Az időperspektívák vizsgálatán kívül pozitív összefüggést találtunk a stigma és a segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök között. Ez az eredmény maximálisan illeszkedik a témában végzett eddigi kutatások eredményei közé, miszerint a stigmának erőteljes negatív hatása lehet a segítségkérésre (Phillips, 1963; Surgenor, 1985; Komiya, Good & Sherrod, 2000; Pinto, Hickman & Thomas, 2015). Ezek az eredmények fordított igazolást is nyertek azon kutatás által, melynek fő eredménye, hogy a stigmával szembeni erősebb tolerancia facilitálta a segítségkérést (Fischer & Turner, 1970; Ting és Hwang, 2009; Masuda és Boone, 2011; Martinez és mtsai, 2020; Do és mtsai, 2019).

Fontos megvizsgálni a stigma és a nem összefüggéseit is. Például erősebben feminin diákok pozitív attitűddel viseltettek a segítségkérés iránt, míg az erősebben maszkulin hallgatók negatívabb attitűddel (Türküm, 2005). A segítségkérés így a diákok körében feminin cselekedetként tűnt fel, míg a problémák egyedüli megoldása maszkulin megoldásként. Ez magyarázhatja a mi eredményeinket is abban a tekintetben, hogy a nők miért értek el magasabb attitűdpontszámot. Ez szintén összhangban van a korábbi kutatásokkal (Fischer & Turner, 1970; Surgenor, 1985; Arora, Metz & Carlson, 2016; Liddon, Kingerlee és Barry, 2018). Mindemellett fontos megjegyezni, hogy az időperspektívákban és a stigmapontszámokban nem mutatkozott a nemek mentén eltérés a mi kutatásunkban.

A szocioökonómiai változókra vonatkozó összefüggések mindenképpen érdekes eredményei voltak kutatásunknak. Vizsgálataink alapján azok, akik a fővárosban laknak, pozitívabb attitűddel viseltettek a segítségkéréssel kapcsolatban. Ez magyarázható Surgernor (1985) familiaritás-hatásával, mivel Budapesten a pszichológusok előfordulási aránya is magasabb, mint vidéken, és a pszichológia maga is sokkal inkább reprezentált a fővárosi kontextusban és kultúrában. Ha valaki kevés információval rendelkezik a pszichológiai segítségről, az önmagában is gátló faktor lehet a segítségkérés folyamán (Topkaya, 2015). A magasabb szakember-elérhetőség a fővárosban magasabb familiaritást alakít ki a szakemberekkel szemben a fővárosi lakosok számára. Ezzel ellentétesen, Magyarország vidéki területein meglehetősen kevés aktív pszichológus tevékenykedik és elérhető, így a vidéki lakosok sokkal kevésbé ismerik magát a pszichológiát és az ilyen jellegű segítségkérést is.

A lakhely kapcsán kutatásunk még egy fontos eredményét érdemes megemlíteni: a lakhely és az észlelt stigmatizáció közötti összefüggést. Azok a résztvevők, akik a kérdőívcsomag kitöltésekor vidéki lakhellyel rendelkeztek, azok sokkal magasabb lehetséges stigmatizációt észleltek a környezetükből. A stigma tehát itt is mediátor faktorként funkcionálhat, a korábbi bekezdésben bemutatott familiaritáshoz hasonlóan. Ennek az eredménynek a hátterében tehát meghúzódhat a vidéki ellátások elérhetetlensége, ismeretlensége, vagy alacsonyabb színvonala; de akár a kisebb településeken az anonimitás problematikája is.

6. Limitációk

A nemzetközi publikációnk limitációk része nagyon hasznosnak bizonyult. Egyrészt tanulságos volt, hogy a limitációk rész a közlési folyamat végére majdnem olyan terjedelműre rúgott, mint a diszkusszió rész, amire a leközölhetőség miatt volt szükség. A reviewerek számos problémára rávilágítottak, amelyek nagy részét orvosolhattuk, de rengeteget tanultam Gyarmathy Annától arról, hogyan kell kezelni ezeket a problémákat: amit tudunk, természetesen javítunk, de amihez az egész kutatást újra kéne strukturálni, vagy akár újrakezdeni, azt feltüntetjük a limitációk részben. Ezen kutatásunk a limitációit a következőkben részletesen bemutatom, mert a későbbi kutatásaim számára is tanulságul szolgáltak.

1. A minta összetétele mint limitáció: A férfiak és az alacsonyabb iskolai végzettségűek alulreprezentáltak voltak a kutatásunkban. Ez két tényező mentén

könnyedén magyarázható. Egyrészt a pszichológia mint érdeklődési kör magasabban reprezentált nők körében, másrészt a segítségkérés gondolatának egyáltalán a felmerülése magasabb iskolai végzettséghez kapcsolódik általában (Surgenor, 1985; Good, Dell, & Mintz, 1989). A mintához kapcsolódó problematika lehet továbbá az eredmények generalizálhatósága, melyre egyik reviewerünk hívta fel a figyelmet. Egészen pontosan arról van itt szó, hogy a Facebookon keresztüli online adatgyűjtés általában alapvetően fiatalabb mintákat szólít meg (Laureiro-Martinez, Trujillo, & Unda, 2017), így kérdésessé válik az eredmények általánosíthatósága az idősebb populációra. Számomra azért is érdekes a reviewerekkel való kommunikáció, mert megtanít arra, hogy félretegyük a saját szakmai nézőpontunkat. Jelen esetben azt, hogy bár elméleti koncepció szintjén igazat adtam a bírálóknak, statisztikailag a gyakorlat szintjén a nem változója sem a univariate, sem a multivariate modellünkben nem lett szignifikáns. Az általánosíthatóság természetesen a kutatás keresztmetszeti természetét véve is problémás, hiszen kauzalitásokat nem állapíthatunk meg, csupán együttjárásokat.

2. A szociális kívánatosság (Grimm, 2010) mint torzítás azt gondolom, számos kutatás limitációja lehetne, azonban a segítségkérés és az észlelt stigmatizáció különösen érzékeny témák, így a szociális kívánatosság torzításának a mi kutatásunk esetében talán nagyobb szerepe van, bár annak mértékét a legtöbb esetben meglehetősen problémás detektálni. Ide kapcsolódik továbbá a szelekciós torzítás is, hiszen akár feltételezhetjük, hogy aki egy segítségkéréssel kapcsolatos kérdőívet kitölt, annak talán eleve pozitívabb attitűdjei lehetnek magához a segítségkéréshez kötődően.
3. Az a jelenség, hogy bizonyos változókat kihagyunk egy kutatásból általános jelenség lehet, hiszen sohasem tudunk mindent vizsgálni egyszerre. Ezen változók egyike a mi esetünkben az emocionális nyitottság volt. Ez a konstrukció a korábbi kutatások szerint kapcsolatban áll a pozitívabb segítségkérési attitűdökkel. Másrészt a reziliencia is ilyen kihagyott változó lehet, hiszen a reziliencia mértéke befolyásolhatja a segítségkérést a korábban sikeresen megoldott krízisek, konfliktusok mentén. Harmadrészt, amire nem feltétlen gondoltunk előre, de felhívták rá figyelmünket és ez szintén nagyon tanulságos volt, a mentális szolgáltatások magas árának problematikája (Gulliver et al., 2010; Eisenberg et al., 2007). Ez egy olyan kérdéskört rejt magában, amely

talán több országban is fontos téma lehet. Kettős dinamikával állunk itt szemben, melynek egyik oldalán az általános állami egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni negatív az attitűd, míg a magánszolgáltatásoknál a magas ár az, ami akadályozó tényezőként hathat a segítségkérésre. A pénzügyi problémákat felvető, korábban idézett szerzők szerint a gazdasági stigmatizációtól való félelem is szerepet játszhat ebben a képletben, mégpedig úgy, hogy a segítségkéréssel kapcsolatos stigmatizáció mentén a munkavállaló érezheti úgy, hogy ha segítségkérése kitudódik munkáltatója számára, úgy negatívabb elbírálásban részesülhet meglévő munkahelyén, vagy egy potenciális állásinterjú új munkahely esetében. A reviewerektől ennek a kérdéskörnek a felvetésével sokat tanultam, hiszen rávilágítottak, hogy ezek a megfontolások szinte teljesen hiányoznak Fischer és Farina (1995) elméletéből és módszertanából, amiből ebben a kutatásban kiindultunk. Mindenesetre Magyarország ebből a szempontból is speciális lehet, hiszen egyrészt erősen limitált az ingyenes, vagy tb-támogatott módon igénybe vehető mentális szolgáltatások száma, másrészt a magánszférában elérhető pszichológusok órábéra nagyon könnyedén problémás lehet az átlagkeresethez viszonyítva egy magyar állampolgár számára.

4. A reviewerek legfőbb problémája pszichometriai jellegű volt. Nehézzé tette elég erős Cronbach alfa elérését az, hogy az Időperspektíva Kérdőív alszkálái rendre három- vagy négytételűek, ilyen kevés itemszámból pedig általában nehéz erős Cronbach alfát produkálni. A reviewerek javaslata alapján ezért a gyenge alfa alszkálákat kihagytuk az elemzésből, azon alszkálák megbízhatóságát pedig, amelyek esetében ez lehetséges volt, itemtörléssel javítottuk.

7. Átfogó összegzés

Mindent egybevetve ezen kutatásunk alapján nem tudjuk megválaszolni, hogy a személyes időperspektívák és a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök van-e összefüggés. Mivel a minta jellege (kényelmi mintavétel) és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, ezek eltérő ismertsége, esetleg eltérő minősége az eredményeket döntő módon befolyásolhatta, további kutatások szükségesek ennek a kérdésnek a pontos megválaszolásához. Eredményeink alapján azt lehet elmondani, hogy a férfi nem, a vidéki

lakhely és az észlelt stigmatizáció gátló tényezők lehetnek a pszichológiai segítségkérésben. Ezek az eredmények mindenképpen hasznosak lehetnek abból a szempontból, hogy segítenek a szakembereknek megérteni a segítségkérés előtt álló egyén attitűdjeit és motiválni tudják az egyéneket a segítségkérésre, mind a folyamat előtt, mind a folyamat alatt.

V. Második kutatás bemutatása: a Szentgotthárdi Szakosított Otthonban hosszú ideje élő pszichiátriai kliensek élményvilága

1. Személyes felütés

1.1. Én és a kvalitatív pszichológia, én mint kutató

Az előző kutatás kapcsán, illetve az egész egyetemi képzésem következtében egyre inkább eltávolodtam a kvantitatív szemléletű kutatásoktól. A fentebb bemutatott publikáció még inkább megerősítette bennem azt az érzést, hogy szemléletet szeretnék váltani. A reviewerek kérésére való folyamatos „kreatív ügyeskedés” a statisztikával, a vizsgálati személyek öt darab számra való leegyszerűsítése egyre idegenebbül hatott számomra. Az általam oly nagyra értékelt és a gyakorlatban alkalmazott fenomenológiai szemlélet csíráját sem találtam meg ebben a szemléletben.

Egyre szimpatikusabbá vált az a megközelítés, hogy az interjúalanyunk átadjam a teret, a tudás forrását áthelyezzem őrá, ő lesz a téma szakértője és nem én. Kialakult bennem az a hit, és ez több kutatás után, a doktori folyamatom végére sem változott, hogy így sokkal megbízhatóbb (még az általában kis elemszám ellenére is), komplexebb és tartalmasabb tudományos ismeretekre tehetek szert.

1.2. Szentgotthárd személyes élményei

A Szentgotthárdon kutatóként tapasztaltak személyes élményeit elvittük egy kreatív performansz keretébe ágyazva egy nemzetközi kvalitatív konferenciára (*Phenomenology of Health and Relationships, Birmingham, UK, 2019*). Kutatótársammal, Kovács Asztrikkal a konferencia előtt nem tudtuk, hogyan fogadnak majd egy ennyire egyedi kutatói önreflexiót. A performansz szerkezete úgy épült fel, hogy írtunk egy novellaszerű összefoglalót az intézményről és a kutatóként ott megélt élményeinkről, Asztrik pedig gitárkísérettel elénekelt egy dalt arról, hogyan ismerte fel a nagyanyját az egyik interjúalanyában. A konferencia utolsó előadói voltunk, és az idő előrehaladtával egyre szkeptikusabbá váltunk azt illetően, hogy miért fogadták el az absztraktunkat és a performanszunk tervezetét, hiszen az összes többi kutatást formális és frontális módon adták elő.

Végül csakis arra fókuszáltunk, hogy mi mit szeretnénk megjeleníteni a színpadon, milyen tudományos eredményeket szeretnénk – még ha szokatlan módon is – bemutatni a közönségnek. Feszült figyelemmel követték a performanszunkat, amit a felolvasásom

közben rossz jelnek tekintetem, de aztán az előadás végén óriási tapsot, majd rengeteg kérdést, személyes megkereséseket és nagyon pozitív visszajelzéseket kaptunk. A konferencia után olyan nagynevű kvalitatív kutatóktól, mint Zoe Boden-Stuart és Michael Larkin is rendkívül pozitív megerősítést kaptunk, elsősorban arra vonatkozóan, hogy mennyire fontos megjeleníteni a kutató élményvilágát a kvalitatív kutatásban, ráadásul a legtöbbször ellentétben mi ezt adekvát módon helyeztük művészi keretbe – szabad fordításban idézve Larkin szavait. Azt hiszem, ezek a visszajelzések, a kvalitatív pszichológiai kutatások ismert alakjaitól, erősítettek meg végleg abban, hogy jó úton járok, jó helyen vagyok a kvalitatív szemléletben, és önmagam folyamatos megkérdőjelezése ellenére jól is csinálom azt, amit csinállok.

A Szentgotthárdi látogatás a pozitív kutatói kimenetek ellenére nagyon intenzív és megterhelő volt abból a szempontból, hogy nehéz volt a végállomás érzése kapcsán megfogalmazott beletörődést, lemondást, a halál iránti vágyakozást hallani, és ezzel párhuzamosan paradox módon a kapaszkodást is megtapasztalni, ahogy szó szerint nem akarták elengedni a kezemet egy-egy interjú végén a bentlakók. Mindebben pedig legszomorúbb volt látni az intézmény szerepét. Ott motoszkált bennem az a lappangó düh (persze sokkal enyhébben), mint ami McMurphyt környékezte a Száll a kakukk fészkében (Kesey, 1983), ahogyan a betegek kezébe próbál autonómiát adni az elnyomó intézményvezetéssel szemben.

2. Bevezetés

2.1. A pszichiátria általános helyzete Magyarországon

Magyarország 2004-ben csatlakozott az Európai Unióhoz. Az akkoriban és azóta csatlakozó többi országhoz képest viszont Magyarország továbbra sem rendelkezik megfelelő és hivatalosan elfogadott mentális egészségi stratégiával (Dlouhy, 2014). A Nemzeti Mentális Egészségügyi Program ugyan létezik, azonban realizálása jelentős problémákba ütközik. Ez ugyanúgy vonatkozik a finanszírozására is (Németh, 2019).

Pedig a magyarországi szükségességet (Németh, 2019) bizonyítja az is, hogy 24,7% a nem orvosi vagy neurológiai gyökerű mentális pszichiátriai problémák előfordulási aránya (Krupchanka és Winkler, 2016). Ezen az arányszámon túl azt is fontos megjegyezni, hogy a betegség hiánya nem egyenlő a mentális egészséggel. További nehezítő tényező, hogy a mentális problémákkal küzdő betegek erősen stigmatizáltak és a magyar társadalom

visszautasítja őket (Buchman-Wildbaum, Paksi, Sebestyén és mtsai, 2018, a, b), főleg, ha még etnikai kisebbséghez is tartoznak (Lé Cook, Progovac és Tran, 2019).

Az ezekkel a problémákkal való megküzdés érdekében háromféle támogató rendszer jött létre: a hosszú távú bentlakásos intézmények, a járóbeteg ellátás és a közösségi alapú pszichiátriai ellátás. Turnpenny és munkatársai (2018) vizsgálata alapján elmondható, hogy Magyarország relatíve magas számú ágygal rendelkezik (5456 db) a kórházi alapú pszichiátriai intézményekben (62 intézmény). Ezeknek többsége viszont elavult infrastruktúrával és túlszűfolt osztályokkal rendelkezik (Granel és mtsai, 2019; Takács, 2018). A járóbeteg ellátás meglehetősen széles körű (120 egység), ahogyan a napi ellátók (98 egység) is (Stepurko, Pavlova és Groot, 2016), a járóbeteg-ellátás felé való tolodás pedig társadalmi érdek is (Makkos, Kovács és Gaál, 2019). Bár szerte az országban megtalálhatóak, elérhetőségük limitált, elsősorban a túltelítettség, másodsorban a szakemberhiány miatt. 100.000 emberre csupán 50,3 szakember jut, a WHO (WHO, 2014) jelentése alapján. Körükben a kiégés is gyakran megjelenik, mégpedig a „krízis üzemmódban” való működés nyomán (Gyórfy, 2019). Sajnos a mentális egészségügyre csupán a GDP 5,1%-át áldozza Magyarország (WHO, 2008). Ez összevetve az európai átlaggal, amely a GDP 8,9%-a (OECD, 2009, idézi Turnpenny és mtsai, 2018), alacsonynak bizonyul. Például Svédországban ez a százalékos mutató 9,4%, Belgiumban 9,6%.

Ezekre a problémákra a közösségi pszichiátria jelenthetne megoldást, tekintve, hogy annak célja a mentális problémákkal küzdők visszaintegrálása a társadalomba. Jelenleg azonban a Magyarországon található közösségi pszichiátriai centrumok száma csekély (Buchman-Wildbaum, Paksi, Sebestyén és mtsai, 2018), főleg a többi EU-s országhoz hasonlítva (Svensson, Cartwright és Balogh, 2017).

2.2.A hazai kritikai pszichiátriai főbb meglátásainak bemutatása

Érdekessége a hazai pszichiátriai helyzetet (és a hozzá gyakran kapcsolódó „őrültség” fogalmát, pl. Légmán, 2011b) tárgyaló szakirodalmaknak, hogy konkrétan a disszertációban vizsgált Szentgotthárdi Szakosított Otthon nevével többször is találkozhatunk áttekintésükkor. Hajnóczy (1975) például kiemeli, hogy az akkori nevén Szentgotthárdi Elmeszociális Otthont előszeretettel használták egy olyan térként, ahova száműzni lehet a társadalom működését „akadályozó” egyéneket (Légmán, 2011a).

A Szentgotthárdi Otthon azért is szemléletes és reprezentatív, mert annak nyitása és későbbi működése is egyébként teljesen megfelelt az 50-es évek Magyarországot jellemző

pszichiátriai ellátás fundamentumainak és az államszocializmus attitűdjének. Ezek legfőbb jellemzői a nagy méret, a zártság, a bentlakásos jelleg dominanciája, a pszichiátriai betegek társadalmi elbűjtatása, valamint az intézményvezetés tekintetében a büntetéselvérség és az üzemszerűség (Takács, 2018).

Míg Nyugat-Európában és Amerikában az antipszichiátria (pl. Foucault, 1972; Szasz, 1960; Laing, 1965) szemléletmódjának megjelenésével megkezdődött a nagy létszámú intézmények kitagolása, addig Magyarországon nem, vagy később is alig volt érezhető ezen mozgalmak hatása (Erős, 1993). Ez a fontos változás főleg a kelet-közép-európai szocialista politikai berendezkedés és a már meglévő, rigidebb pszichiátriai ellátórendszer miatt maradt el (Légmán, 2011a).

Ennek a reformnak a hiányáról ír Gerevich is, *Terápiák társadalma – társadalmak terápiája* című könyvében (1983), amelyben kifejti, hogy a *hagyományos elmeosztály* (amit úgy kell elképzelni, mint a *Száll a kakukk fészkére* c. filmet, Kövér, 1987) rendszerelemeinek fennmaradása azért problémás, mert hierarchikus és autoriter, és sokkal kevesebb esélye van a visszaútra ebből a rendszerből a betegek a társadalomba (Kövé, 1987). A hasonló gondolatokat megfogalmazó Buda Béla *Az elme gyógyítása* című (2011), pszichiátriatörténetet is magába foglaló művében úgy nyilatkozott a deinstitutionalizáció elmaradásáról, hogy a magyar pszichiátriai rendszer „átaludta” a pszichiátria modernizálása körüli vitákat.

A járóbeteg-ellátás ugyan a nyugathoz képest később, de a 80-as, 90-es évekre hangsúlyosabbá vált (Tringer, 2010; Endre, 2021), ami előrelépést jelentett, viszont azt is meg kell jegyezni, hogy ezzel a korábbinál gyakrabban jelent meg az ún. forgóajtó intézményi rendszere (bekerülés-kikerülés-rövid időn belüli visszakkerülés körforgása).

A rendszerváltás után ugyan elindult a szakmák professzionizálódása, és hangot kapott a betegekkel való partneri viszony fontossága (Takács, 2018), viszont a hierarchikus orvosi kontroll mégis megmaradt, és a betegek cselekvési és döntési autonómiájának biztosítása sem épült be a betegjogok és az emberi jogok területéről a magyar ellátási kultúrába (Arató és Nizák, 2012). A betegeket még mindig hierarchikus alárendeltségi szerepbe kényszerítik és abban is tartják (Málovics, Vajda és Kuba, 2009), valamint nem vonják be őket és/vagy hozzátartozóikat a kezelésüket illető döntésekbe (Hámornik, Juhász és Vén, 2015). Összességében elmondható, hogy a magyar pszichiátriai ellátás 20.

századának második fél évszázada nagymértékben megőrizte a szocializmus patológikus intézményi formáit (Bányai és Légmán, 2011).

2.3. A nagy pszichiátriai intézmények és a hosszú távú pszichiátriai bentlakás helyzete Magyarországon

A szocializmus alatt Kelet-Közép-Európában speciális volt a pszichiátriai ellátás helyzete (Marks & Savelli, 2015), hiszen főleg a nagy méretű totális intézmények jellemezték az intézmények struktúráját. A mentális problémákkal küzdő betegek szociálisan kirekesztődtek és hospitalizálódtak nagy méretű, elavult, hosszú távú benttartózkodást (Gerry, 2018) képviselő pszichiátriai „elmeógyógyintézetekben” (asylum) (Buchman-Wildbaum, Paksi, Sebestyén és mtsai; 2018; Bajzáth, Tóth és Rácz, 2014; Höschl, Winkler és Peč, 2012). Ezek az intézmények (Priebe, Frottier, Gaddini és mtsai, 2008) elkerülték a korszakot meghatározó deinstitutionalizációs folyamatokat (Fakhoury és Priebe, 2007; Hudson, 2016, 2019) (hatalmas intézmények kisebb egységekre történő tagolásával való megújítása).

Ezek a folyamatok Nyugat-Európában voltak hangsúlyosak, például Franciaországban az AMPS (Orvosi Pszichoszociális Szövetség) a 70-es években mondta ki a deinstitutionalizáció reformját és célját, Norvégiában csökkentették a bentlakásos intézményekben élők számát és közösségi mentális egészségügyi központokat hoztak létre. Olaszországban ez a csökkentés még drasztikusabb volt, a trieszti pszichiátriai kórházakat például teljesen bezárták, különálló pszichiátria nem létezhet, csak osztályként, általános kórház részeként, ott is maximum 15 fővel működhet egy osztály. Az olasz eredmények főként Franco Basaglia nevéhez kötődnek, a deinstitutionalizáció úttörőjéhez, akit úgy is ismer a világ, mint a férfit, aki bezárta az elmeógyógyintézeteket („*The Man Who Closed the Asylums*”, Jones, 2015). Felhívta a figyelmet a pszichiátriai betegekkel való méltánytalan bánásmódra és facilitálta, hogy az orvosok kezéből kikerüljön az a fajta totális hatalom, amelytől a beteg önrendelkezése és szabadsága függ. Spanyolországban a járóbeteg-ellátás a fő ellátási mód, valamint Svédországban is ez a fő irányzat (Endre, 2020).

Ezekkel a példákkal szemben, Kelet-Közép-Európában számos intézmény a kitagolás megvalósulása nélkül, magas beteglétszámmal, a régítípusú berendezkedés mentén működik (Henckes, 2011). Jellemző ezekre az intézményekre, hogy földrajzilag általában különálló, elszigetelt részként léteznek (Heuer, 2002).

Ezekon a problémákon a 2006-os, a pszichiátriákat is megreformálni kívánó egészségügyi reform és az OPNI 2007-es megszűnése sem segített, hiába próbálta facilitálni előbbi a deinstitutionalizációt (Stubnya, Nagy, Lammers és munkatársai, 2010), az egészségügyi szolgáltatók körének meghatározásával és az ellátási struktúra átszervezésének céljával. Ezek a próbálkozások csupán ahhoz vezettek, hogy „megcsonkított” egységek maradtak hátra (Bitter és Kurimay, 2012), miközben a pszichiátriai hospitalizációs ráták Magyarországon évről évre tovább növekedtek (Bitter és Kurimay, 2012).

Emellett a professzionális szakmai ellátás minősége egyre csökkent, az egyre csökkenő erőforrásoknak és a deinstitutionalizáció hiányának köszönhetően (Kuuse és mtsai, 2020). Tovább rontotta az ellátás minőségét, hogy az épületeket továbbra sem újították fel. Ezentúl fennmaradt az a fajta paternalisztikus intézményvezetési attitűd, ami a régi szocialista rendszert jellemezte (Ács és munkatársai, 2019). Szintén a deinstitutionalizáció elmaradásának problémáját emelik ki Bugarszki és mtsai (2010), amelyet a Nemzeti Fejlesztési Terv (2004–2006) ígért megoldani. Bugarszkiék is amellet érvelnek, az eddig bemutatott gondolatokkal konszenzusban, hogy a nagy intézmények tagolása és a közösségi ellátás erősítése fontos célja kellene, hogy legyen a pszichiátriai ellátórendszer megreformálásának, mind általános szinten (Bugarszki és mtsai, 2010), mind a szociális munkások egyéni fókuszának szintjén (Wilken és mtsai, 2017).

A Wilken és mtsai (2017) által írt nemzetközi publikáció társszerzőjének, Bugarszkinak (2003) sokak által provokatívnak címkézett, őszinte tényfeltáró írásában továbbá választ kínál arra a gyakori felkiáltásra a deinstitutionalizációval szemben, hogy „akkor hova kerül ez a sok ember?”. Erre a kérdésre kínálhat választ a bentlakásos ellátás alternatívájaként a közösségi ellátás, amelynek bemutatására a következőkben térek ki. Bugarszki (2003) írása kapcsán fontos kiemelni, hogy nem pusztán a nagy intézmények szétagolása mellett érvel, hanem alternatívát kínál a közösségi pszichiátria erősítésével a pszichiátriai ellátás megreformálására, az ambuláns szolgáltatások erősítésével a bentlakásos szolgáltatásokkal szemben, valamint alternatívákat kínál lakóformákra a közösségi ellátáson belül is (Bodrogi és mtsai, 2014).

A nagy létszámú intézmények megszüntetése mellett való érvelés során jellemző pozitív állítás (mi legyen amellet, hogy mi ne legyen) a közösségi pszichiátria, illetve a felépülési paradigma alkalmazása (Endre, 2020). Ezeknek hatékonyságát egyre több empiria támasztja alá.

Endrének (2021) az Integrált Nappali Szociális Intézményben végzett kutatása bizonyította, hogy a közösségi alapú ellátások valóban hatékonyak a mentális betegségek kezelésében, illetve az is kiderült ebből a kutatásból, hogy ez a fajta ellátás folyamatában is jól tud reagálni a betegek változó szükségleteire.

Brys, Harangozó és Szarvas (2015) a hatékonyság hátterében az alábbi tényezőket határozzák meg: empowerment (a beteg felhatalmazása a saját gyógyulásában való kompetens részvételre, Norman, 2005), self-managed care (a beteg önmenedzselése a professzionális ellátás mellett), partnerség, méltányosság (van Os és mtsai, 2009; Gwinner és mtsai, 2013), az emberi kapcsolatok erősítése, és az értelemmel teli életkép kialakítása (Harangozó, 2001). Emellett a közösségi pszichiátriai ellátási forma képes csökkenteni a hospitalizáció és a stigmatizáció káros hatásait (Harangozó, 2013).

A közösségi pszichiátria alternatíváját a bentlakásos intézménnyel szemben megtaláljuk már Gerevichnél is (1983), aki ezt az alternatívát akkor még az *életformaműhely* és a *terápiás közösség* nevekkkel illette. Kövér (1987) Gerevich (1983) könyve alapján össze is veti ezt az alternatív formát a *hagyományos elmeosztály* formájával. Habár az életformaműhely fogalma helyett ma inkább a közösségi pszichiátria fogalmát használjuk, az összevetés a mai napig megállja a helyét:

7. Táblázat: Az életformaműhely és a hagyományos elmeosztály összehasonlítása Gerevich (1983) és Kövér (1987) alapján.

Életformaműhely	Hagyományos elmeosztály
Integráció	Diszkrimináció
Demokrácia	Hierarchikus struktúra
Megengedés	Szabályozás
Megosztott felelősség	Egyszemélyi felelősség
A személyiség tudása	Szakmai tudás

Ez az összehasonlítás pedig kiegészül még az önkormányzat és két irányú kommunikáció, manipulálatlanság, szerep-spontaneitás, laikus munka szempontjaival (Kövé, 1987, 63.). Fontos kiemelni, hogy ezek az irodalmi adatok csupán a régi típusú pszichiátriai ellátásnak a dominanciáját hangsúlyozzák. A kapcsolati hatótényezőt

alkalmazó Bálint csoportok viszont a közösségi pszichiátria előfutárának tekinthetőek (Turner és Malm, 2004; Incze, Kéri és Szekeres, 2018).

A közösségi pszichiátria mint alternatíva tehát összefoglalható azon célkitűzések mentén, hogy célja a pszichiátriai beteg közösségben tartása, annak diszkriminációja helyett, valamint a beteg társadalomba való reintegrációja az életkörülményeinek és általános működésmódjának javításával (Incze, Kéri, és Szekeres, 2018). Kiemelt szerepet kap a kezelésben a terápiás kapcsolat fókuszja (pl. Krupnick és mtsai, 1996).

Fontos árnyalni a képet viszont azzal, hogy a közösségi pszichiátriai ellátását megteremtő iránynak a negatív hatásai is érvényre jutottak Magyarországon. A nagy létszámú bentlakásos intézmények felszámolásával párhuzamosan, vagy azokat megelőzően számos új szolgáltatást is érdemes lenne bevezetni, és persze stabilan finanszírozni is ahhoz, a változás hatékonyságához. A forgóajtó-pszichiátria mögött ezek a hiányosságok, a pszichiátriai intézményekben tapasztalható szakemberhiány, valamint a társadalmi érzékenyítés hiánya, következésképpen az inkluzív környezet hiánya is meghúzódik.

2.4. A Szentgotthárdi Szakosított Otthon története: múlt és jelen

A Szentgotthárdi Szakosított Otthon attól különleges, hogy egyike azoknak a nagy méretű pszichiátriai intézményeknek, amelyek deinstitutionalizáció nélkül továbbra is fennmaradtak Magyarországon és Közép-Kelet-Európa térségében. Az Otthon így továbbra is Európa legnagyobb pszichiátriai intézménye. 734 ágygal üzemel.

A Szentgotthárdi Szakosított Otthont 1952-ben alapították, egy régi dohánygyár területén. Az első „betegek”, akik sokszor nem is voltak mentálisan betegek, különböző marginalizált társadalmi csoportokból érkeztek. Voltak közöttük háborús árvák, hajléktalanok, idősek (Bányai és Légman, 2009). 1966 óta viszont az intézmény hivatalosan csak mentális betegeket fogad (Kapócs és Bacsák, 2017). 1997-ben, az azonos évben kiadott egészségügyi törvényben a kormányzat nem reformálta meg a mentális egészségügyi ellátást, hiszen a törvény a mentális szférát illetően csak a veszélyeztető magatartást említi, így az intézmény az elmúlt 70 évben valójában mindennemű szignifikáns strukturális változtatás nélkül üzemel, amelynek eredményeként a mentális betegek szegregációja tovább súlyosbodik (Kapócs és Bacsák, 2017).

A 2011-es igazgatóváltással az intézmény jobban nyitott a külvilág és a modernebb pszichiátriai kezelés felé. 2013-ban viszont a fenntartó a fővárosról az államra változott, így az intézmény veszített autonómiájából és lényegesen csökkent a finanszírozási forrása is (Takács, 2018).

A szentgotthárdi intézményről nyilatkozó korábban hivatkozott szakirodalmak úgy ítélik meg, hogy 1952 óta az intézmény megállás nélkül üzemelt tovább, sajnálatosan bármilyen átfogóbb, jelentősebb fejlesztés nélkül. Az intézmény struktúráját az elmúlt hetven év alatt sem reformálták meg, és a vezetés attitűdje sem változott szignifikánsan. Takács (2018) viszont megemlíti, hogy a 2000-es években létrehoztak egy lakóotthont, amely inkább rehabilitációs szemléletmódot követ, habár itt csupán 14 fő elhelyezése biztosított, amely elenyésző a hétszázazs összlétszámhoz képest.

Az intézmény történetében és a jelenben is az intézmény betegei nagyrészt skizofréniában szenvednek (a bentlakók 83%-a). Emellett a nagyobb mértékben megjelenő kórképek a személyiségzavarok (1,4%) és az affektív zavarok (2,2%). Ezenkívül az intézmény jelenében a szerhasználati problémákkal küzdők (7,4%) jelentik talán a legnagyobb kihívást az intézmény számára (Bitterman, 2019).

2.5. A hosszú távú pszichiátriai tartózkodás különböző intézményi kontextusokban

A hosszú távú gondozás (Long-Term Care, LTC) egy tágabb fogalmi keret, amelybe a hosszú távú pszichiátriai gondozás (long-lasting psychiatric hospital care, LLP, Talaslahti, 2015) tartozik.

A hosszú távú gondozás értelmezhető természetesen az idősek otthonának kontextusában, a demenciaotthonok kontextusában stb. A hosszú távú kezelést biztosító intézmények általában formális intézményi szabályok szerint működnek, az aktivitás, a struktúra, az idő- és programbeosztás tekintetében általában rugalmatlanok. A legnagyobb probléma mégis az velük, hogy az intézményben lévő embereket ezek az intézmények két hierarchikus kategóriába sorolják be: betegek és ápolók.

Az elmúlt évtizedekben magas minőségű hosszú távú gondozást nyújtó kezelőintézetek alakultak Nyugat-Európában (Gori, 2018; Spasova és mtsai, 2018). A régi nagy kórházi pszichiátriák deinstitutionalizációja megtörtént, leghatékonyabban Észak-Amerikában (Mundt, 2019a, 2019b), de Nyugat-Európában is megfelelően lezajlott ez a folyamat (Caldas és Killaspy, 2011).

Mindemellett a nyugati világban a mentális betegségek stigmatizációja általában, valamint a skizofrénia stigmatizációja is konkrétan jelentősen csökkent (Kunitoh, 2013; Wright, Gronfein és Owens, 2000; Carroll, 2018). Ezzel szemben Közép-Európában, valamint Kelet-Európában a mentális betegek ellátásának fő vezérfonalát továbbra is a nagy kórházi pszichiátriák képviselik (Winkler, és mtsai, 2015).

Ezek túltelítettsége miatt viszont az eredmény sajnálatosan az, hogy a mentális problémákkal küzdők egy jelentős százaléka megfelelő kezelés nélkül marad (Torrey, Entsminger és Geller, 2015). A deinstitutionalizáció elmaradása pedig csak tovább mélyíti a szakadékot a pszichiátriai betegek és a többségi társadalom között (Wahlbeck, 2015), hiszen megmarad a nagy pszichiátriai kórházak gyűjtő- és olvasztótégelye, valamint az izolált földrajzi és társadalmi elhelyezkedésük. A deinstitutionalizáció hiánya pedig ennek nyomán természetesen a reintegrációt is megnehezíti (Moorkath, Vranda és Naveenkumar, 2018).

Korábbi kutatásokból az is kiderült, hogy a hosszú távú ellátásban való lét megváltoztatja a bentlakó személyiségét és identitását, hiszen ezekben a totális intézményekben a kezelés járulékos hatása a passzivitás, az önértékelés elvesztése, és az identitás károsodása – azaz disempowerment zajlik az empowerment helyett (Scott, 2011; Goffman, 1968; Goffman, 1959). Ezt legfőképp a deprivációnak (Jones, 2017) és a bürokratikus hierarchiáknak (Schliehe, 2016) való kitétel, a „normalitás” elvesztése (Repper, Perkins és Owen, 1998) és a demencia fokozódó veszélye (Tatzer, 2019) okozhatja.

A betegek ellátási történetét megnehezíti továbbá, hogy sokszor számtalan intézményi költöztetést kell tehetetlenül elfogadniuk (relokációs probléma, Novella, 2010), valamint állandóan találkozniuk kell a szociális stigmatizációval betegségük nyomán (Link és Phelan, 2001; Morkel, 2007). Kutatások azt is bizonyítják, hogy a hosszú távú hospitalizáció alacsonyabb életminőséghez vezethet (Wright és mtsai, 2000; Simpson, Hyde és Faragher 1989), mégpedig a szociális depriváció és a közösségi tevékenységekből való kiesés mentén (Chamberlain, Duggleby és Teaster, 2019; Hughes és mtsai, 2017). Kijelenthető, hogy hosszú távú kezelés során a szociális kirekesztettség egyértelműen stresszforrásként azonosítható (Rani és Gayatrivedi, 2018).

A deprivációnak ez a negatív hatása fokozódhat, ha a betegeknek csökkentik a szelf-determinációját (Duprez, Vansteenkiste és Beeckman, 2017; Ryan és Deci, 2000). Az öngondoskodás kapcsán elveszített kompetenciaérzés ugyanis alacsonyabb önértékeléshez

és az intézménnyel kapcsolatos függés, függőség kialakulásához vezethet (Rani és Gayatri Devi, 2018). A szelf-determinációjukban korlátozott betegek ráadásul sokkal inkább ki vannak téve a túlemelt mértékű gyógyszerelésnek, amely kontraproduktív lehet a rehabilitáció folyamatában (Uggerby és mtsai, 2011).

2.6. Kutatási kérdések

Kutatásunk előtt korábban csupán néhány előzetes kvalitatív kutatás elemezte a hosszú távú kezelést, azonban azok sem pszichiátriai kórházakban. Ezek a kutatások többnyire a személyzet tagjaira, ápolókra (Woodhead, Northrop és Edelstein, 2016; Murphy, 2007), idősebb demens betegek (Train és mtsai, 2005) vagy a hosszú távú kezelés gyógyszerészeti aspektusaira (Palagyi és mtsai, 2016) koncentráltak.

Az mindenesetre nagyon fontos volt a mi kutatásunk számára, hogy a korábbi kutatások is hangsúlyozták, hogy a hosszú távú kezelés alatt állók életében nem gyakori a személyközpontú, személyfókuszú kezelési attitűd (Zoffmann, Hörnsten, és Storbækken, 2016), illetve, hogy a bármilyen jellegű hosszú távú ellátásban való lét valóban kihívás elé állítja az egyén szelf-determinációját (Ryan és Deci, 2000; Wehmeyer és Shogren, 2016; Madson, 1993) és szelfkontinuitás érzését.

Kutatásunk igyekszik betölteni azt az űrt, hogy a hosszú távú kezelés megélt élményvilága kevésbé áll a kvalitatív kutatások fókuszában. Kivételt jelent ez alól Chamberlain és munkatársainak (2019) kutatása, akik azt találták, a gondozottaknak kevés a saját döntési szabadsága, illetve, hogy alacsony a rájuk vonatkozó figyelem, és így még jobban izolálva érzik magukat.

Más kutatások ennél és a mi kutatásunknál is specifikusabb fókusszal vizsgálódtak. Például HIV/AIDS fertőzött betegek tapasztalatait vizsgálták a hosszú távú ellátásban (Imazu és mtsai, 2017); olyan családtagok tapasztalatait és élményeit, akiknek a hozzátartozójuk állt hosszú távú, elhúzódó kezelés alatt (Haugdahl és mtsai, 2018); idősebb betegek tapasztalatait, nehézségeit, coping stratégiáit (Roets-Merken és mtsai, 2016; Song és mtsai, 2016).

A mi kutatásunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk a hosszú távú pszichiátriai tartózkodás tapasztalati, élményvilágát. Ezentúl szerettünk volna fényt deríteni arra, hogy milyen egymás mellett élő szelfek, élmények jelenhetnek meg egy ilyen hosszú távú bentlakás alatt. Kutatási kérdéseinket így a következőként fogalmaztuk meg:

1. Melyek a közös élményei a hosszú távon pszichiátriai intézményben való létnek, mindennapi életnek?

2. A bentlakók hogyan és milyen értelmet adnak hosszú távú pszichiátriai tartózkodásuknak?

3. Módszer

Kutatásunk a Szentgotthárdi Szakosított Otthonban 2017 novemberétől 2018 májusáig zajlott. Kétszer kerestük fel személyesen az intézmény, hogy elkészítsük az interjúkat, az első három szerző, illetve az utolsó szerző, a kutatás vezetője, valamint az intézetigazgató, aki helyben volt, a hatodik szerző. Utóbbi szerző, az intézet igazgatója természetesen nagy segítséget jelentett a kutatás megszervezésében, ugyanis ő választotta ki az önként jelentkezők közül az interjúalanyokat. Ezenkívül ő járt el az etikai engedélyek tekintetében, az interjúalanyok gyámjainak hozzájárulásáért, illetve ő informált minket az interjúalanyok diagnózisáról, kórtörténetéről, amennyiben ez releváns volt. Az etikai engedélyt a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Regionális Kutatásetikai Bizottsága adta ki. Az interjúalanyok gyámjai is hozzájárultak a részvételhez és az interjúk felvételéhez.

3.1. Minta

Ahogy az irodalmi bevezető is tükrözte, a kutatás a hosszú távú pszichiátriai tartózkodásra koncentrált, ezért a minta összetétele is ennek megfelelően alakult ki. A hosszú távú bentlakás kritériumának biztosítása érdekében olyan interjúalanyokat toboroztunk, akik legalább 20 éve az intézményben élnek. Az intézményben való tartózkodás hosszát tekintve a mintában az átlag $M=27,66$ év volt. A tartózkodási minimum év 21 év volt, a leghosszabb ideje bentlakó interjúalany pedig 37 éve élt az intézményben.

A 20 évnél régebb óta folyamatban lévő bentlakás azért volt fontos, hogy a kutatásunk során interjúalanyaink érdemben tudjanak reflektálni az intézményi, valamint a saját magukkal kapcsolatban megélt változásokra az intézményi tartózkodásuk alatt. Továbbá tekintve, hogy a koherens rekonstrukció, az emlékezeti elérhetőség fontos volt számunkra, a demencia diagnózisa kizáró kritérium volt, bár a koherencia a skizofrénia esetében is sokszor kérdésessé vált az interjúk során. Viszont a skizofrénia esetében

legalább valamire való emlékezés jelen volt, még ha ezek az emlékek a belső világ által esetleg torzítottak is voltak.

Összesen 11 interjút vettünk fel, amelyből végül 6 interjút elemeztünk, mivel a másik 5 interjú nem szolgáltatott kellően részletes, mennyiségileg megfelelő, vagy koherenciáját tekintve értelmezhető adatot ahhoz, hogy Interpretatív Fenomenológiai Analízissel (IPA, Interpretative Phenomenological Analysis) elemezzük. Az interjúk kihagyására vonatkozó döntés természetesen kutatócsoporti konszenzus alapján született. Az elemzett 6 interjúból 3 női, 3 pedig férfi interjúalannyal került felvételre.

Kutatásunk során sokszor folytattunk a kutatócsoporton belül diskurzust arról, hogy nevezzük interjúalanyainkat. Ez a nemzetközi publikációnál és most, a kutatás bemutatásának megszövegezésénél is kérdés. Először úgy éreztük, hogy nem fogjuk használni a „beteg, betegek” kifejezést, tekintve, hogy ebben a kutatásunkban éppen egy autokratikusan működő intézményi rendszert mutatunk be, amelynek része az is, hogy a bentlakók betegek, nem mások. A kliens kifejezéssel az a gond, hogy klinikai, kórházi környezetben tájidegen, hiszen ez inkább a pszichológiai magánpraxis nyelvezete.

A lektorokkal való levelezés eredményeképpen mégis a patient, beteg kifejezés mellett döntöttünk, azon a hivatkozási alapon, hogy az intézményi kontextus diskurzusában ez a bevett kifejezés (Simmons és mtsai, 2010). Természetesen egy cikk közlési folyamatában a kutató a bevett formulákat követi annak érdekében, hogy ténylegesen megjelenjen az írása, viszont a személyes véleményem az, hogy az intézményi struktúrák is épp így, azon érvrendszer mentén merevednek meg, hogy „így szoktuk”, ahogyan végül mi sem a bentlakók kifejezést használtuk, hanem a beteget, mert így szokták őket nevezni.

A hat interjúalanyunkból (Mkor=65,16 év, minimum=42 év, maximum=76 év), egy beteg a pszichopátia diagnózisával, egy bipoláris zavarral, egy bipoláris zavarral, és három a skizofrénia diagnózisával rendelkezett. A minta részletes leírását az alábbi táblázat tartalmazza:

8. Táblázat: Az interjúalanyokra vonatkozó fontosabb információk.

(Ál)név	Nem	Kor (év)	Iskolázottsági háttér	Bentlakás időtartama (év)	Diagnózis
György	Férfi	66	Általános Iskola	37	Skizofrénia
Tamás	Férfi	61	Általános Iskola	23	Skizofrénia
Lajos	Férfi	72	Gimnázium	27	Pszichopátia, akut pszichotikus zavar
Rita	Nő	74	Gimnázium	33	Bipoláris zavar
Hilda	Nő	76	Gimnázium	21	Skizofrénia
Eszter	Nő	42	Speciális iskola	25	Bipoláris affektív zavar

3.2. Adatgyűjtés

A kutatás során félig-strukturált interjúkat vettünk fel, 24 perctől (minimum) 1 óra 28 perc (maximum) időtartamnyi terjedelemben. A struktúra főbb csomópontjai a következők voltak: a hosszú távú pszichiátriai tartózkodás tapasztalatai, az éntapasztalásban bekövetkező esetleges változások, életkörülmények, kapcsolatok. Általában az IPA-ra jellemző nyitott kérdésekkel operáltunk, mint például: *Milyen érzés itt élni? Milyen változásokat tapasztalt, mióta beköltözött?*

3.3. Adatelemzés

A diktafonnal (/telefonnal) felvett interjúk hangfelvételéből szöveges leíratot készítettünk. Ezeket a legépelt interjúkat aztán az első négy szerző elemezte, felosztva azokat, majd kölcsönösen áttekintve egymás elemzéseit. Az interjúkat az IPA (Smith és mtsai, 2009) módszerével elemeztük, amelynek bemutatására nemsokára kitérek. Az IPA standardjainak megfelelően a háromszlopos elemzésben a bal margón a kiemelkedő témákat, a jobb margón a magyarázó kommentjeinket, értelmezéseinket helyeztük el (Smith és Osborn, 2008).

Ezután a kutatócsoport egésze rendszerezte a témákat, majd az ötödik és az utolsó szerző újra áttekintette az egész elemzést, hogy egy független (értsd: az elsődleges elemzésben részt nem vett szerzők általi) revízió megszülethessen. Az eredmények véglegesítése során ebben a folyamatban az elemzésre vonatkozó kutatócsoporton belüli egyet nem értéket tisztáztuk, esetlegesen változtattunk azokon, hogy megszülethessen egy átfogó konszenzus.

3.4. A választott elemzési módszer, az Interpretatív Fenomenológiai Analízis szemlélete és filozófiai háttere (Pintér és Kiss, in press alapján)

A fenomenológia egy olyan 20. századi szemlélet, amely az addig tradicionális objektív világszemlélettel ellentétben az egyén szubjektív tapasztalatából indul ki, így nem az objektívan tudhatóra koncentrál (hovatovább, meg is kérdőjelezi annak létezését), hanem a tudat élményére, a tudat fenoménjeire magára koncentrál, valamint arra, hogy ez a tudat hogyan értelmezi a számára adódó jelenségeket.

A fenomenológia kezdeteként két fontos szerző Franz Brentano és Edmund Husserl munkásságát szokás megnevezni, méghozzá egymástól nem függetlenül hiszen előbbi deskriptív (a szubjektív pusztán leírása) pszichológiájával (hasonlóan Dilthey, 1974 leíró pszichológiájához), valamint az intencionalitás, a valamire való irányultság fogalmával (Brentano, 1982) jelentős hatást gyakorolt utóbbi fenomenológia elnevezésére.

Husserl az addig divatos reprezentáció fogalmat változtatta meg a brentano-féle intencionalitás fogalmára, kifejezve ezzel ezt a különbséget, hogy a tudat nem leképez (ez a felfogás közvetett kapcsolatot feltételez a leképező és a leképezett között), hanem irányul (ez a felfogás közvetlen kapcsolatot feltételez a tudat és a tudat tárgya között, hiszen a tudat mindig irányul valamire).

Husserl (1954/1998) így tehát a fenomén, a megjelenő tapasztalat vizsgálatát szorgalmazta, és ezen igyekezetében jelent meg a filozófia történetében az, hogy elszakadhatunk attól az elgondolástól, hogy a tapasztalótól létezik függetlenül egy tapasztalható világ. Innentől kezdve megjelenik az az üdítő gondolat, hogy az észlelő és az észlelt folyamatos interakcióban van, a kettő összemosódik (Ulmann, 2010), tehát nem vizsgálható egymástól szeparáltan, az észlelőt nem lehet innentől kezdve (ebben a paradigmának) egy objektív megfigyelési pontként kijelölni.

Husserl mindemellett a módszertani szinten a redukciót emelte ki, mint a fenomenológia eszközt (Husserl, 1972/1993). Ez a fogalom az elemzések során a prekonceptiók reflexiójában nyilvánul meg. Ezt nevezzük ma az Interpretatív Fenomenológiai Analízisben zárójelezésnek. Fontos, hogy nem törekszünk ezen prekonceptiók tudatból való kiiktatására (hiszen ez szinte lehetetlen), hanem arra törekszünk, hogy a zárójelen belül reflektáljunk ezekre, mintegy ezzel neutralizálva a jelenséget tudatunk szennyező természetétől.

Ez a zárójelezés vagy a redukció egy olyan folyamatot jelöl, amelynek során felszabadítom a tudat számára megjelenő tárgyakat az azokra előzetesen ráakódott tudati salaktól (előzetes vélemények, sztereotípiák stb.). Ezt nevezzük úgy, hogy a természetes beállítódástól (amit a hétköznapi tudatunk automatikusan végez: címkéz, előítéletekkel lát el stb.) eljutunk a fenomenológiai beállítódásig, amelyben tisztán, újként csodálkozunk rá a számunkra megjelenő jelenségekre. Gadamer (2003) később ezt a folyamatot az előítéletek rehabilitációjának nevezi.

A fenomenológiai megközelítésben és módszerben így tehát nem arra kérdezzük rá, hogyan reprezentálja tudatunk a világot, hanem arra, hogyan konstituálja tudatunk a fenoméneket (Ullmann & Olay, 2011). Mit jelent ez a tapasztaló számára? Azt, hogy az én nem lebeg az élmények fölött és nem onnan néz le azokra, nem szubsztantív. Az én sokkal inkább relatív, hiszen a fenoménnel való kapcsolata teszi azzá, ami.

Az IPA számára a fenomenológiai alap mellett kiemelten fontos a hermeneutikai hagyomány is. A hermeneutika a fenomenológiával szorosan összefüggő iskolaként jött létre, leginkább Gadamer (2003) és Ricoeur (2001) munkásságával fémjelezve.

A hermeneutika Arisztotelész Hermeneutikája (1994) nyomán röviden az értelmezés tudománya, amely Dilthey (1974) munkássága nyomán kezdett el kibontakozni, aki már korán hangsúlyozta, hogy a megértés és az értelmezés természetéből fakadóan befejezhetetlen. Ezzel a gondolatával már utalt a hermeneutikai kör fontos fogalmára is.

Dilthey után Gadamer (2003) fejtette ki azt jelenséget, miszerint a tapasztaló és a tapasztalat tárgya olyan kölcsönhatásban is áll egymással, hogy a tapasztalat tárgya visszafordul a tapasztaló felé is, a magunkról való tapasztalás pedig végtelen. A megértés Gadamer szerint akkor jön létre, amikor a megértő és a megérteni kívánt tárgy horizontja ebben a folyamatban összeolvad. Gadamer attitűdjét jól tükrözi, hogy a megértendő tárgyra

nem az „az”, hanem „te” megszólítással tekint, és a mély megértés érdekében a szöveggel való, mint egy élő emberrel való beszélgetésre bátorít.

Ezeknek a gondolatoknak a mentén fűződik a heremenutikai kör fogalma Gadamer nevéhez. Eszerint egy szöveg egésze nem érthető meg annak részeinek megértése nélkül, viszont a részek megértése csak az egész szövegen belül érthetőek meg. Erre utal Ricoeur is (2001), amikor azt fejtegeti, hogy a szöveg nem mondatok egymás után következő lineáris sorrendisége, hanem egy egységet képvisel.

Jelen kutatásban betöltött fontossága mellett fontos megjegyezni, hogy disszertációm egésze szempontjából azért bír kiemelt jelentőséggel a fenomenológiai szemlélet és a hermeneutikai hagyomány, mert annak ellenére, hogy a pszichológiát általánosságban a társadalomtudomány és a természettudomány kettős területén belül szokás említeni, a disszertációm kutatásai valójában a kettő közül egyik paradigmába sem illenek szigorúan és kizárólagosan bele. Ezért fontos itt megjegyezni, hogy a fenomenológiai-hermeneutikai (jelen szentgotthárdi kutatás), valamint a narratív és strukturalista megközelítéseket (következő kutatás) a pszichológia, mint humán tudomány diszciplína tudná keretbe foglalni, önálló tudományági perspektívát képezve.

3.5.A választott elemzési módszer, az Interpretatív Fenomenológiai Analízis elmélete és gyakorlata (Kovács, Kassai és Rác, in press alapján).

Az Interpretatív Fenomenológiai Analízis (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA), mint kvalitatív módszer elsősorban a szubjektív viszonyulásmódra fókuszál, és azoknak az elbeszélő által adott jelentésének megértésére, mélyebb rétegeinek feltárására és értelmezésére törekszik (Kovács, Kassai, Rác, in press).

Ennek alapján tehát nem a személy életében bekövetkezett vagy bekövetkező konkrét történésekre helyezi a hangsúlyt, hanem a személy ezekre vonatkozó viszonyulásmódjára, értelmezésére, tehát a személy egyéni perspektívájára. Ez a megfontolás azon a fenomenológiai alapvetésen nyugszik, hogy egy esemény számtalan különböző jelentést hordozhat magában. Ezek a személy viszonyulásától, intencionalitásától függenek. Eszerint egy eseménynek nincs eleve adott vagy önmagától értetődő értelme és jelentése, hanem az egyéni tudat instencionalitása alkotja meg azt (Kovács, Kassai és Rác, in press).

Az egyéni viszonyulásmód megértéséhez így egy idiografikus módszer szerencsés, amelynek keretén belül a kutató elhivatottan és átélten igyekszik megérteni, hogy egy

személy egy élményt hogyan él át, hogyan értelmezi, és mi a vélekedésre arról, hogy milyen hatása van az adott esemény arra, ahogyan látja magát (szelfjére) és saját életére. Ehhez az idiografikus megközelítésen túl, a kutatónak egy hermeneutikai értelmezési szemléletet is érdemes alkalmaznia. Ez arra vonatkozik, hogy a rész (pl. egy interjú belüli konkrét élmény vagy emlék és az ahhoz való viszonyulás) nem érthető meg az egész ismerete nélkül (ebbe beleértjük konkrétan az interjú egészét, a személy egészét, és élete egészét), és ez igaz fordítva is: az egész sem érthető meg a részek ismerete nélkül. Ezért a rész és egész között folyamatos, körkörös mozgás, megértés szükséges.

A módszert már a kilencvenes évek közepe óta használják, és alapítói Smith, Larkin és Flowers (2009) az IPA szemléletét egy klasszikus, tengerparti példával szemléltetik. Ebben arra kéri meg az olvasókat, hogy képzeljék magukat egy nyári tengerpartra, és egyfajta mindfulness szemlélettel vezessék végük figyelmüket magukon és a környezetükön. Ezután megkérlik az olvasókat, hogy képzeljék el mindezt egy hosszú idő óta krónikus beteg helyzetébe helyezkedve, aki hosszú évek óta nem volt a tengernél, és próbálják elképzelni mit jelent számára a tenger, hogyan élné meg saját testét, ami esetleg sok műtéten és szenvedésen esett át, a természeti környezetet és a körülötte lévő embereket. Már ebben a szemléltető példában megjelenik a hermeneutikai gondolkodás, hiszen az egész nélkül, a krónikus betegség teljes élményvilága nélkül nem tudunk megérteni egy olyan részletet, mint a napsütés milyensége, élménye az ember testének bőrén, valamint az egészt sem tudjuk megérteni ezeknek a szemléletes rész-élményeknek a megértése nélkül.

A szerzők ezzel a példával szeretnék szemléletessé tenni, hogy ugyanarról a helyről, ugyanarról a napról, ugyanarról a kontextusról minden bizonnyal mi és a hosszú ideje krónikus beteg ember teljesen más élménnyel viseltetne, más megéleésekről számolna be. Az IPA ezért a személyes viszonyulást helyezi a középpontba. Az IPA tehát elsődlegesen arra fókuszál a megélt élmények feltárásánál, hogy a személynek milyen érzései, milyen gondolatai voltak ezekkel kapcsolatban és hogyan látta saját magát (szelf-reflexió) ezeknek az élményeknek a tükrében.

Az elemzés folyamatában először is természetesen alaposan és többször elolvassuk az interjúk átíratát. Véleményem szerint hasznos, ha mi magunk gépeljük le a hanganyagokat és nem delegáljuk azt külső munkatársnak, mert ennek a módszernek köszönhetően nagyon mélyen meg lehet ismerni az interjút és az interjúalanyt. Aztán a szöveget egy háromszlopos keretbe helyezzük el, ahol a szöveg kerül a középső oszlopba. Először is a szöveget jelentési egységekre osztjuk. Ezek a jelentési egységek azt jelentik

gyakorlatilag, hogy meddig tart egy szorosan összetartozó gondolatmenet, hol vannak a gondolatmenetek határai.

A jelentési egységekre való felosztás után maga az IPA elemzés három fő lépésből és több al-lépésből áll, a hermeneutikai elemzés szabályai és a transzparencia folytonos szem előtt tartása mellett. A lépések rigorózus követése segít nekünk abban, hogy hosszabb idő és sokszor beszűkült munkatudat után is közel tudjunk maradni az interjúkhoz és az interjúalanyok effektív élményeihez. Ha egy-két lépést átugrunk, akkor könnyen bekerülhetnek az eredményeinkbe olyan prekoncepcióink is, vagy saját értelmezéseink, amelyek nem az interjúkon alapulnak (Kovács, Kassai, Rácz, in press).

Az elemzés átlátható, főbb lépései így következnek egymás után:

1. először az interjúk idiografikus elemzését valósítjuk meg, a magyarázó jegyzeteink és az első elemzési témák létrehozásával. Ezekből bontakoznak ki ezután a személyes élményre vonatkozó fő -és altémák.

2. A második nagyobb lépésben az esetek (interjúk, interjúalanyok) közötti elemzésre fókuszálunk, tehát szintetizáljuk az interjúkat olyan tekintetben, hogy melyek azok a fő -és altémák, amelyek közösek, tehát amelyek különböző esetekben, különböző interjúkban egyaránt megjelennek.

3. A harmadik lépésben ezeket a második lépésben létrejött közös fő -és altémákat írjuk meg eredményekként, kifejtve a közös fő -és altémák jelentéstartományát (Kovács, Kassai és Rácz, in press).

Részletesebb lépésekben a gyakorlat szintjén kifejtve mindezt tehát az értő, mély olvasás után a jobb margóra a többszöri olvasások közben kutatói kommentjeinket (annotációinkat) rögzítjük. Ezek a megjegyzések általában a szöveg összefoglalására vonatkoznak (tartalmilag pontosan mit mondott itt az interjúalany), valamint nyelvi és pszichológiai interpretációkat jelentenek. Gyakorlati stratégia szintjén Kovács, Kassi és Rácz (in press) javaslata alapján az érdekes nyelvi sajátosságokat lehet például dőlt betűvel jelölni, a szöveg összefoglalásait normál betűtípussal, pszichológiai interpretációkat, érzéseket, belátásokat pedig aláhúzással.

Ezután a bal margóra rögzítjük az összefoglalások és az értelmezett összefoglalások mentén kialakuló témákat, amelyekkel az eredmények kialakításánál dolgozni fogunk. A bal margóra az élmény-témák kerülnek, ezek lesznek az interjúkban megjelenő, pszichológiailag releváns interpretációk. Ezek pontosabban olyan szövegrészletek, amikor

a személy elmondja, hogy mit jelent számára egy esemény az életében. Ennek a jelentésnek különböző rétegei vannak, attól függően, hogy mivel kapcsolatban értelmezi az eseményt: szó szerinti (mit mond?), pragmatikai (mit ért alatta?), élményszintű (mit jelent?), egzisztenciális fontosság szintű (mit jelent az interjúalany identitására nézve, önmagára vonatkoztatva?), valamint az egzisztenciális jelentés szintű (mit jelent az egész élet?).

A jobb és a bal margó különbségtétele azért fontos, mert lépcsőzetes elemzést biztosít, hiszen a téma megnevezése már egy kivonatolását jelenti az összefoglalásnak és a parafrazált interpretációnak. Az elemzési fókusz így a fentebb bemutatott rétegek mentén a következő szinteken mozoghat: *Mi történik? Mit ért ő ez alatt? Mit jelent számára ez az élmény? Mit jelent ez az élmény az identitására nézve? Mit jelent ez az életére nézve, mit jelent az élete?* (Rácz, Kovács, Kassai, in press).

A módszer kapcsán fontos megemlíteni, hogy az IPA kutatásoknak jellegzetességei a kontextusfüggőség és a homogén minták használata, az elköteleződés és a szigorú szabályosság (a kutatási kérdésnek megfelelő módszer következetes alkalmazása), transzparencia és koherencia (a kutatás egyes lépéseinek leírása, azért, hogy az olvasó követni tudja a kutatás, illetve az elemzés menetét, a témák és főtémák kialakítását) (Kovács, Kassai, Rácz, in press).

A gyakorlati kutatói stratégia szintjén Kovács, Kassai és Rácz (in press) javaslata megfontolandó praktikákkal szolgál. Az előbbieket után minden élmény témát érdemes legépelni, valamint zárójelben feltüntetni az interjúban lévő helyét a visszakövethetőség érdekében (oldalszám, sorszám). A vizualitás rendezési munka érdekében kinyomtathatjuk ezeket, témánként felvágathatjuk a lapokat, majd egy üres asztalra téve a cetliket elkezdődhet a rendezési munkafázis, a cetlik kategorizálása a kulcs élmény, az identitásélmény, vagy akár a hasonlóságok-különbözőségeik szerint. Így tehát fő- és altémákba rendezzük az előzetes témákat. Ennek a folyamatnak a végén a fő- és altémák kiemelik az interjú alany személyes tapasztalati megélését. Ezeket nevezhetjük el Személyes Élmény Fő- és Altémáknak.

Amint létrejött ez a személyes szint, következhet ezeknek az összevonása. Ehhez meg kell találnunk a tapasztalatok közös, osztott rétegeit. Ezt úgy tehetjük meg, ha az azonos vagy hasonló Személyes Élmény Főtémákat összevonjuk. Ezeket az összevont témákat nevezzük Közös Élmény Témáknak. Ahol erre nem volt lehetőség, mert eltérnek a Személyes Élmény Főtémák, ott felbonthatjuk ezeket a Személyes Élmény Főtémákat az

altémák, témák mentén. Ezután új, alkalmasabb Közös Élmény Témákat kerestünk, új lehetséges kapcsolatok számbavételén keresztül. Az interjúk közötti idiografikus figyelnünk érdekes. A legfontosabb szempont ekkor a Közös Élmény Témák közötti átfedés elkerülése. Olyan témákat igyekezünk alkotni, amik a legkoherensebben és egyértelműen mutatják magukat.

Elemzésünket a szentgotthárdi interjúkon tehát pontosan ezen a munkamódszertanon keresztül valósítottuk meg.

4. *Eredmények*

4.1. *Előzetes eredmények*

Álljon itt egy példa a jelen kutatásból, amely bemutatja elemzési loginkát az eredmények kialakulásához vezető úton. Szándékosan egy olyan interjúrészletet választottam, amelyben fókuszba kerül az időhöz való viszonyulás és a szelfek idősíkok szerinti felosztása, amely disszertációm fő vezérfonala. Az eredmények felosztásában is az időhöz kötődő szelf-élmény kibontására fogok majd fókuszálni.

	<i>És most miket csinál?</i>	
A gyengeséggel való azonosulás	Valamikor jóformán annyi erőm nincsen, hogy megálljak a lábamon.	Alig van ereje, fizikailag korlátozottnak érzi magát
Vissza a múltba Kontrollérzet, büszkeség, autonómia	Ennyi. Ja mert eleinte itt volt a focipálya, vettem egy ötös bőrfocit, bőrfocit, vettem hozzá pumpát és akkor rúgtam, játszottam	Vásárolt valamit, van magántulajdona
Magány és szabadság egyben	magam egyedül a pályán magamat kicseleztem, rugdaltam kapura, meg volt olyan, hogy azt csináltam, hogy beálltam a szögletászló mögé, kicsit	Egyedül játszik
Elmerülés az emlékekben		Részletes leírás a játékról
Kreativitás		

Kompetenciaérzés	beljebb csempészem a labdát, a szögletzászlótól, hogy megpróbáljam a kapuba erőből, fél erőből, erőből belőni a hálóba, betekerni a hálóba a labdát.	Részletes leírás, ismétlések a fineszességéről
Nosztalgia	Volt olyan, hogy	Ügyesnek érezte magát
	háromszor eltaláltam a kaput. Három, három gólt	Nosztalgia
Sikerélmény, kompetenciaérzés, büszkeség	rúgtam üres kapu, jó üres kapu volt, de kapu volt, és nehéz szögből volt és távolról volt. Jó kis cipő volt az a kínai sportcipő.	Részletes leírás ismétlésekkel a sikerélményről
Tárgyi kötődés	Az tényleg kihasználta az idejét és a hát a kis viselését, használati idejét. Ja. Most csak létfontosságú dolog.	Nehéz körülmények között ügyes.
Ja: Amivel visszarántja magát a jelenbe	Fogom az ebédnél lévő, az ebédnél fölmosott vizet azt szoktam kiönteni, kiöblíteni a vödröt és visszavinni. Ja meg amikor	Sokáig szolgálta őt ez a cipő A „Ja” külön jelentési egység, mivel ez egy lemondó sóhaj
Leépülés, hanyatlás, gyengeség	még jobban volt	Nincs ereje, bagatell dolgokat sem tud már megcsinálni
Vissza a múltba, vissza az erős énhez, kapaszkodás	hangulatom, erőnlétem, minden, akkor hozták föl a liftekből a szennyest az emeletre (?) demensre,	Régen volt ezekhez, sőt ezeknél is többre ereje.
Hirtelen betör egy végzetes jövőkép, lemondás magáról, félelem	ahol majd én is végzem valószínű, és oda kellett bevinni az ágyneműket, ruhaneműket, pólók, ing,	Hirtelen beszúrja, hogy a demensen végzi majd

<p>Mínta mi sem történt volna, Vissza a jelenbe, vissza a gyenge énhez, leépülés, veszteségélmény</p> <p>Érzelmek nélküli, tényszerű közlés</p> <p>Először hozza be a szellemi síkot, eddig mindig fizikai volt. Identitásvesztés, lemondás saját magáról, és a világ látásáról, a világgal való kapcsolatról</p> <p>Egy gyors visszakapaszkodás a régi énjéhez, de már csak egy mondat erejéig, a zárás negatív.</p>	<p>pizsama, pelenka... ja az egy külön szám amikor pelenkát hoztak. Most már nem bírom, egyszerűen képtelen vagyok felemelni. Annyi erő nincs bennem.</p> <p><i>Hogy érti, hogy Ön is ott végzi a demensen?</i> Ott végzem a demensen.</p> <p><i>Miért?</i></p> <p>Mert leépülök úgy <u>szellemileg</u>, <u>értelmi képességbelileg</u>, hogy elveszítem az <u>öntudatomat</u>, elhomályosodik a szemem, nem jó, most már egyik szememre se látok jól.</p> <p>Valamikor még távolra jól láttam. Most már távolra sem látok jól.</p>	<p>Folytatódik a felsorolás</p> <p>Már nem bírja, amit korábban bírt</p> <p>Nagyon kevés az ereje</p> <p>Tényszerű közlés</p> <p>Kifejti a negatív jövőképet</p> <p>Elveszíti az önmagával való kapcsolatot</p> <p>Szem: elveszíti a világgal való kapcsolatot</p> <p>Régen jobban látott. Már ez is elveszett.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Az elemzés után az IPA módszertanában megpróbálunk egy olyan pszichológiai értelmező keretet adni az elemzés nyersanyagának, amely dinamikájában is átadja az interjúalany élményvilágát.

Jelen esetben ebben a rövid idézetben (és az interjú egészében is) azt látjuk, hogy a kiemelkedő témák az erő-gyengeség, a kompetencia-inkompetencia, az effektancia-passzivitás kettősségei köré szerveződnek. Ez a kettősség pedig időben van megjelenítve,

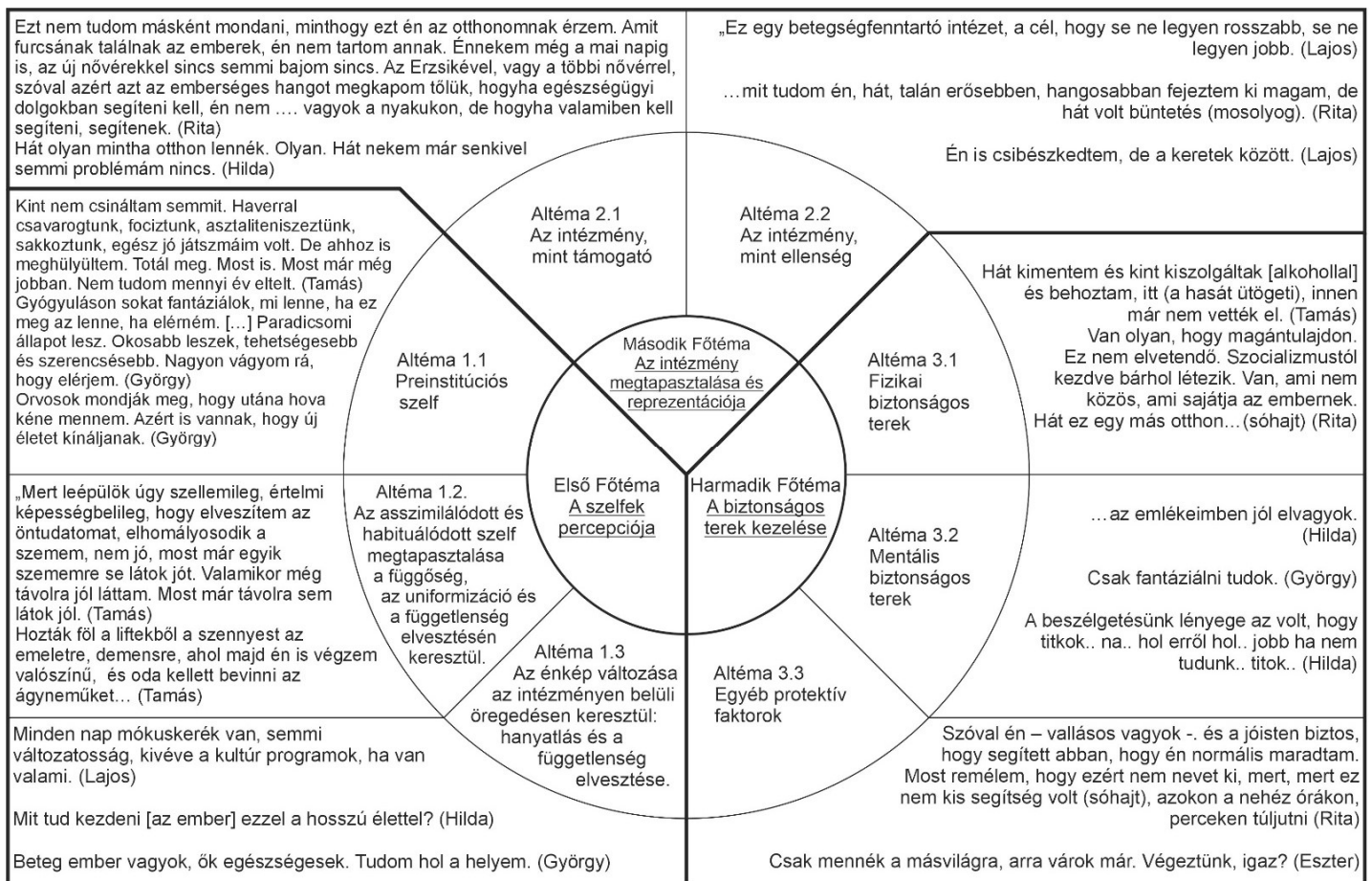
hiszen a múlthoz, a múltbeli énből való megszólalásokhoz kapcsolódik az erő, az autonómia, a kompetencia, az énhatékonyság élményvilága.

Ahogy később látni fogjuk, ezt neveztük kutatásunkban preinstitúciós szelfnek, amely az intézménybe kerülés előtti, vagy az intézménybe kerülés korai szakaszaiban megjelenő szelfet jelenti. Ezzel szemben áll a jelenben tapasztalt institúciós szelf, amely passzivitást, gyengeséget, hanyatlást, leépülést tapasztal, és ezt az élményt vetíti ki a további, negatív jövőbe is. Az elbeszélőnek az idősíkok közötti váltogatása tehát a megszólaló szelfjeihez is kötődik.

A dinamika feltérképezése után pedig megpróbáljuk ezt egy eggyel mélyebb, funkcionális értelmezési keretben is elhelyezni, annak a kérdésnek a megválaszolása mentén, hogy ha már látjuk, hogy fontos számára időről időre visszaváltani ebbe a múltbeli szelfbe, hogy miért van erre szüksége? Ehhez természetesen már szükségünk van az interjú egészére, amelyből kiderül, hogy az intézményi keretek erősen korlátozzák az autonómiát, a személyes kontroll érzését stb. Ezután az IPA-ban megpróbáljuk mindezt egy pszichológiai elméleti keretben is elhelyezni, ami legtöbb esetben jelen kutatásunkban a biztonságos terek (safe spaces) elméleti kerete volt. Ez az elmélet arról szól, hogy nehéz körülmények között az ember milyen biztonságos tereket talál magában, amivel menedzselni tudja identitását. A múlthoz való visszanyúlás, a nosztalgiázás az erős énről egy ilyen biztonságos tér.

4.2. Főbb eredmények

Az interjúkból három mestertéma emelkedett ki (az IPA-ban így hívjuk a főtémákat): *1. A szelfek percepciója; 2. Az intézmény tapasztalása és reprezentációja; 3. A biztonságos terek fenntartása, kezelése.* Eredményeinket, a főtémák, altémák és idézetek mentén a következő ábra mutatja be.



4.3. Az első főtéma bemutatása: A szelfek percepciója

A hosszú távú ellátás alatt az interjúalanyok szelfpercepciója megváltozott. Az első főtéma erről szól, és három altéma köré szerveződik.

4.3.1. Preinstitúciós szelf

A preinstitúciós szelf altémája azt jeleníti meg, hogy a betegek hogyan látják magukat az intézménybe való költözés előtt. Általánosságban az az eredmény emelkedett ki az interjúkból, hogy sokkal inkább effektív ágensként élik meg az intézmény előtti énjüket, mint a jelenlegi intézményen belüli énjüket, az institúciós szelfjüket. Ez a preinstitúciós szelf számtalan társadalmi szerep keretében megjelenhetett a különböző interjúalanyoknál.

„Örömtől síró Európa-bajnokból a bolondok házába.” (György)

György úgy látja és mutatja be magát mielőtt bekerült az intézménybe, mint teniszbajnokot, aki rendkívül sikeres és elégedett. Mondatának második fele viszont egyetlen félmondatba sűríti életrratíváját. Ebből a narratívából visszhangzik korábbi, intézmény előtti szelfjének hanyatlása, és egy lefelé tartó életútrratívát fest elénk.

*„...szabad voltam, mint a madár, sajnos szégyen, anyunak a nyakán csüngtem,
lógtam, sokat veszekedtünk, vitatkoztunk.” (Tamás)*

Tamás a madáréhoz hasonlítja az intézménybe kerülés előtti szabadságát. Viszont, a második tagmondatában szégyenteljesként írja le az anyjával való kodependens kapcsolatát. A szabadság, az autonómia és a kontroll érzése mégis megjelent ebben a kapcsolatban, a vitatkozás mint effektanciát tükröző tevékenység, és a döntési képesség, szabadság képében.

4.3.2. Az asszimilálódott és habituálódott szelf megtapasztalása a függőség, az uniformizáció és a függetlenség elvesztésén keresztül

Ez az altéma leginkább azt az osztott tapasztalatot jeleníti meg az interjúalanyok között, hogy az intézménybe kerülés után, az intézményi lét alatt elkezdtek elfogadni betegstátuszukat és alkalmazkodni az intézményi környezethez, asszimilálódni az intézményi struktúrába. A beszámolókból az is kiderül, hogy a bentlakók egyre erőteljesebben függenek az intézménytől, és az intézmény tagjaként és a betegként való identifikációjuk is erősödik.

*„Beépültem, bealkalmazkodtam magamat, bevágódtam és jól viselkedtem.”
(Tamás)*

Tamás az alkalmazkodással kapcsolatos tapasztalatait az uniformizált szelfjéből meséli el (van neki ugyanis egy lázadó szelfje is párhuzamosan, az intézménnyel való szembenállásban.) Tamás megjeleníti ebben a megnyilatkozásában azokat az erőfeszítéseket, amiket annak érdekében tett, hogy részévé váljon az intézménynek, és alkalmazkodjon az új körülményekhez, amelyek a bentlakással együtt jártak. A közös normák és szabályok elsajátítása során így kialakul egy új szelf, ami a preinstitúciós szelfhez képest már organikus része az intézménynek.

*„Itt olyan emberek is vannak, akiket a törvény küldött ide, például aki leszúrt
valakit. De ezekkel semmi gond nincsen. A nagy ellenfél az alkohol.” (Lajos)*

Ebben az idézetben megjelenik egy változásra való reflexió. Egy olyan változásra, amely az intézménybe kerülés előtti normák és az intézményes normák különbségére vonatkozik. Lajos ebben az idézetben egy külső perspektívából kezd el beszélni, hiszen a törvényt említi, és megjelenít ezáltal egy olyan különbséget, hogy a kint súlyosan megszegett (emberölés, pontosabban az emberöléses múlttal való együttélés) társadalmi norma itt elfogadott, míg kint elfogadott alkoholfogyasztás bent sokkal nagyobb bűn.

Fontos megjegyezni, hogy az emberülés korábban, a múltban történt, az alkoholizálás pedig a jelenben és ennek az időbeli különbségnek megvan a maga jelentősége. (Az intézményen belül az emberülés ugyanúgy nem elfogadott – de nem is történik meg.)

Ez egy ellentmondást jelenít meg, a preinstitúciós szelf és a bentlakó szelf normavilága között, ami végül az institúciós szelf dominanciájához vezet, mégpedig az intézményi szabályok elfogadásával és az énképbe való integrálásával.

„Most már jó dolgom van, békén hagynak, ismernek. Ha jön egy új dolgozó nem a helyeket kell megmutatni neki és nem a gyógyszereket, hanem engem, a Lajost mutatják be.” (Lajos)

Lajos büszke arra, hogy prototipikus tagja lett az intézménynek. Az ő megismerése és megértése egyben az intézmény megismerése és megértése. Lajos tehát az alkalmazkodási és beilleszkedési folyamat végén teljesen azonosította magát az intézménnyel.

4.3.3. Az énkép változása az intézményen belüli öregedésen keresztül: hanyatlás és a függetlenség elvesztése

Az identitás változása az intézmény előtti, preinstitúciós szelf leépülésével folytatódik, és a mentális és a fizikai leépülés során csúcsosodik ki.

*„Sok volt a munka akkor, nem bírtam csinálni. 25 évig a konyhán dolgoztam, mosogatni, teríteni, széket rakni minden. Idős lettem. 70 éves. Azóta már nem tudom megcsinálni.”
(Eszter)*

Az intézményen belül a munka volt az, amely lehetőséget adott Eszter számára, hogy önmagát mint aktív ágenst tapasztalhatta meg. Az öregedéssel így nemcsak a fizikai képességeit, hanem ezt az önészlelést, a saját énhatékonyságának tapasztalását veszítette el.

„Interjúkészítő: És milyen a szoba közege?”

Eszter: Hát. Nagyember is van köztünk. A Gyöngyike nagyember. A régiek jobbak voltak, de meghaltak. Én mennék a másvilágra, annyi biztos. Akikkel lehetett, jóban voltam, de már sokan meghaltak.”

Az öregedés tapasztalása az intézmény falai között befolyásolja a betegek életét, hiszen az öregedéssel sok társuk meghal. A közeli társaság elvesztése együtt jár a szociális

stabilitás csökkenésével is. Eszter itt generációjának elhalálózásával párhuzamosan kifejezi saját halálvágyát is.

„...mert kaptam olyan injekciókat én, hogy úgy éreztem, mintha újjászülettem volna. Mintha újjászülettem volna. De nem adják, mert drága és pénzbe kerül, és én azt nem tudom megfizetni.”

Tamás ehelyütt, és többször is említi a vele készített interjúban, hogy kapott bizonyos injekciókat, amelyektől erőre kapott, és visszanyerte a régi, erős énjét (újjászületés). Ezen keresztül kifejezi a vágyát ennek a régi, erős, munkára képes szelfnek a visszanyerésére. Az injekciókon keresztül ezt a visszanyerést lehetségesnek is látja, viszont csalódásként éli meg, hogy azok nagyon drágák és már nem engedheti meg őket magának.

Az első mestertéma határozottan mutatja a szelfek idői elrendeződését. Megjelenik a hanyatlás észlelése és tapasztalása mellett egy határozott igény arra vonatkozóan, hogy a jelenben már észlelt lefelé tartó narratíva mellett valahogy be lehessen emelni a jelenbe a régi, erősebb szelfélményt. A múlt és a jelen közötti ezen dinamika mellett a jelenben észlelt hanyatló, gyenge, társait veszített énlémmel párhuzamosan megjelenik a jövőben az én megszűnésének előrevetítése is, és a jelenlegi szelfélmény gyengesége megrövidíti a jövőperspektívát is.

4.4. A második főtéma bemutatása: Az intézmény megtapasztalása és reprezentációja

Kutatásunk során azt tapasztaltuk, hogy az intézmény tapasztalása egyrészt idővel változhat, másrészt az interjúalanyok között is változatos lehet. Az interjúkból az derült ki, hogy a betegek az intézményt, attitűdjüktől függően vagy támogatóként vagy ellenségesen élik meg.

4.4.1. Az intézmény mint támogató

Azok a betegek, akik az intézményt inkább támogatóként élték meg, interjúikban kevesebb konfliktusról számoltak be köztük és a személyzet között. Új otthont találtak és új otthont alakítottak ki az intézményen belül. Ez együtt járt egy új én, az intézményi szelf kialakításával is.

„Hát olyan mintha otthon lennék. Olyan. Hát nekem már senkivel semmi problémám nincs.” (Hilda)

Hilda például az intézményt támogatónak, védelmezőnek, békésnek éli meg, és hasonlítja azt az intézmény előtti otthonához.

4.4.2. Az intézmény mint ellenség

Több interjúalany is volt viszont, aki hangsúlyozta az intézmény/a személyzet és a betegek közötti szembenállást, az érdeellentéteket, a státusz- és hierarchiabeli különbségeket, és az intézményi környezetet és szabályrendszereket inkább kényszerként élték meg.

„Nem kívánatos elem, személy vagyok. [...] Az életemre pályáznak. És pont olyan helyen vagyok, hogy szép lassan, fokozatosan valakit meghülyíteni és aztán kísérletezni rajta. Ilyen gyógyszereket, olyan injekciót, ilyen injekciót. Sok van itt félnormális, normális, elmebeteg, idegbeteg, nem ilyenre számítottam mikor ide jöttem. De mondom... az első három négy hónap, év az jó volt, a többi az moslék.” (Tamás)

Tamás ellenségként írja le az intézményt, mint ami megpróbálja csendben tartani és csak egyre rosszabbá teszi az intézmény a mentális és fizikai állapotát. Így az intézmény válik azzá az entitássá, amely felelős lesz az ő negatív irányba való változásáért, a szabadságának, a kapcsolatainak, az intézmény előtti énjének az elvételéért.

4.5. A harmadik főtéma bemutatása: A biztonságos terek kezelése

A betegek törekednek arra, hogy megtartsák személyiségük kongruenciáját és integritását. Igyekeznek megalapozni az egyensúlyt az intézmény előtti és a bentlakó szelfjeik között. Ezek az egyensúlyozó stratégiák különböző biztonságos terekben manifesztálódnak. Ezekben a biztonságos terekben kerül az autonóm, preinstitúciós szelf biztonságosan „tárolásra”.

4.5.1. Fizikai biztonságos terek

A hosszú távú kezelés alatt a betegek a saját testüket gyakran mint biztonságos teret használják.

„...kapaszkodjon meg, 89-ben volt utoljára szexuális viszonyom nővel. És nem vagyok meleg. Ja. Akkor még kint. Harminc, harminchat, harminchét, harmincnyolc éves

koromban kiütköztek a jelei az impotenciámnak. Nincs merevedés. Hiába egy darabig, mert matyizok és a jobb kezem, ha megsérülne, vagy bármi történne, eltörne, beszakadna, vagy valami, akkor képtelen lennék létezni.” (Tamás)

Tamás esetében a maszturbáció mint testi cselekvés nem marad pusztán fizikai síkon, hanem a lét megtapasztalását is jelenti egy testi formulán keresztül. Azért van ez így, mert a maszturbáció számára egy olyan fontos tevékenység marad, amely a testi integritás megtapasztalását jelenti, a működőképesség élményét adja. A keze potenciális elvesztéséről úgy számol be, ami fenyegetné őt egzisztenciális értelemben, hiszen akkor vége lenne a maszturbációnak is. A maszturbációhoz pedig az erő, a vitalitás, az egységes és biztonságos testkép kapcsolódik, amely élmények (a maszturbációtól függetlenül, általánosságban) az intézmény előtti szelfhez kapcsolódnak.

Ahogy az a továbbiakban láthatjuk, egyazon kliens nem feltétlen csupán egyfajta biztonságos tér stratégiával operálhat. Tamás például további, a testéhez kapcsolódó biztonságos teret is alkalmaz a hosszú távú pszichiátriai gondozás éve alatt.

„Interjúkészítő: Itt bent hogy jutott alkoholhoz?

Tamás: *Hát kimentem és kint kiszolgáltak és behoztam, itt (a hasát ütögeti), innen már nem vették el (nevet). Később itt találok egy, isten nyugosztalja, nyugodjon békében, drága K. Kálmán barátom, becsempésztem alkoholt és bent meg folytattam. Áh, mi volt az a két liter bor, meg volt, amikor megkínáltunk egy-két személyt. (??) Más is megkínáltunk belőle. Két liter. Egyszer fordult elő az, hogy négy üveg, négy üveg, három vagy négy üveg, két literes műanyag flakonba, csavaros tetejű üvegbe behoztam nyoo... négyszer kettő nyolc, nyolc liter bort, négyszer kettő litert, és szépen elszopogattuk, megittuk, elfogyott pár nap alatt, nem nyakaltuk be. Szegény, szegény Kálmán.*

Interjúkészítő: Ő itt volt a barátja bent?

Tamás: *Igen. Tüdőembólia.*

Interjúkészítő: És vannak más barátai itt bent?

Tamás: *Nem nagyon. Izé barát, tinta barát.”*

Interjúkészítő: Az mit jelent?

Tamás: Alkohol barát. Nem nincs. Nem (???) így vagyok ezzel is, hogy szeretnék lemondani róla, de tudom azt, hogy nem megy. Jellemtelen, gyenge akaratú egyén vagyok, nincsenek céljaim, vágyaim. Vágyaim azok vannak, meg céljaim, amit elgondoltam, de...”

Tamás teste jól láthatóan konténerfunkciót tölt be: amit elfogyaszt, az az övé marad. Ha nem hozhat be alkoholt, behozza úgy, hogy már ne vehessék el. A teste így egy határ lesz önmaga és az intézmény között. Az alkohol becsempészésével, az alkohol körül kialakított szociális kapcsolódásokkal, a titokban italozással egy olyan kontextust alakít ki, amelyben újra megtapasztalhatja az erősségét és az autonómiáját. Ez a trükk segít neki abban, hogy érezze, van legalább egy olyan határ, amelyet az intézményi dominancia nem tud átlépni, ami az övé.

Más esetekben a sarokba szorítottság érzése explicit konfrontációhoz vezet. A pszichiátria szabályainak megtagadása szintén egy olyan biztonságos tér lehet, amelyben a szabályokat megtagadó egyén megtapasztalhatja önerejét.

Egy jó példája ennek az, hogy az intézményben nincsen személyes tulajdon. A betegek többségének természetesen van valamilyen passzív jövedelme (nyugdíj, rokkantnyugdíj), ez viszont nem közvetlenül nekik érkezik, hanem egy központi kasszába. Minden kedden van pénzosztás, ekkor lehet egy meghatározott összeget kérelmezni kivételre a betegnek. Ezt a központi kontrollt természetesen nem minden beteg veszi jó néven, illetve több botrány övezte már ezt a megoldást, azon keresztül, hogy az ápolók sokszor a saját maguknak való féltetel gyanújába keveredtek.

„Interjúkészítő: És milyen a kapcsolata az ápolókkal, hogy jön ki velük?

Tamás: Áhhhh. Megvagyok velük. Volt egy afférom egy ápolóval, megráztam az ajtót egy kicsit jobban, elkezdett velem ordibálni, ráncigálni, kiabálni, hogy hogy képzelem, betörök az üveg, téged meg baleset ér azt mondja, engem vesznek elő, hogy ilyen hülye vagy. Hát volt még egy afférom. Megtéptem és megütöttem. Ha jól emlékszem megütöttem, idősebb hölgyet.

Interjúkészítő: Beteget?

Nem, pénzt, anyagbeszerzés, pénztári nőszemély volt, (???) azután olyan szépen kérdezte, hogy mennyit kér Tamás, mennyit óhajt, azért itt simlisség ez is, korábban azért nem volt ilyen, most már lehet ott is odaát is van az új épületbe, előre megmondták, hogy késni fog a pénzkiadás, mint ahogy most is csúszik, mert holnap kapjuk a pénzt...”

Ebben az esetben Tamás agresszív utat választ szükségleteinek kifejezésére, amelyre szintén a testét használja, amiért korábban a verbális szint nem bizonyult hatékonynak számára. A szabályok megszegése énhatékonyságot biztosít Tamás számára ebben az esetben is, ismét szembe tud szállni az intézménnyel. Ez a kezébe helyez bizonyos mennyiségű kontrollt, annak ellenére, hogy a saját pénzét az intézmény kontrollálja.

Más esetekben a szelf határa a személyes tulajdon lesz (lenne). A tárgyi tulajdonok így szintén lehetnek fizikai biztonságos terek.

„Szóval, hát nem az, nem az az én otthonom, hogyha a sajátomban éltem volna, nem betegszem meg ugye, én férjemmel egy, nem hagyom ki persze, meg a gyerekeimet sem... szerettünk utazni. Ő. A mindennapokban helyt álltunk. Mit tudom én, szerettem díszíteni a lakásunkat. Szóval az az... és az az anyém volt, hát szóval van olyan, hogy magántulajdon. Ez nem elvetendő. Szocializmustól kezdve bárhol létezik. Van, ami nem közös, ami sajátja az embernek. Hát ez egy más otthon... (sóhajt)” (Rita)

A személyes tulajdon tehát egyfajta távolságtartó funkciót tölthet be. Távolságot az intézménytől és távolságot a többi betegtől, hiszen van, ami csak az egyéné, nem az intézményé, nem a többi betegé is. A személyes tulajdona létezésének képe segít fenntartani azt a potenciális látszatot, amely jobban hasonlít az átlagélethez, valamint segít kijelölni és megtartani a határokat az én és a mások között.

4.5.2. Mentális biztonságos terek

A mentális biztonságos terek a magánélet bejáratai. Emellett az elszakadás érzését hordozhatják a hosszú távú kezelés kontextusától. A mentális biztonságos terek a kutatásunkban a következők lehetnek: a kényelmes, boldog múltban élés; a titkok, fantáziák, a halál, a vallás és egyéb protektív faktorok, amelyekre külön bekezdésben térek ki.

A kényelmes múltban való élés stratégiáját jól jeleníti meg Hilda:

„...nagyon erős akarattal fogom az emlékeket táplálni, mert tényleg nagyon szép életünk volt. 88-ig.” (Hilda)

Az emlékezet, a szép élet emlékezete egy biztonságos tér Hilda számára. Ezt fejezi ki még erősebben a táplálni ige, amely egy gyermekkel kapcsolatos metafora, érzékeltetve ezzel a múlt emlékeihez való jelenbeli viszonyulását.

A titok a fizikai magántulajdonhoz hasonlóan, a kizárólagosság érzésén (csak én tudom, csak mi tudjuk) szintén biztonságos térként szolgálhatnak.

Interjúkészítő: Most dolgozik?

Lajos: *Nem, abbahagytam, mert olyan társam volt, aki mindig kihúzta magát, és engem vettek elő helyette. Most nem vállalom munkát, mert a gyógyulásra koncentrálok. Ez egész napos munka. Én tudom mi az én részem benne és mi az orvosoké.*

Interjúkészítő: Mi az Ön része benne?

Lajos: *Ez legyen titok.*

Az a döntés, hogy Lajos nem osztja meg azt az információt, amelyet a saját részének gondol a gyógyulásában, egy biztonságos tér, hiszen ez az információ így csak az övé marad. A titokban tartásával pedig Lajos identitásának egy része is magánjellegű marad. Ez egy olyan magánéleti alapja lesz az identitásának, amely a felépülés reményének alapja is, hiszen a titok arról szól, hogy mi az ő része a felépülésében.

Ez a biztonságos tér átvezet minket a fantáziákhoz mint biztonságos terekhez. A fantáziák fontos biztonságos terek lehetnek a hosszú távú pszichiátriai tartózkodás alatt, hiszen ebben a térben álmodozhat a beteg arról, hogy milyen lenne az élete, ha felépülne és kikerülhetne az intézmény falai közül.

Interjúkészítő: Milyen elhatározásai vannak?

György: *Ó, számtalan elhatározásom van. Első tervem, hogy kikerüljek. Ha ez sikerül, enyém lesz az élet. Ha lesz pénzem, sok mindent meg fogok tudni valósítani. Szeretnék tanulni angolt, van zenei vénám, azt mondták, szeretnék zenét is tanulni. A jövőben nem szeretnék itt lenni. Kikerülök, és ezeket megvalósítom, hogy értelmesen teljenek az idős évek. Szeretek írogatni is. Ha gyógyult leszek, jobban fogok tudni írni, de addig ez a betegség gátol. Fizikailag és szellemileg is.*

Interjúkészítő: Miről szeretne írni?

György: *Sci-fi a kedvencem, elég kreatív vagyok. Sok ötletem van, de most a gyógyulással vagyok elfoglalva.*

Interjúkészítő: Ez mit jelent? Hogy telik itt a napja?

György: *Fürdök, mosakodom, gyógyszer, aztán tv-zek, vagy beszélgetünk, kimegyek, angolul tanulok, eltelik az idő. Gyógyulással foglalkozok. Valamit el kell érnem, hogy az orvosnak értelme legyen meggyógyítania.*

Interjúkészítő: *Hogyan foglalkozik a gyógyulással? Mit kell elérnie?*

György: *Motiválom magam, amiben tudom. Céljaim megvalósításának reménye, hogy kijussak.*

Interjúkészítő: *Hogyan lehet kijutni?*

György: *Van róla szó, hogy kimenjek. De senki nem tudja, hogy van-e esélyem. Pénz is kell. Szeretnék pénzt szerezni.*

Interjúkészítő: *Dolgozni szeretne majd?*

György: *Szó sincs munkáról. Szerencsejátékból fogok megélni. De ahhoz szerencse kell. Most nem szerencsejátékozom, mert most nincs értelme, mert nincs szerencse.*

A Györggyel készült interjúrészletből látszik, hogy abban számtalan fantázia és cél megjelenik. Érdekes ezekben a fantáziákban és célokban, hogy mind az intézmény falain kívül van. Egyedül a felépülés reménye van az intézményen belül téri szempontból, de azt is a jövő reményei motiválják a jelenben. György számos képességét, tehetségét említi, amelyeket most úgy érzi, hogy a betegség és a pénz hiánya blokkolnak. Az életet viszont a jövőbe helyezi („*Első tervem, hogy kikerüljek. Ha ez sikerül, enyém lesz az élet*”), amely implicit a jelenlegi életéről, vagy életnélküliségéről is állít valamit.

Az idősebb betegek esetében, akik már kevesebb céllal és reménnyel rendelkeznek, mint György, a halál elképzelése is egy biztonságos tér lehet, egy olyan békés jövő, ahol megszűnnek a jelen létproblémái.

Interjúkészítő: *Milyen volt régen?*

Eszter: *Amikor ott voltam, szerettem Gáspár igazgató urat. Jó ember volt. Beszélgetett velünk. Más volt, más igazgató volt, más betegek voltak. Most rossz emberek vannak. Csak kettővel beszélgetek. Késő lenne már a másvilágra menni. Idős vagyok. 74 éves leszek augusztusban. Most már nem tudok mondani semmit. Rendesebbek voltak, most rosszindulatúak. Ketten vannak, akikkel beszélgetni szoktam. Szigeti néni, meg a Rózsika 2010-ben, 11-ben elment. Elment a kedvem mindentől. Csak mennék a másvilágra, arra várok már. Végeztünk, igaz?*

Interjúkészítő: Ha szeretne elmenni, elmehet.

Eszter: *Nem tudok többet beszélni már. Viszontlátásra.*

Eszter elbeszélése kifelé tekint az életből. Ő is egy jövőbeli kilépést vetít előre az intézményből, de teljesen máshogy, mint György, ő a halállal várja a kilépést. A halálvágát erősíti korábbi barátainak és az általános életkedvének az elvesztése is. Eszter esetében egy eddig nem említett énrészről, a haldokló szelfről beszélünk. Külön érdemes kitérni arra a jelenségre, hogy Eszter a „*mennék már a másvilágra, arra várok már*” kijelentéssel magát az interjút is lezárja, amiben elfáradt, és menne már. Kiköszönöm az interjúból, kiköszön az életből.

4.5.3. *Egyéb protektív faktorok*

Az intézményben gyakori a szociális izoláció, egyrészt a körülmények, másrészt a betegtársak elvesztése miatt. Harmadrészt a beteget az intézményen belüli agresszió is (sajnos Szentgotthárdon nem sokkal a rendszerváltás előtt még alkalmazták az elektrosokk eszközt) az elszigetelődésre és a megértő, támogató Isten felé való fordulásra készítheti. Rita például az elektrosokkal szemben Istent protektív faktorként állítja, mint aki a nehéz pillanatokban mellette volt és segített abban, hogy az elektrosokk és a pszichiátriai körülmények ellenére is „normális” maradjon. Ezért Isten gyakran szociális kapcsolatként (is) funkcionál, a vallási funkciója mellett.

„Szóval á, hogy énvelem nem erőszakoskodtak, ilyet én nem mondhatok, hogy megerőszakoltak, se nővér, illetve se orvos, se ápoló, nem, hogy mondjam, nem molesztált, vagy a női mivoltomban nem sértettek meg, pedig egy szép nő voltam. Őszintén (nevetve), szóval, hosszú ideig erő fekete hajam volt, szóval, azért a jó pár év is számított. De énvelem nem voltak (elkent), de a rosszindulatú másként jött. Bizonyos fokig – abbahagytam most ezt a vonalat –, bizonyos fokig másképp is meg lehetett volna győzni, hogy, hogy, az öngyilkossági szándék megszűnjön bennem. Nem kellett volna ahhoz sokkolás. Én szerintem így, ahogy most önnel beszélgetek, ő, sok mindent az életemben vagy a környezetemben, amik bántottak, helyre lehetett volna tenni, és nem kellett volna megsokkolni. Szóval én – vallásos vagyok –, és a jóisten biztos, hogy segített abban, hogy én normális maradtam. Most remélem, hogy ezért nem nevet ki, mert, mert ez nem kis segítség volt (sóhaj), azokon a nehéz órákon, perceken túljutni.” (Rita)

A felsőbb erőben való hit ezúttal szociális kapcsolatként, szociális támaszként jelenik meg, amely ezúton érzelmi támogatás forrásává is válik. A vallás így egy transzcendens biztonságos tér lesz az érintett betegek számára.

5. *Diszkusszió*

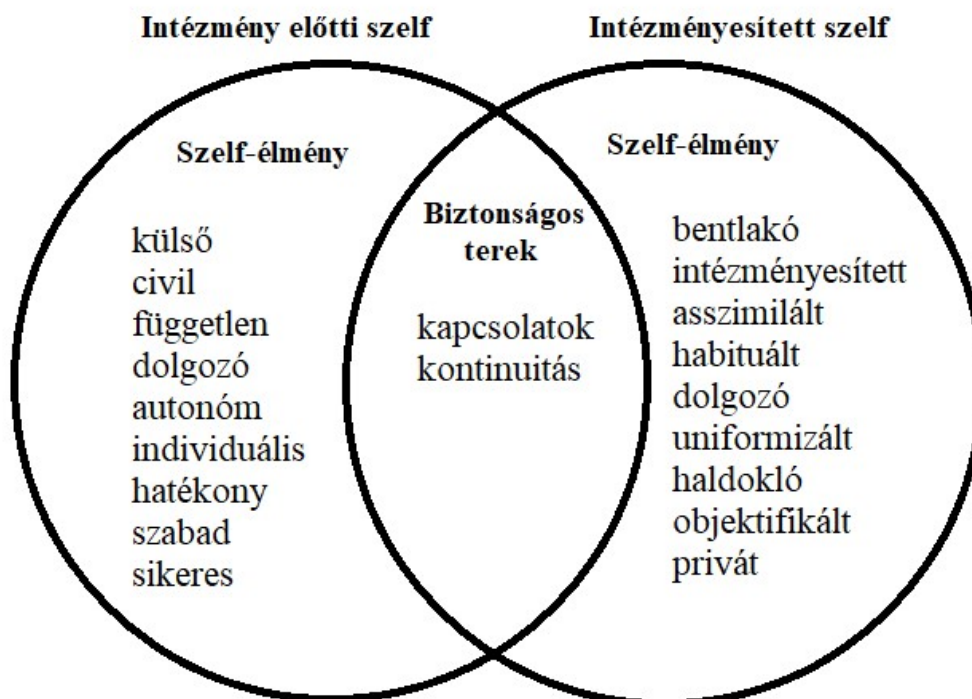
Kutatásunk célja a hosszú távú kezelés élményvilágának és tapasztalatainak feltérképezése és elemzése volt, valamint a hosszú távú kezelés alatt álló betegek különböző szelf-tapasztalatainak azonosítása.

Kutatásunkból tehát három fő téma emelkedett ki: 1. A szelfek percepciója téma reflektált a betegek intézmény előtti és intézmény alatti szelfjének különbségeire és a preinstitúciós szelf institúcióssá való transzformálódásáról, amellet, hogy az eredmények azt mutatják, hogy a betegek igyekeznek megőrizni preinstitúciós szelfjüket. 2. Az intézmény megtapasztalása és reprezentációja fő téma azt írta le, hogy a betegek hogyan fogalmazzák meg az intézményt magát, valamint az intézményhez fűződő kapcsolatukat, azt, hogy hogyan hat az intézmény az életükre. 3. A biztonságos terek kezelése fő téma pedig arra világított rá, hogy milyen biztonságos terekben próbálják megőrizni a betegek az intézmény előtti (preinstitúciós) szelfjüket.

A biztonságos terek elmélete eredetileg a szociológiából származik (Evans és Boyte, 1986; Hartal, 2018; Lewis és mtsai, 2015), és szó szerinti konkrét tereket értenek alatta, ahol az egyén zavartalanul létezhet (Green és Singleton, 2006; Holley és Steiner, 2005). A kvalitatív kutatásokban a biztonságos tér ennél absztraktabb terekre is vonatkozik, mint például a csoporttagság vagy a csoportaktivitások (Kisfalvi és Oliver, 2015; Fetner és mtsai, 2012). Ezek a terek menedékként, óvóhelyként szolgálnak a domináns csoport kontrollja elől (Polletta, 1999), amelyet főleg szociálisan marginalizált, alárendelt csoportok és kisebbségek tapasztalhatnak (Iversen, 2018). A mi kutatásunkban a biztonságos terek alatt olyan fizikai vagy virtuális tereket értettünk, ahol a betegek nem, vagy kevésbé állnak az intézmény befolyása alatt.

Az eredmények során felmerült szelfeket a következő ábrán rendszereztük:

2. Ábra: Az eredmények interpretációja.



Eredményeink azt tükrözik, úgy értelmezhetjük őket, hogy interjúalanyaink úgy adnak jelentést a jelenbeli élményeiknek, hogy folyamatosan összehasonlítják az intézmény előtti és az intézményen belüli szelfjüket. A két szelf összehasonlításában pedig a biztonságos terek jelensége mediál. Ez lesz az a tér, amelyen keresztül a két szelf közötti kapcsolat megszületik és amelyen keresztül a két szelf közötti kontinuitás élménye megvalósul.

Azoknak a betegek, akiknek az intézményes szelfjük vált erősebbé, az intézményi szelf-élményük lett dominánsabb. Emiatt több motivációval rendelkeztek azon a téren, hogy új otthont teremtsenek maguknak az intézményben. Ők elkezdtek alkalmazkodni az intézményi szabályokhoz és az intézményt inkább támogatóként élték meg és írták le.

Azok a betegek viszont, akiknek az intézmény előtti szelfje maradt erősebb, az intézményt neutrálisként, vagy inkább ellenségesként írták le. Nekik több konfliktusuk volt az intézménnyel és az ápolószeméllyel, és ők azok, akik sokkal inkább támaszkodnak a biztonságos tereikre. Ezek a biztonságos terek lehetnek ártalmatlanok, mint pl. a meghitt emlékek, a vallás, a titkok, a fantáziák vagy a magántulajdon. Lehetnek viszont hosztilisek is, mint például az intézményi szabályok megszegése, az alkoholfogyasztás vagy a halál.

Az emlékezés igénye és funkciója, amely kiemelkedett az interjúkból, mint fontos eredmény azt mutatja, hogy a hosszú távú bentlakás során valóban fontos az időélmény. Lakoff és Johnson (1980) az idő kapcsán megfogalmazza, hogy mivel nem kézzelfogható, ezért metaforák segítségével gondolkodunk róla és fejezzük ki az azzal kapcsolatos élményeinket. Kognitív metafora-elméletükben két bázismetáforát fogalmaznak meg az idő kapcsán: az idő, mint út, valamint az idő, mint tartály. Az emlékezésben jól tetten érhető ennek a két bázismetáforának az interakciója, hiszen azok az interjúalanyok, akik a múlt felé tekintenek és abból táplálkoznak az út nem jelenik meg előrefele a jövő irányába, csak visszafelé a múlt irányába. Az idő így az intézmény falai között ugyan objektíve telik, azonban érdemben nem halad számukra.

Ezt a jelenséget tovább magyarázza Hall és Hall (1990) elkülönítése polikronikus és monokronikus időperspektívák között, hiszen míg az intézmény előtti lét az aktivitáshoz, a szociális kapcsolatokhoz, egymással párhuzamosan zajló több történéshez (polikronikus idő) kötődik, addig az intézményi lét egy sokkal beszűkültebb időélményt jelent, ahol a szigorú időbeosztás mentén való élet, amelyben egyszerre pontosan egy dolog történik (pl. gyógyszerelés ideje, étkezés ideje, stb.) lineárisabbá teszi az időélményt (monokronikus idő) (Pátrovics, 2015).

Eredményeink összhangban állnak és támogatják a korábbi eredményeket, amelyek a hosszú távú kezelés speciális kontextusát hangsúlyozzák (pl. Fleming és mtsai, 2015). Ez az összhang még inkább megvalósul a közép- és kelet-európai kutatásokkal (pl. Barták és Gavurová, 2015), ahol a betegek gyakrabban tapasztalják meg a hosszú távú kezelés és a hosszú távú kórházak (long-term care hospitals, LTCHs, Eliason és mtsai, 2018) hátrányait és hiányosságait (Burgess és Cowie, 2012).

Úgy tűnik tehát, hogy a hosszú távú kezelés hatással van a betegek realitásérzékelésére, a szociális interakcióik interpretációira, a preferenciáikra. Ezekre a szakirodalom sokszor egységesen mint habitusra (Angus és mtsai, 2005; Reay, 2015) hivatkozik, amely változhat és széttöredezhet a hosszú távú kezelés alatt.

A hosszú távú kezelés ezért hatással van olyan természetes változásokra is, amelyek leginkább a szelf-reprezentációban zajlanak le, mégpedig abban a folyamatban, mielőtt valaki bentlakó beteg lesz, addig, míg tartósan bentlakó beteg lesz (Goffman és Helmreich, 2017; Goffman, 1959, Goffman, 1968).

A betegek életminőségében (Quality of Life, QoL) negatív irányú változás következik be (Ivezic és mtsai, 2015), azzal párhuzamosan, ahogy az autonómiájuk és a személyes kapcsolataik gyengülnek (Kehyayan és mtsai, 2015; Duprez és mtsai, 2017) a fokozódó depriváció (társadalmi és szociális) hatására (Jones, 2017).

Mindez sokszor a szelf intézményesítéséhez (Rani és Gayatri Devi, 2018) és hospitalizációhoz (Wright és mtsai, 2000) vezet. Az én intézményesülése és a hospitalizáció pedig korábbi kutatások által alátámasztott nagy kihívás elé állíthatja a szelfkontinuitást (Ryan és Deci, 2000; Tanusepturo és mtsai, 2015).

Mi azt találtuk, hogy ezek között a körülmények között két hangsúlyos szelf jelenik meg. Az egyik, a preinstitúciós szelf a beteg korábbi otthonában marad, a másik pedig újként teremtődik az intézményben. A hosszú távú kezelés így egy jelentős szakadékot teremt a két szelfélmény között, ez pedig a szelfintegritást állíthatja jelentős kihívás elé (Pirhonen és Pietila, 2015).

Mindezeket figyelembe véve a szelfmenedzsment, valamint a szociális kapcsolatok a hosszú távú kezelés alatt fontos protektív faktorok lehetnek (Gordon és mtsai, 2017; Blakeman és mtsai, 2010; Kennedy és mtsai, 2014; Simmons, 2017). A mentális és fizikai biztonságos terek pedig ennek a szelfmenedzsmentnek és a szelfélménynek az alapvető magjai. Kutatásunk támogatja a biztonságos terek szociológiai koncepcióját az emlékekre és a szelfélményekre vonatkozóan is.

6. *Limitációk*

Kutatásunk limitációi leginkább az IPA mint módszer sajátos limitációira vonatkoznak (Smith, 2017). Ezek általában a következő kritikák mentén fogalmazódnak meg: alacsony elemszámú, homogén minta, interjúalany-specifitás, ok-okozati összefüggések levonásának lehetetlensége és az általánosíthatóság lehetetlensége. Ezek viszont inkább módszertani sajátosságok, mintsem a kutatás sajátosságai, és mint kutatók, azért választottuk ezt a módszert, mert ennek segítségével lehet az élményeket a legmélyebben és a legkomplexebben feltárni. A homogén minta nálunk választott volt, hiszen specifikusan a hosszú ideje az intézményben tartózkodók élményvilágát szerettük volna vizsgálni.

További limitációkként meg kell említsük a mintavételezés kapcsán felmerülő lehetséges problémákat. Nemzetközi publikációnkban az intézmény igazgatójának társszerzőségét „conflict of interest” -ként jelöltük meg. Természetesen az igazgató bevonása hasznos volt abból a szempontból, hogy segítette, hogy egyáltalán bejussunk kutatni az intézménybe. Az interjúalanyok kiválasztásában szempontként azt adtuk meg számára, hogy minimum 20 éve tartózkodjanak az intézményben, a kiválasztásban viszont nem volt további kontrollunk, illetve az is problémás lehet, hogy a nem megfelelőnek bizonyuló interjúalanyok helyett az igazgatónak nagyon rövid idő alatt, kellő körültekintés hiányában kellett újakat keresnie.

Emellett az interjúkészítés körülményei is problémásak voltak néhány interjú esetén. Például én egy olyan szobában készítettem az interjúkat, ahova az igazgatói szobán keresztül lehetett belépni, ez pedig nem biztos, hogy kellően biztonságos tér volt a bentlakók számára ahhoz, hogy nyíltan beszéljenek az intézményen belüli problémáikról vagy magával az intézménnyel szembeni ellenérzéseikről. Igaz, hogy az itt készült két interjú közül az egyiket ki is hagytuk az elemzésből.

A kihagyott interjúk is megemlítendőek a limitációk között, hiszen a kevésbé koherens, tartalmilag nehezen követhető, szerteágazó, kevésbé elemezhető interjúkat nem emeltük be a vizsgálatba, bár ehhez valószínűleg szükséges a beteg gondolkodásmódjának, életútjának, kapcsolati hálózatának és aktuális állapotának pontosabb ismerete, az IPA elemzés kiegészítéseképpen. Az interjúk kihagyása persze elemzési szempontból indokolt, másrészt az inkohérenca is hozzátartozhat a hosszú távú bentlakás élményvilágához, ami így talán kevésbé jelenhetett meg az eredményeinkben.

7. *Konklúziók*

Eredményeink alapján még egyszer, összefoglalva azt mondhatjuk el, hogy a hosszú távú kezelésben részt vevő betegek hajlamosak megtartani elemeket az intézménybe kerülés előtti életükből, és igyekeznek fenntartani azokat a preinstitúciós szelfjükbe ágyazva. Sokszor ennek a szelfnek a mentén értelmezik az intézményi tapasztalataikat is, összehasonlítva az intézmény előtti és az intézmény alatti szelfjüket (múlt-jelen).

Ebben a folyamatban kiemelt szerepet kapnak a biztonságos terek, hiszen ezek azok a fizikai vagy mentális terek a szelf számára, ahol a preinstitúciós szelf biztonsággal

fenntartható. Valamint a biztonságos terek az intéziós szelf kialakulása és az abban bekövetkező változások során az intéziós és a preintéziós szelf távolodása mellett mégis azok között kontinuitást képesek biztosítani.

Ez a fajta kontinuitásteremtés pedig azért életbevágó, mert a hospitalizáció folyamata így inkább egy változási folyamatként, nem pedig egy töréspontként értelmeződik a betegek életút-narratívájában. Kutatásunk eredményei arra utalnak, hogy mindez tehát egy adaptív coping stratégia lehet a hosszú távú kezelés alatt.

8. Gyakorlati implikációk

Kutatásunk egyik legfontosabb eredménye a gyakorlat szempontjából a biztonságos terek fenntartásának igénye és funkciója. Eredményeink alapján elmondható, hogy a múltbeli szelf fenntartását fontos, hogy támogassa a hosszú távú kezelés alatt a kezelőszemélyzet, hiszen azok a jelenben is protektív faktorokként működnek, hiába kötődnek a múlthoz.

A betegekkel való kommunikáció, az identitásuk változásának folyamat alapú követése így fontos lehet a gyakorlatban. Lényeges gyakorlati változtatás lehet továbbá, hogy a kezelőszemélyzet facilitálja a betegek kapcsolattartását, mind a múltbeli, mind a jelenbeli szelfjükkel is a hosszú távú kezelés alatt, hiszen ez növelheti az általános jólétüket és egy kongruens identitást teremthet meg.

Az ápolóknak érdemes facilitálni a betegeknek az emlékeikhez és a múltbeli szelfjükhöz való kapcsolódását úgy, hogy olyan aktivitásokat végezzenek a jelenben, amelyek a preintéziós szelfjükhöz is kapcsolódnak. Ilyenek lehetnek a jelenben a kreatív foglalkozások, a szociális interakciók, a kommunikáció és a munkafeladatok, amelyekről továbbra is erősnek és fontosnak érezhetik magukat.

VI. Harmadik kutatás bemutatása: Népmesei elemek felépülő függők narratíváiban

1. A narratíva és az idő

Miután kvantitatív és kvalitatív módszerrel is vizsgáltam az időt, úgy gondoltam, a narratív elemzés módszertana nem maradhat ki, hiszen a narratív pszichológia az, amely a kvalitatív irányzatok közül a leginkább kötődik az idő kérdéséhez.

A narratív pszichológia és az idő viszonyát legszemléletesebben a narratíva kontinuitásfunkciója tükrözi. A folytonosság, mint olyan alapvető fontosságú az idő szempontjából, hiszen az idő alapvetően egy kontextus számunkra, amelyen belül a folytonosságot egyénileg definiáljuk és szegmentáljuk kijelölve egy folyamat kezdetét és végét, szereplőit, alakjait és figuráit (Bateson, 1971).

A kontinuitásfunkció ugyanis megjeleníti azt az alapvető emberi gondolkodási szükségletet, hogy az énünket és annak eseményeit folytonosságában, és ne különálló, szigetszerű eseményekként észleljük és éljük meg (Sani, 2010). Szeretnénk, ha a szigetek között lennének hidak is. A kontinuitás könnyedén tetten érhető azon alapvető igényünkön keresztül, hogy a múlt, jelen és jövő között valamilyen átmeneteket érzékelhessünk, így az identitásunkat a maga változásában mégis valamennyire stabilként és állandóként tapasztalhatjuk meg (Troll & Skaff, 1997; Kiss és Kiss, in press).

Remekül tetten érhető ez a jelenség az *idem*-identitás és az *ipse*-identitás Ricoeur-féle elkülönítésében. Itt az *idem*-identitás az anyagi azonosságot jelenti, két példányt belőlünk, akárcsak egy könyv két példányát. Míg az *ipse*-identitás az idő változásától függetlenül azonosnak tekintett énre utal (Glas, 2003). Ez az elkülönítés tehát azt jeleníti meg, hogy egy felépülő függő másnak tapasztalhatja énjét az aktív szerhasználat és felépülés alatt (drogos én-felépülő én), mégis tapasztalhat egy átívelő identitást (pl. még mindig függőnek nevezi magát) (Kiss és Kiss, in press).

1.1. Idő és önértelmezés

Az idő, a történetiség, az önértelmezés, valamint a szelf koherenciájának megteremtési igénye szorosan összefüggő fogalmak már a filozófia történetében is.

Önmagunk megértése és az idő olyannyira szorosan összefügg, hogy Heidegger már a *Lét és időben* deklaráta, hogy: „Az itt következő tanulmány célja a „lét” értelmére vonatkozó kérdés konkrét kidolgozása. Ezt megelőzően azonban értelmeznünk kell az időt, mint azt a horizontot, amelyen belül létmegértés egyáltalában lehetséges” (Heidegger, 1927/2001, 15. o.). Később pedig így folytatja: „...amiből a jelenvalólét egyáltalán valami létet — kifejeletlenül ugyan — megért és értelmez, nem más, mint az idő. Ezt mint minden létmegértés és létértelmezés horizontját kell megvilágítanunk és eredeti módon megragadnunk. Hogy ez beláthatóvá váljék, ahhoz arra van szükség, hogy az időbeliségből mint a létmegértő jelenvalóit létéből kiindulva eredendő explikációját adjuk az időnek mint a létmegértés horizontjának” (34. o.).

Heidegger nyomán tehát kijelenthetjük, hogy létünk megértése, létünk történetisége az időbeliségen keresztül ragadható meg. A narratíva szerepe így, - pszichológiai funkcióját tekintve -, nem más, mint saját létünk történetiségen keresztüli megértésének lehetővé tétele az idő horizontján belül (Kőváry, 2017). Létünk, önmagunk megértése így nem nélkülözheti az időt, előbbi nem tud megvalósulni utóbbi nélkül.

A történetiség ilyen jellegű hangsúlyozás már narratív pszichológia előtt napvilágot látott, méghozzá az egzisztencializmus és a *dasein*analízis nyomán (Kőváry, 2017). Ludwig Binswanger megfogalmazza, hogy „a lét lényegét illetően történeti” (Binswanger, 1956/1986, 276. o.), hangsúlyozva ezzel újra az időhorizont relevanciáját. Az élettörténetet ő „egymásba fonódó ösvényekként” (Binswanger, 1956/1986, 276. o.) írja le, amelyeknek feltérképezése elengedhetetlen ahhoz, hogy bármely egyén bármilyen szintű megértéséről beszélhessünk. Az általános elmélkedésen túl, a pszichológiai gyakorlat szintjén is hangsúlyozza, hogy például maga a tünet, mint olyan is mindig történeti, ezért keresztmetszeti kezelése kontraproduktív lehet.

Binswanger elképzeléseit később Sartre is követte, hiszen ő is hangsúlyozta, amikor az egzisztenciális pszichoanalízis célkitűzését megfogalmazta, hogy az ember vizsgálatában a statikus állapotok megállapítása értelmetlenné válhat, hiszen szerinte is az emberi lét állandó történetiség és a megértéshez ennek a történetiségnek a folyását, átváltozásait kell nyomon követnünk (Sartre, 1960/1966).

Ezeket az egzisztenciálfilozófiai előzményeket figyelembe véve tehát azt mondhatjuk, hogy az élettörténeti narratíva egy olyan páratlan potenciált nyújt, mind az elbeszélő, mind az elbeszéléseket elemző kutató számára (jelen esetben számomra) amely remekül megalapozhatja a disszertáció kvalitatív részében általam vizsgált jelenségeket és azok mély megértését.

1.2. Találkozás Vlagyimir Proppal

Már a doktori programba való jelentkezésemkor is az addikciók foglalkoztattak leginkább, valamint az előbb bemutatott szentgotthárdi kutatásban is az intézményhez való kötődés, a hospitalizáció, az intézményfüggőség képe érdekelt a legjobban, annak idői aspektusai mellett. Mivel mindemellett Ehmann Bea óráján megismertem Vlagyimir Propp munkásságát a mesék morfológiájáról, adta magát, hogy megvizsgáljam, milyen a szerhasználat és a felépülés szerkezete. A következőkben ezt a kutatásomat mutatom be részletesen.

2. Bevezetés

2.1. A magyar narratív pszichológiai kutatások

László János, a magyar narratív pszichológiai hagyomány talán egyik legemblematikusabb alakja, egyik fontos nemzetközi cikkében (2004) írja, hogy miután a 90-es és a 2000-es években az individualisztikus kognitív pszichológia számos kritikát kapott, a narratív pszichológia elkezdett meghatározó szerepet játszani a második kognitív forradalomban. Pléh Csaba is fontos mérföldkőként említi a történetek megjelenését a kísérleti pszichológiában, és az elbeszélést mint a pszichológia új metateóriáját jelöli meg (Pléh, 2012) a tanulás és a gondolkodás egyik fő keretrendszerévé (Pléh, 2015).

A narratív pszichológia hazai megjelenését és megerősödését mutatja ezt követően, hogy a rendszerváltás utáni Magyarországon a szociálpszichológiával kapcsolatos részlegek egyikeként, László János vezetésével létrejött a Narratív Kutatási Központ, ahol kidolgozták az elbeszélések számítógépes, narratív pszichológiai tartalomelemzését, amely módszer ekkoriban Európában egyedülálló volt (László, 2000).

Ezután László és kutatócsoportja én-elbeszélésekkel vagy egy csoportra vonatkozó elbeszélésekkel foglalkozott, és az egyénre vagy a csoportra vonatkozó identitásvizsgálatát nyelvtechnológiai eszközökkel elemezték (László, 2008). A kutatócsoport talán legismertebb vívmánya lett így a narratív pszichológiai tartalomelemzés (László, 2005a; László, 2011; László, Ehmann, Pólya és Péley, 2007), amely során nyelvi, történet szerkezeti markereket kezdtek el kötni pszichológiai konstruktumokhoz. Ilyenek például a téri érzelmi távolságszabályozás (Bahtyin, 1976), a klasszikus románc kronotoposza, ahol a szerelmesek találkoznak-elszakítódnak egymástól, vagy a Propp által is használt szereplőfunkciók (pl. Péley, 2002; Ehmann, 2002; Hargitai, 2004).

Mindezt az elméleti és módszertani tudást továbbfejlesztve később a kutatócsoport a narratívákban vizsgált elemekből ún. pszichotematikus elemeket alakított ki (ilyen pl. az időbeliség és a térbeliség is), és ezeknek komplex rendszereként jött létre a NARRCAT (narratív kategoriális tartalomelemzés) számítógépes narratív elemzési program a nyelvészet és a pszichológia határterületén (Ehmann és mtsai, 2014). Hasonló alapon működött a szintén a kutatócsoport által létrehozott LAS Vertikum (László 2005b), amely bizonyos esetekben diagnosztikai célokra, valamint hipotézistesztelésre is alkalmazható.

A narratív nézőpont gyakorlati alkalmazhatóságára való kitekintésben további fontos példa Csabai M. Márta (2004) szomatizációval kapcsolatos megközelítése, amelyben az élettörténeti narratíva fontosságát hangsúlyozza, és a narratív igazságot a klasszikus anamnézis „objektív” igazságával szemben. Bár a cikk születésekor Magyarországon a narratív medicina még gyerekcipőben járt, azóta egyre jobban elterjedt. Ezt bizonyítja az is, hogy a klinikai esettanulmányok bemutatásában elkezdtek megjelenni a narratív részletek (pl. idő) és narratív szempontok is (Csabai, 2018).

A magyar narratív hagyománynak tehát ez a domináns árama inkább a kvantitatív paradigma gondolkodásmódjához áll közelebb, hiszen a számítógépes statisztikai elemzés egy deduktív keresőlogikát követ (a NARRCAT pszichotematikus elemei), valamint a pszichológiai értelmezések is gyakran előre adottak, és hipotézistesztelés a cél (LAS Vertikum).

Tovább bontva a narratíva strukturális elemeinek és nyelvi markereinek pszichológiai jelentéseit, Pólya Tibor az egyik legklasszikusabb pszichológiai témára, az érzelmekre fókuszált kutatásaiban. Kutatási perspektíváját az érzelmek narratív megközelítésének nevezte, és eredményei azt mutatják, hogy az elbeszélő érzelmi epizódjai és a történetek szerkezetének (itt is példa a tér-idő perspektíva) vannak kapcsolódásai (Pólya és Kovács, 2011). Ezeket a kapcsolatokat viszont szintén kvantitatív keretben elemezték, hiszen automatikus szövegelemzési eljárásokkal dolgoztak a kutatásban, az érzelmi állapotra pedig nem magából a szövegből, hanem kérdőíves adatokból és fiziológiai mérésekből következtettek (Pólya és Kovács, 2011).

Az elbeszélői perspektívák (pl. visszatekintő, újraátélő, átélő [Pólya, 2004]), valamint az elbeszélő és a szereplő nézőpontjának (Pólya, Kiss, Naszodi és László, 2005) elkülönítése és hangsúlyozása viszont fontos mérföldkő a magyar narratív kutatásban, hiszen azt később magyar kutatók például terápiais ülések elemzésére is használták az érzelmi bevonódás vizsgálatában (Berán, Unoka és Czobor, 2011; Berán és Unoka, 2012). Valamint ezeknek a perspektíváknak a további vizsgálatából derült ki, hogy a visszatekintő perspektíva dominánsabb használata a traumák, negatív életesemények feldolgozottságára is utal (Pólya, 2004), a traumára jellemző, általában időtlennek átélt állapotban, amelyben különböző idősíkok vetülnek egymásra (Ehmann, 2004).

Pólya (2004) a mi kutatásunk szempontjából is fontos eredménye, hogy a visszatekintő perspektívájú elbeszélő koherensebb narratívát alkot, míg az átélő, újraátélő

perspektívájú elbeszélő impulzívabb, kevésbé koherens narratívát nyújt a hallgatónak (Pólya, 2004; Pólya, László és Forgas, 2005). Emellett viszont az is fontos eredmény, hogy a magasabb érzelmi töltetű tapasztalatról való beszámolás elaboráltabb, részletesebb elbeszélést von maga után (Pólya és Kata, 2010). Az ilyen érzelmi epizódokról szóló beszámolókon keresztül váltak vizsgálhatóbbá később az érzelmi intelligencia narratív indikátorai is (Pólya, 2014).

Disszertációmmal és narratív kutatásunkkal mind az időpszichológia, mind a felépülés tekintetében egybevágó témájú, „*Az eltűnt idő nyomában*” – *A drogfüggőség és a felépülés időélménye* (B. Erdős, Brettner, Mihaldinecz és Kelemes [2006]) című kutatás meghatározó volt. Ez a narratív kutatás át is vezet majd a felépüléssel foglalkozó magyar kutatások áttekintéséhez, azonban még ehelyütt részletesen is kifejtem, hiszen az időélmény disszertációm fő témája.

Az már ez előtt a kutatás előtt is kiderült, hogy a függők gyakran szaggatottan élik meg az időt (Denzin, 1987), például a blackoutok jelensége miatt. Nem meglepő, hogy a rehabilitációs intézetekben általában fontos az idői struktúra, a napi mentrend, a rendszeresség, hiszen az addikció kezelésében ez lehet a társadalmi reintegráció egyik előfeltétele (DeLeon, 2000, idézi B. Erdős és mtsai, 2006). Ezen kívül a 12 lépéses felépülési programokban klasszikus a „csak a mai nap” elve, amely az időkezelésnek egy speciális, mégis hatékony formáját nyújtja, az általában rövid időtávokat belátni képes függő számára (NA, 1982). Azonban az addiktológiai problémákkal küzdők körében csak az időtávok belátásának képességével van a baj, hanem a jövő kezelésével (kontrollvesztés, a „soha többé nem lehet” nyomasztó realitásával szemben a jól belátható 24 óra kezelhetőségével).

Ezek alapján B. Erdős és mtsai (2006) arra a kérdésre keresték a választ, hogy milyen a felépülők időélménye a terápiába lépéskor, majd a terápiás programzárót elérve. A programzárót azért választották ki a kutatók, hogy beemeljék az átmeneti rítusok, kezelési mérföldkövek fontosságát. A programzáró és az éves születésnapok a 12 lépéses programokban fontos átmeneti rítusok, amelyek tagolják az időt, tagolják a változást a szerhasználat éve alatt kiesett idővel szemben. (Kelemen és B. Erdős, 2003).

B. Erdős és mtsai (2006) azt találták, hogy függő elbeszélőik többsége meglehetősen gyakran változtatta az elbeszélés idősíkjait, illetve, hogy a függőséggel küzdők narratívájára

jellemző, hogy számukra az időt a szerhasználat, valamint a kezelések váltakozása tagolja, és az időfelfogás alapvetően lineáris, tehát az idő múlására, az elveszített évekre vonatkozik.

Ez a kutatás megerősítette Kelemen és B. Erdős (2004) korábbi kutatását is abban az értelemben, hogy a korábbi negatív, esetleges szégyenteljes múltbeli tapasztalások jelenbeli integrálása fontos a józanság megtartásában, és az elhallgatott fekete lyukak negatívak lehetnek. Ahogyan azt említettem korábban, Ehmann (2004) már vizsgálta az idősíkok egymásba csúsztatását. Ez a jelenség ebben a kutatásban is megjelent úgy, hogy amikor egy múltbeli negatív tapasztalatot az elbeszélő önmagához érzelmileg közel tart, akkor annak a jelenben is aktualitása van. Például: „...*most utoljára karácsonykor estem vissza.*” (B. Erdős és mtsai, 2006, 309. o.).

Fontos, hogy ebben a kutatásban elkülönültek a felépülők és a visszaesők időkezelési szokásai is. A rítus időviszonyai: a felkészülés, a feltétel nélküli várakozás (Berguno, 2001), a fordulópontélmények kiemelése (Draaisma, 2003; Kelemen és B. Erdős, 2003) és a sohaidő alkalmazása a felépülőknél volt jellemző. Jellemzőbb volt a felépülőkre a visszaesőkkel szemben a ciklikusabb időkezelés (Eliade, 1983) is, amely az ismétlődő eseményekre való reflexióra utal (pl. „*újra, újra, elkezdni dolgozni rajtuk, hogy ne vigyék el az embert*”, B. Erdős és mtsai, 2006, 312. vö. Propp üldözés-megmenekülés narratéma), és gyakran a mindigidő használatában jelenik meg („*figyeljek mindig magamra*”, 315. o.).

Érdekes, hogy a sohaidő mint meghatározó, addig nem tapasztalt érzelemhez és életeseményhez (pl. mélypont) kapcsolódó idő nem jelent meg a visszaesők szövegeiben. Kevésbé jellemző a visszaesőknél a jövőidejű anticipálás is, ami a felépülőkre viszont jellemző, hogy képesek elővételezni a jövő történéseit és ezeket összefüggésbe hozni más idősíkkal vagy életeseménnyel, ami egyfajta autobiografikus hozzáállást tükröz (Fónagy és mtsai, 2002).

A szerhasználatához kapcsolódó magyar kutatásban fontos megemlíteni Rác Zsolt munkásságát, akinek áttekintésében áttekinthetővé válnak a droghatások különböző narratívái (pl. dopaminnarratíva). Mégis Rác (2006) legfontosabb hozzájárulása a felépülési narratívák vizsgálata, és a különböző tipikus narratívák (pl. Frank, 1995), narratív formák, toposzok elkülönítése a felépülés tekintetében (pl. AA narratíva, káosz narratíva, konverzációs narratíva, mesternarratíva stb.).

További fontos eredmény narratív szempontból, hogy Rác kutatócsoportjának egyik kutatásában (Kovács és mtsai, 2020) kiemelt hangsúlyt kap a felépülő mint aktív

agens, mind a felépülését, mind az elbeszélését illetően. A felépülők sokkal inkább aktívnak bizonyultak, mint például a fizikai síkon maradó, passzivitást megélt krónikus betegek (Kovács és mtsai, 2020).

2.2. Magyar felépülési kutatások

Rácz József és kutatócsoportja körében a felépülési addiktológiai kutatások és a kvalitatív pszichológiai kutatómódszertan összetartozott, és hasonlóan a disszertációban bemutatott felépülő függős narratív kutatásunkhoz, többnyire a narratív módszertan határozta meg a felépülés kutatását.

Az életútnarratívák vizsgálata több esetben is a felépülő segítőkre koncentrált, mert a kutatók azt tapasztalták, hogy a segítség és a felépülés összekapcsolódhat és egymást erősítheti (Rácz, Csák és Lisznyai, 2015; Rácz és mtsai, 2015, Rácz, 2006). A narratív módszert viszont nem tekinthetjük a felépülés témájában teljesen egyeduralkodónak, hiszen készült interpretatív fenomenológiai analízis is (Kassai, Pintér és Rácz, 2015; Rácz és mtsai, 2015), éppen azokból az interjúkból, amelyeken narratív módszerrel végeztem másodelemzést a felépülés kapcsán.

Ez a kutatás azért is kiemelkedően fontos, mert elhelyezi a felépülő segítőt és a felépülési modellt a magyar addiktológiai ellátáson belül. A tapasztalati szakértők, vagy felépülő segítők szerepét éppen megélt tapasztalatuk adja, hiszen hitelességük azonosulási mintát szolgáltat, modellt nyújt (Tremkó és Golenya, 2018).

Szerepük változást mutat a korábbi, klasszikus addiktológiai (vagy általános segítői) szemlélethez képest, amely a pszichoanalízis óta inkább a terapeuta sterilitását preferálja az érintettségével szemben, és az érintettséget a viszontáttételtől veszélyeztetett terepnek tartja. Kassai, Pintér és Rácz (2015) kutatása viszont rámutatott többek között arra is, hogy a segítséget kérő vagy mentorált oldaláról hitelességet jelent a felépülő segítők korábbi élményalapú tapasztalata a szakmai tudása mellett (Tremkó és mtsai, 2016).

Fontos megemlíteni viszont, hogy ahogyan a kutatócsoport lekövette a szerhasználat változásait, a felépülési modell perspektívája is árnyalódott. Kassai és mtsai (2017a, 2017b) Új Pszichoaktív Szer (ÚPSZ) használók körében végzett kutatásai arra mutattak rá, hogy az ópiátkorszakhoz illeszkedő felépülési modell az ÚPSZ korszakban már nem feltétlen annyira hatékony.

Petke Zsolt éppen az ópiátfüggők szubsztitúciós kezelésén keresztül kezdett el foglalkozni a felépülési modellel (Petke és mtsai, 2012). Doktori disszertációjában (Petke, 2012) is megjelenik már ez a szemlélet, hiszen megfogalmazza a metadonkezelés és a metadonkezelés nélküli felépülés összehasonlításában, hogy míg utóbbiban az elvonási tünetek és a sóvárgás a felépülés része, addig előbbiben a sóvárgás nem (vagy sokkal kevésbé) része a folyamatnak, a metadon miatt.

Ezután kutatói figyelme kolléganőjével, Tremkó Mariannal, az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet Minnesota Részlegének vezetőjével a 12-lépéses programok felé (is) fordult, amelyben egyértelműen meghatározó a felépülési szemlélet (Horváth és mtsai, 2020). Ezen belül konkrétan például a 12 lépéses programokban hangsúlyos spiritualitás fontos szerepét vizsgálták és hangsúlyozták a felépülés folyamatában (Tremkó és mtsai, 2016).

Közösen szerkesztett könyvük (Petke és Tremkó, 2018) nemcsak részletes és komplex összefoglalást ad a felépüléskutatásokról és a felépülés szemléletéről, de konkrét felépülő interjúkat is bemutat, így a saját élményt állítva középpontba a klinikai objektivitással szemben (Rácz, 2019).

Petke (2018) a felépülésközpontú megközelítést is egyrészt rendszerszinten (az ellátórendszer keretébe helyezve), másrészt gyakorlati szinten mutatja be, azon keresztül, hogy mit jelent a felépülő függőknek maga a felépülés. Ez abból a szempontból egy nagyon fontos megközelítés megerősödését jelzi Magyarországon is, miszerint a felépülés nem külső markerek alapján definiált, hanem a személyes jelentésadás alapján. Erről később a felépülés külső (objektív, medikális) és belső (szubjektív, fenomenológiai) elkülönítésénél részletesebben is írok.

Nagy Zsolt (2016) a felépülést szintén a 12-lépéses programok keretében tárgyalja, viszont az egyéni szintet érdekesen kiterjeszti a társadalmi szintre is, a társadalmat mint függőt egy érdekes diskurzus kontextusában mutatja be. Számomra a cikke azért is volt nagyon hasznos, mert bemutatta mind egyéni szinten, mind társadalmi szinten a felépülés általánosított nagyobb lépéseit, mérföldköveit, hiszen a kutatásomban én is a mérföldkövekre koncentráltam:

0. „Mélypont.”

1. A tagadás feladása.

2. A valódi probléma azonosítása, megnevezése.

3. Erőforrások és eszközök feltárása, számbavétele.
4. Cselekvés, a változás beindítása.
5. Eredmények fenntartása. (Nagy, 2016, 18. o.)

Madácsy József (2011; 2013) a 12-lépéses közösségek kutatói elemzésében a talán legklasszikusabb ilyen közösségnek, az AA-nak a struktúráját és dinamikáját mutatja be kiemelkedő részletességgel, pontos és bőséges információt nyújtva így a szakirodalom számára.

A magyarországi kutatások további úttörő szerzőpárosa B. Erdős Márta és Kelemen Gábor kutatásait már a magyarországi narratív kutatásokat bemutató fejezetben részben tárgyaltuk.

További kutatásaikat is érdemes viszont megemlíteni, hiszen mind narratív, mind addiktológiai vonatkozásban értékes a hozzájárulásuk a szakirodalomhoz, hiszen a függőséget és a felépülést üdítően komplex szemüvegen keresztül nézik, az individuális mellett sokszor beemelve a családi (Kelemen, 2001), szociális (B. Erdős és mtsai, 2017), valamint társadalmi szint releváns, meghatározó vetületeit is (Kelemen, 2012; Molnár, 2016; B. Erdős és mtsai, 2006).

Ezekben a kutatásaikban abuzív mintázatokat találtak a családi, szocializációs szinten, társadalmi szinten pedig a szociális ellátórendszer fejlesztését facilitálják (B. Erdős és mtsai, 2017).

Munkásságuk azért is fontos disszertációm szempontjából, mert egyrészt magával a felépüléssel, másrészt a felépülés időélményével foglalkoztak, amelyet a magyar narratív kutatásokat tárgyaló fejezetben már részletesebben is bemutattam (B. Erdős és mtsai, 2006).

Másrészt Kelemen munkái a kvalitatív drogkutatások (Rácz, 2006) szemléletében is meghatározóak (pl. Kelemen, 1994; Kelemen, B. Erdős és Csürke, 2006), amelyekben legtöbbször számítógép segítette elemzést (CAQDAS) alkalmaztak a kutatói kérdés függvényében kombinálva a kontextuselemzést, a tematikus elemzéseket és alkalmaként szógyakorítás elemzéseket (pl. B. Erdős és mtsai, 2017). A klasszikus számítógépes tartalomelemzéshez olyan szótárprogramokra volna szükség, mint amilyen a LIWC, vagy a NarrCat.

Ezentúl a felépülés alatti intraperszonális és interperszonális változások leírásába a szelf változását beemelte (Kelemen és mtsai, 2013; B. Erdős. és mtsai, 2017).

Ezek a kutatások narratív pszichológiai szempontból is rendkívül értékesek, hiszen például elkülönítik a felépülésben a megküzdő felépülő és a megadó felépülő karakterét (Kelemen és mtsai, 2013), ami különösen releváns számunkra, hiszen összevethetjük a Proppnál megjelenő kereső hős-bajbajutott hős párosával.

Ezeket a kutatásokat olvasva a gyakorlati praxisban is alkalmazható terápiás belátásokat is olvashatunk, hiszen a kutatások egyik fő eredménye az volt, hogy a szerhasználati kontrollált kontrollvesztés egyfajta ismétlésként is értelmezhető terápiásan, mint a kora gyerekkori abuzív kapcsolódási minták ismétlései (B. Erdős és mtsai, 2017).

A szerzők kutatásai azért is voltak különösen inspirálóak számomra, mivel az addiktológiai pszichológia nyelvi, ismeretelméleti vonatkozásaival foglalkoznak (Demetrovics és Rácz, 2022), az időhöz való viszonyulás pedig sokszor a nyelvbe ágyazódik, vagy abban fejeződik ki (B. Erdős és mtsai, 2006), illetve a szerzők filozófiai közelsége (pl. a Foucault-féle szubjektívizáció szerepe a felépülésben, Kelemen, 2014) is meghatározó volt számomra, hiszen a disszertációmban magam is kiemelt szerepet szentelek a filozófiának, mert úgy gondolom, az idő kérdését nem megfelelő filozófiai kontextus és háttértudás nélkül tárgyalni.

Emellett fontos, hogy Kelemen Gábor a felépülés kvalitatív elemzése kapcsán (pl. Kelemen és mtsai, 2011) a következőkben bemutatott kutatásomhoz hasonlóan foglalkozott a szelf transzformációjával, valamint az átmeneti rítusok narratív jelentőségével a felépülésben, és azt találta, hogy a felépülők jobban reflektálnak saját változásukra és a spiritualitás kapcsán megélik az átmeneti rítusok jelentőségét, míg azok a társaik, akik gyakran visszaesnek, inkább felépülő társaikról másolják profánabb megosztásaikat (Kelemen, B. Erdős és Madácsy, 2007).

A magyar kutatások közül a legszorosabb kapcsolódásom leginkább a Bajzáth, Tóth és Rácz (2014) által tárgyalt vándormotívumokkal fogalmával alakult ki. A szerzők így nevezték a különböző felépülők eltérő narratíváiban megjelenő közös elemeket, ez ihletett a narratémákkal való áthallás kapcsán.

2.3. *A felépülés fogalmának problémái*

A bevezetést a felépülés fogalmának tisztásával kezdem, hiszen ez egyrészt egy eléggé tisztázatlan fogalom, másrészt pedig a fogalom tisztázatlansága már ezen a ponton kötődik az időbeliséghez, hiszen egyes kutatások a felépülést egy meghatározott időhöz kötik (pl. mióta tiszta valaki).

A felépülés mint fogalom egyelőre meglehetősen fluid, hiszen nincs standard definíciója (White, 2007), ez pedig sokszor félreértésekhez és a fogalom téves használatához vezet a szakirodalomban. Az mindenképpen megjegyzendő, hogy a felépülés definíciója eltér aszerint, hogy milyen kontextusban használjuk. Hiszen sokféle felépülés létezik, például: műtét utáni felépülés (Ljungqvist, Scott és Fearon, 2017), öngyilkosságot túlélők felépülése (Kneiper, 1999), mentális betegségből való felépülés (Perry és Pescosolido, 2015), válásból való felépülés (Fisher és Low, 2016) vagy étkezési zavarból való felépülés (Wade és Lock, 2020). Annak ellenére, hogy ebből látható, hogy számos tematikus kontextusban használjuk a felépülés fogalmát, mégis a leggyakrabban asszociált terület a felépülés fogalmával a függőség területe (White, 2007).

Ha megpróbáljuk integrálni ezt a meglehetősen diverzifikált diszkurzust a felépülés fogalmáról, akkor a Betty Ford Institute definíciója megfelelő lehet, amely úgy értelmezi a felépülést, mint „önkéntesen fenntartott életstílus, amelyet a józanság, a személyes egészség jellemez” (Erickson, 2006).

A felépülés fogalmának megértéséhez továbbá fontos elkülönítenünk a felépülés meghatározásában a külső, objektív, valamint a belső, szubjektív perspektívát. Ez azt jelenti, hogy a külső, objektív perspektíva a felépülést úgy értelmezi, mint egészségesnek lenni valamilyen betegség után (White, 2007), és konkrét kritériumokat állít a felépülés definiálásához, például hogy valaki 12 hónapja absztinens (Wade és Lock, 2020). A külső perspektívát ezért leginkább a medikális perspektívával asszociálhatjuk. Ezzel szemben a belső, szubjektív perspektíva reflektál a tapasztalásra, az élményre magára is (White, 2007). Figyelembe veszi a felépülésnek az egyén által adott értelmezését és definícióját (Laudet, 2007).

Ez az elkülönítés a külső és a belső perspektíva között hasonlít Boorse (1975) klasszikus differenciációjára a „disease” és az „illness” (magyarul mindkettőt betegségnek fordítjuk, de angolul más a jelentéstartományuk) fogalmai között. Míg a disease az objektív

perspektívához tartozik, a kívülről meghatározott diagnózishoz, addig az illness a betegség milyenségére is reflektál, hogy azt hogyan éli át személyesen az egyén.

Míg a szakirodalom korábbi kutatásai a felépülést dominánsan a külső perspektívából, az objektivitásra fókuszálva készültek, addig jelen kutatásban igyekeztünk hangot adni azoknak a felépülő függő segítőknek, akik szeretnék volna életút-narratívájukban megjeleníteni saját szubjektív perspektívájukat is felépülésükről. Ezért ebben a kutatásban elköteleztük magunkat a belső perspektíva mellett, annak ellenére, hogy nekünk is volt külső, időbeli kritériumunk az interjúalanyok beválogatásában (minimum 5 éves absztinencia és minimum 1 éves szakmai munkatapasztalat felépülő segítőként). A belső perspektívára helyezett fókusszal úgy gondoltuk, hogy interjúalanyainknak több lehetősége van felépülési történetüket a saját perspektívájukból reprezentálni és a felépülésben lévő státuszukat saját maguk által definiálni.

2.4. A felépülés mint (idő)utazás a narratív szemléletben

Az a tágabb perspektívája a felépülésnek, amelyik teret ad a szubjektív vonulat megjelenésének is, sokszor reprezentálja a felépülést mint utazást (térben és időben) (Best és mtsai, 2011; Marlatt és Fromme, 1987; Stott és Priest, 2018). Az utazásalapú felfogás az elmúlt években fókuszált tudományos figyelemnek örvend (pl. Best és mtsai, 2016), annak is köszönhetően, hogy a felépülés mint paradigma (Best és Lubman, 2012; Humphreys, 2000) egyre inkább kutatottá vált a kvalitatív irányzaton belül is (pl. Kassai és mtsai, 2017a,b; Larkin és Griffiths, 2002).

A korábbi kutatások arra engednek következtetni, hogy a felépülés és a narratív megközelítés szorosan összekapcsolódik, hiszen a koherencia fontossága megjelenik a felépülés önsegítő (self-help) narratíváiban (pl. McAdams, 2006). Emellett kiderült, hogy a rekonstruktív történetek (McAdams, 2001) kiemelten fontos elemek az egyének és a későbbi segítők gyógyulási folyamatában (Kim, 2016; McNulty és mtsai, 2007).

Mivel az élettörténeti narratív koherencia, a mentális egészség és a jóllét szorosan összekapcsolódik (lásd pl. Baerger és McAdams, 1999; vagy Bauer és mtsai, 2019), így a felépülésnek magának és a felépülés történetének kifejlődésében jelentős szerepet játszhat az értelmes (meaningful) narratíva kialakítása, amelyet gyakran „gyógyító cselekmény”-nek (healing plot) is hívunk (Lieblich, McAdams és Josselson, 2004).

Továbbá a narratív identitáson (McAdams és McLean, 2013) keresztül ezek a narratívák segíthetik a fejlődést (Adler, Wagner és McAdams, 2007) azáltal, hogy a koherens narratívával párhuzamosan megteremtődik a redemptív szelf (Guo, Klevan és McAdams, 2016), valamint a megváltozást megtestesítő transzformált szelf is (Pals és McAdams, 2004). Mindezekén túl, ezek a narratívák a hosszú távú viselkedésváltozást is elősegíthetik (Dunlop és Tracy, 2013).

2.5. A függő útjának reprezentációi: a korábbi elméleti keretrendszerek limitációi és a Propp-féle keretrendszer előnyei

A szakirodalomban számos klasszikus modell megfigyelte, hogy a felépülési narratívák hogyan reprezentálódnak. Ilyenek például Frank (1995) narratívátípusai, Marlatt-tól és Frommtól (1987) az függőségek metaforái, a Cambell (2003) tollából született „hős útja” modell, Prochaska és DiClemete (1983) híres modellje a változásról, valamint a használat-mélypont-felépülés V alakú stuktúrája (Häinnen és Koski-Jännes, 1999; Hayes és mtsai, 2007; Stiles és mtsai, 2004; Strobbe és Kurz, 2012). A következő táblázatban összefoglaltuk az előnyeit és a hátrányait ezeknek a korábbi kereteknek. A táblázathoz fontos megjegyezni, hogy a proppi kerettel való összehasonlítás nem azt jelenti, hogy ezeket a keretrendszereket versenyzőként kellene elképzelnünk, sokkal inkább egy történeti idővonalaként a felépülés narratív analízisének. Az összevetés egy áttekintést nyújt, a különbözőségek jobb megértésének érdekében, nem a korábbi keretek kritikája a célja.

9. Táblázat: A felépülés különböző szakirodalmi modelljeinek előnyei és limitációi.

Az elméleti keret neve és referenciája	Előnyök	Lehetséges hátrányok, limitációk
A restitúciós narratíva (Frank, 1995)	Kulturálisan preferált, könnyen fogyasztható, hiszen egy egyszerű történetet kínál a megbetegedésről, majd arról, hogy az orvosok meggyógyítják a betegséget és visszaáll az egészség állapota.	A felépülés külső perspektívájára helyezi a hangsúlyt, hiszen a problémát úgy reprezentálja, hogy van a betegség előtti és a betegség utáni állapot, a betegséget pedig egy külső ágens oldja meg, az egyénnek pedig meglehetősen limitált a felelőssége a gyógyulásában (Ezzy, 2000).

A kereső narratíva (Frank, 1995)	Sokkal jobban kötődik a belső perspektívához, hiszen a hőst aktív ágensként írja le, aki felelős az életéért (Frank, 1998).	Nem fejti ki részletesen a hős lépcsőit az utazás során, inkább egy átfogó folyamatot mutat be.
A káosz narratíva (Frank, 1995)	Kifejezi az egyén azon élményét, hogy milyen lefelé zuhanni egy problémában (Frank, 1998).	A szerhasználatnak csak a problémás, lefelé szálló ágát jeleníti meg, kimarad belőle a felfelé ívelő ág, a felépülés.
A függőség metaforái (Marlatt és Fromm, 1987)	A metaforák nagyon jól használhatóak, hiszen jól lefednek általános tapasztalásokat. A betegség-narratíva és a kompenzációs narratíva elkülönítése mentén elkülöníti a külső, objektív és a belső, szubjektív perspektívát is.	Az átfogó metaforák nem biztos, hogy lefedik a felépülés, mint utazás teljes spektrumát, annak komplexitásában és variabilitásában.
A hős útja (Cambell, 2003)	Behozza az utazás szimbolikáját, és a változást különböző stádiumokon keresztül írja le. Az átfogó mitológiai elemek egy narratív mintázatot adnak ki, hasonlóan a proppi mesei narratémákhoz.	Később maga Cambell is beismerte, hogy egy stádium vagy megjelenik vagy nem, ugyanis közel sem minden történet épít a 17 szerkezeti elemre, és vannak stádiumok, amelyek kiterjednek több stádiumra, vagy magukba sűrítenek több stádiumot, vagy éppen vannak olyan stádiumok, amelyek teljesen kimaradnak.
A változás folyamata (Prochaska és DiClemente, 1983).	Behoz egy dinamikus elemet azzal, hogy a változás modelljébe beemeli a nonlinearitást: a visszaesés a felépülés természetes részévé válik. A „korábbi” stádiumok újralátogathatók anélkül, hogy az egész folyamat az elejéről kezdődne. Ebben hasonló a proppi mesei dinamikához.	Dominánsan a motivációs státuszra fókuszál, a személyes megélés helyett. Csak néhány alapvető változási mérföldkövet nyújt, ezért nem túl részletes.
A V alakú mintázat modellje (Hayes et al. 2007; Stiles et al. 2004;	Erősen hangsúlyozza a szerhasználat-felépülés nonlinearitását (de nem	Mivel a V alakú modell egyértelműen mélypont-közponjú narratíva, így a

<p>Hänninen és Koski-Jännes 1999; Strobbe és Kurtz 2012). A jelenleg domináns modell</p>	<p>abban az értelemben, hogy van visszalépés a stádiumokban). Megerősíti hitelességét, hogy a személyiségzavarok terápiás változásában (Strauss és mtsai, 2016), valamint a poszttraumás növekedés (Haroosh és Freedman, 2017) területén is megfigyelték ezt a V alakú struktúrát. Hasonlóan Humphreys (2000) alkoholos történeti formuláihoz, a V alak azt írja le, ahogyan a függő egyre kevésbé elégedett a szerhasználattal, azután ez a lefelé ívelő ág destruktív súlyosbodásba fordul át, ami végül a mélypont eléréséhez vezet (ilyen lehet pl.: halálközeli élmény, túladagolás). Ezt követi a probléma realizálása, majd pedig a felépülés melletti elköteleződés. A storytelling jelenségének köszönhetően a V alakú struktúra hordoz az egyéneken átívelő, azonosítható, kollektív tematikus elemeket, közös fordulópontokat, strukturális motívumokat (Rácz, Kassai és Pinter, 2016), valamint közös utakat (Flaherty és mtsai, 2014).</p>	<p>modell meglehetősen leegyszerűsítő annak csupán három szakaszával: szerhasználat élvezetének csökkenése – mélypont – felépülés. Ez a három szakasz, bár jól összefoglalja a folyamatot, mégis egy meglehetősen rigid formulát ad, amelyen belül kevés a dinamikus mozgástér. A felépülés stádiumai és a felépülési narratívák struktúrái ennél bizonyára komplexebbek és dinamikusabban szerveződnek.</p>
<p>A Jellinek-görbe (Jellinek, 1946, Kelemen és Mark, 2016).</p>	<p>Annak ellenére, hogy időben megelőzte a V alakú modellt, annak sokkal gazdagabb és részletesebb stádiumait nyújtja.</p>	<p>A felépülés folyamatát és stádiumait külső markerekhez köti, mind fizikai (az alkoholtolerancia csökkenése, az alvásminőség javulása), mind pszichológiai (bűntudat csökkenése, önbizalom visszatérése)</p>

		szinten, ahelyett, hogy belsőleg definiált, tapasztalatalapú stádiumokkal dolgozna.
Victor Turner munkássága az átmenti rítusokról (rites of passage) és a köztes állapotokról (liminality) Turner (1964).	Kihangsúlyozza az átmeneti stádiumok mint strukturális pozíciók fontosságát. Van Gennep (1909) munkásságára alapozva leírja, hogy az egyik állapotból a másikba történő változás leírható az alábbi fázisokkal: 1. szeparáció, 2. köztes határ (limen) és 3. egyesülés (aggregation). A modell kihangsúlyozza a ritualitás és a szimbólumok szerepét, és használja az „utazó” koncepciót is. A modell továbbá reflektál a szelf transzformációjára is, a köztes vagy átmeneti perszóna (liminal persona) fogalmán keresztül.	A modell talán kicsit túlságosan is kötött, mivel ragaszkodik az egyén kulturális kontextusának meghatározó szerepéhez. Például Turner kiemeli a nem nélküliség fontosságát, és azt állítja, hogy ez a karaktervonás lényeges eleme a strukturális státusznak. A proppi elmélettel összehasonlítva, a népmesei kontextus sokkal átfogóbb, generalizálhatóbb, és kultúrától függetlenebb keretet ad a különböző strukturális stádiumok közötti változás megértéséhez.

Propp elméleti kerete és módszertani perspektívája a táblázatban említett elméleti keretek limitációit lehetséges, hogy képes meghaladni, főleg a részletes kifejtés hiányának, a modellek rigiditásának, alacsony komplexitásának és non-dinamikusságának tekintetében. Miután áttekintettük ezeket az elméleti kereteket, úgy találtuk, hogy Vlagyimir Propp orosz formalista legendás műve, *A mese morfológiája* (Propp, 1928/2010) elmélete és módszertani kerete releváns lehet ezen szakirodalmi hiányosságok korrekciója során.

Az egész történet a proppi keretrendszer mögött egy sokkal kevésbé ismert alak, az orosz etnográfus, Alexander Afanaszjev munkásságával kezdődött, aki óriási mennyiségű orosz népmesét gyűjtött össze (pl. Haney, 2017: *The complete folktales of A. N. Afanas'ev*). Később ez szolgált alapul mint korpusz Propp vizsgálódásaihoz. A fő tudományos motiváció Propp kutatásában annak a kérdésnek a megválaszolása volt, hogy a különböző mesék valóban különbözőek-e? A kérdés megválaszolása érdekében szisztematikus analízist végzett Afanaszjev szövegkorpuszán (az összegyűjtött meséken). Az analízis során a mese karaktereinek funkcióira fókuszált, és azt próbálta megtalálni, hogy mennyire szignifikánsak az egyes karakterek egyes akciói a mese egész történetének szempontjából.

Valójában az elhíresült proppi narratémák fogalma ezekből a karakterfunkciókból származik, hiszen a narratéma fogalma leegyszerűsítve annyi, hogy ez a történeteknek egy alapegysége.

A proppi elemzés fő eredménye egyrészt, hogy a karakterfunkciók száma limitált és leszűkíthető 31-re, másrészt pedig ezeknek a funkcióknak a szekvenciája, sorrendje megegyezett a különböző mesékben. Vizsgálatának konklúziójaként megalkotott egy átfogó modellt, egy tipikus mesei struktúrát, amellyel bármely mese leírható, ha vesszük a karakterfunkcióikat (narratémák) és ezek sorrendjét (Gervás, 2013). A jobb megértés kedvéért néhány Propp-féle narratémát bemutatunk a következő táblázatban, kiemelve néhány meghatározó mesei fordulópontot. A narratémák teljes listája itt lelhető fel: (Propp, 2010, Morphology of the folktale, 26-64.).

10. Táblázat: Szemléltető példák Propp narratémáira.

A narratéma rövid neve	A narratéma neve elmagyarázva	A narratéma leírása és típusai	Példák Propptól az orosz mesékből
I. Eltávozás (Absentation)	A család egyik tagja eltávozik otthonról.	A család egyik tagja hiányzik, vagy elmegy valahova.	„Egyszer a kereskedő elutazott idegen vidékekre” (Propp, 2010, 26.)
III. Megszegés (Violation)	A tilalmat (II. narratéma) megszegik.	A hős vagy egy másik szereplő megszegi a korábbi tilalmat. Ebben a momentumban egy új szereplő, a gonosz belép a mesébe, azzal a céllal, hogy bajt okozzon.	„A cár lánya bemegy a kertbe” (Propp, 2010, 27.)
VIII. Károkozás, gaztett (Villainy)	A gonosz kárt vagy sérülést okoz a hősnek vagy a család egyik tagjának.	Ez az a pont, ahol a mese komplikációja elkezdődik. A gonosz explicit kárt okoz valamilyen formában, például elrabol valakit, vagy fizikai sérülést vagy halált okoz.	„A sárkány elrabolja a cár lányát.” (Propp, 2010, 31.)
IX. Mediáció, bekapcsoló motívum (Mediation, the connective incident)	A szerencsétlenség vagy a hiány tudottá, egyértelművé válik.	A hős szembesül szerencsétlenségével, problémája explicitté válik számára. Innentől kezdve a mesében kétféle hősről beszélhetünk:	„Az anya elmondja fiának, hogy a lányát elrabolták” (Propp, 2010, 37.)

		a hős lehet kereső hős (aktívabb), vagy bajba jutott (passzívabb) hős.	
XVIII. Győzelem (Victory)	A gonoszt legyőzik.	A hős legyőzi a gonoszt.	„A sárkányt megölték” (Propp, 2010, 53.)

A bemutatott proppi elméleti keretnek számos előnye lehet.

Ilyen a részletesség, hiszen a 31 narratéma nagyon precízen kidolgozott. A táblázatban bemutatottaknál sokkal részletesebben, hiszen az egyes narratémáknak is számos típusa lehet, amelyek pontos felosztását és besorolását Propp szintén elvégezte és példákkal is leírta. A 31 narratéma és azoknak altípusai tehát egy meglehetősen részletgazdag struktúrát képesek biztosítani. Ezek a narratémák könnyedén ábrázolni tudnak olyan élettörténeteket, mint például a felépülési narratívák.

A másik előnye a proppi keretnek a komplexitás, hiszen a történetrepresentáció nem csak a narratémákra fókuszál, hanem a különböző szereplők funkcióira, motivációira, hatásaira is, mind külön-külön, mind a mese egészére nézve. Így az egyes karakterek mesei céljai, motivációi sokkal könnyebben tetten érhetőek és interpretálhatóak a narratíva különböző fázisaiban.

A harmadik előny a proppi keret dinamikussága lehet. Ez azt jelenti, hogy korábbi stádiumok a felépülés különböző fázisaiban újralátogathatóak anélkül, hogy az egész történet meg kellene, hogy ismétlődjön a narratémák újbóli, sorrendbeli lejátszásával. Például van egy narratéma, aminek a neve *Üldözés és vadászat* (Pursuit and chase), ez visszatérhet a mesében többször is, különböző formákban, amire a hősnek többször is különböző *Megoldást* (Megoldás, Solution narratéma) kell találnia, hogy *Megmeneküljön* (Megmenekülés, Rescue narratéma), hogy elkerülje a gonosz utólagos *Károkozásait*. Ez a dinamikusság nagyon fontos lehet a felépülési narratívák reprezentációjában, ennél a példánál maradva, ha vesszük a kísértés dinamikáját. A kísértés a hős legyőzése után is (a szerhasználat abbahagyása) tudja üldözni a hőst változatos formákban, amelyekre a hősnek különböző megoldásokat kell találnia, hogy elkerülje a gonosz utólagos károkozásait (pl. visszaesés). Ebből is látszik, hogy a proppi modell valójában csupán pseudo-lineráris, hiszen megengedi a dinamikus váltásokat a különböző stádiumok között, attól függetlenül, hogy hányadik számú narratémánál tart a mese.

Egy negyedik előny lehet a modell utazás-fókuszúsága. A hős a stádiumokon keresztül utazik, ez pedig dinamikus hidakat jelent a különböző stádiumok között, nem pedig izolált egymás utáni lépéseket (vö. a Husserl-féle időtárgyakkal: nem különálló egységek, hanem folyam, a narratíva is lehet egy időtárgy: az életesemények nem különálló szigetek). Ennek a jellegnek köszönhetően a felépülést is sokkal inkább utazásként, folyamatként reprezentálhatjuk, és a proppi stádiumokat csak úgy vehetjük, mint informatív, fontos mérföldköveket, amelyek a folyó történetek mélystruktúráját láthatóvá teszik.

Az utolsó megemlíthető előnye ennek a keretnek a gyakorlati alkalmazhatósága. A proppi stádiumok segíthetnek a felépülő függőknek a storytelling gyakorlatában, amely fontos rítus a felépülő függő közösségek többségében (a 12-lépéses megközelítésben). A Propp által nyújtott keret segíthet strukturálni a gyakran kusza, zavaros történeteket a személyes élményekről a szerhasználat és a felépülés kapcsán.

A mi kutatásunk célja az volt, hogy azonosítsuk a narratémákat a felépülési történetekben, és megvizsgáljuk, hogy felfedezhető-e egy közösen meglévő történeti struktúra a különböző egyéni narratívákban. A narratémákat Proppnak megfelelően úgy interpretáltuk, hogy a narratívák alapegységeit jelentik. Propp ugyebár ezekből több száz mese elemzésén keresztül 31 ilyen narratémát talált. A narratémákat Koelemeijer, Janssen és Kop (2017) úgy fogalmazta meg érthetőbben, hogy azok a narratívák *felcserélhetetlen* és *kisebb egységre már nem bontható* elemei (tehát pl. a használt szer felcserélhető, de maga a szerhasználat nem, vagy a hős gonosszal való küzdelmének megjelenési formája felcserélhető, de maga a küzdelem nem). Ez a 31 narratéma Propp kutatása alapján képes strukturálisan reprezentálni és bemutatni bármilyen népmesét.

A gyakorlati alkalmazáshoz kötődik az a szakirodalmi tény, hogy a Propp-féle elméletet és módszertant egyre több és több kutatás alkalmazta történetek elemzésére, számos területről: Sreenivas (2010) filmek mélystruktúrájának elemzésére, Bostan és Turan (2017) számítógépes játékok háttértörténetének dekonstruálására alkalmazta. Más kutatások további népmesei korpuszokat elemeztek, különböző kulturális kontextusokban: Muhabat és mtsai (2015) arab, Wama és Nakatsu (2008) japán, valamint Phinande (2014) afrikai meséknél találta meg Propp narratémáit. Érdekességként szokták említeni Hunter (2013) kutatását, aki Harry Potter-könyveket elemezte Propp narratémái alapján, és azt találta, hogy azok lettek a legsikeresebbek a közönség számára és azok produkálták a

legnagyobb eladási példányszámot, amelyekben a legtöbb megtalálható volt Propp narratémáiból.

A szerhasználat területén nem találtunk olyan kutatást, amely alkalmazta volna Propp elméletét felépüléstörténeteken, egy MA szakdolgozat kivételével (Baker, 2008), amely viszont kizárólag a mesékben megjelenő donor (a segítő) szerepére koncentrált, főleg a mélypont elérése után. Néhány publikáció a droghasználati irodalomban megemlíti, vagy hivatkozik Proppra, de a felépülés kapcsán csak nagyon tág értelemben, említés szintjén (például Gashi, Sandberg és Pedersen, 2021; Turner és Measham, 2019; Copes, 2016; Presser és Sandberg, 2015; Dahl, 2015; Oksanen, 2012). Ezek a kutatások és publikációk viszont nem használják Propp módszertanát szisztematikus módon, és nem igazán specifikálják azt a felépülésre magára.

2. A kutatás céljai

Ebben a kutatásunkban azt a célt tűztük tehát ki, hogy megpróbáljuk feltérképezni a felépülési narratívákat egy részletesebb keretben, feltérképezve azokat a strukturális egységeket, amelyek közösen leírhatják a felépülési narratívákat.

Vlagyimir Propp elméletét és kódolási módszertanát használva azt vizsgáltuk, hogy a 31 proppi narratéma közül melyek, hogyan és milyen jellemző sorrendben jelennek meg a felépülési szövegekben. Ezzel azt a célt kívántuk teljesíteni, hogy tovább gazdagítsuk a meglévő tudományos tudást a felépülési történetek közös mérföldköveiről és fordulópontjairól.

Azt feltételeztük, hogy a Propp-féle narratív megközelítés mélyebbre áshat a felépülési történetek szerkezetében, mivel komplexebb reprezentációját adhatja a felépülési történeteknek annál a jelenleg domináns elképzelésnél, hogy a narratívák a szerhasználat élvezetével kezdődnek, majd egyre kevésbé kielégítővé és egyre destruktívabbá válik a használat. (Verheyden, Maidment és Curran 2003). Ezután a függő eléri a mélypontot (Kirouac, Froha és Witkiewitz, 2015), amely mélypont fordulóponttá válik a narratívában és megkezdődik a felépülés (Rácz és mtsai, 2015).

A proppi narratémák azonosításával azt a célt is szerettük volna kutatásunkban szem előtt tartani, hogy támogassuk a felépülés utazásalapú felfogását azáltal, hogy megtaláljuk a redemptív narratíva főbb szöveges elemeit és létrehozunk egy olyan alternatív modellt, ami pontosabban reprezentálja a felépülést, mint a jelenleg domináns V alakú modell

(Hännien és Koski-Jännes, 1999; Strobbe és Kurtz, 2012). Ezt figyelembe véve igyekeztünk megkönnyíteni a felépülők számára a storytelling rítusát azáltal, hogy megtaláljuk a felépülési történetek alapsémáját.

3. Módszer és eszközök

4.2. Minta

Jelen kutatás egy másodelemzése volt azoknak az interjúalanyoknak és interjúknak, amelyet a kutatócsoport már korábban elemzett egy másik kvalitatív módszerrel, interpretatív fenomenológiai analízissel (Rácz és mtsai, 2015). A kvalitatív kutatásokban bevett gyakorlat a másodelemzés (Hinds, Vogel és Clarke-Steffen, 1997; Heaton, 2008), amely azt jelenti, hogy azonos mintán egy másik kvalitatív módszertannal és másik kvalitatív elméleti kerettel (jelen esetben az IPA helyett narratív elemzés) vizsgálódunk, más kutatási kérdésekkel (Long-Sutehall, Sque és Addington-Hall, 2011; Notley és Collins, 2018).

Jelen kutatáshoz a harmadik szerző toborzott résztvevőket két rehabilitációs centrumból, az intézmények vezetőinek segítségével. Félig-strukturált interjúkat vett fel, nyílt végű általános kérdésekkel a szerhasználat aktív éveinek tapasztalatairól és a józan felépülő segítővé válás élményeiről. Az interjúk arra fókuszáltak, hogy a résztvevők hogyan tapasztalták meg saját történetüket, valamint saját magukat akkor és most. Hat felépülő függő segítő (5 férfi és 1 nő) került be a kutatásba. Az inklúziós kritérium az volt, hogy valaki legalább 5 éve józan legyen és legalább 1 éve dolgozzon professzionális szakmai segítőként.

Etikai felvetésként az anonimitás merült fel, amely a tájékoztató-beleegyező nyilatkozatban tisztázásra került (volt, aki vállalta a saját keresztnevét, és volt, aki álnévvel szerepelt a kutatásban, majd a publikációkban is). Az ELTE Etikai Bizottsága adta ki a kutatásetikai engedélyt.

4.3. Adatelemzés

4.3.1. Kódolási folyamat

Először is én mint első szerző megismerkedtem az interjúkkal többszöri olvasáson keresztül. Ezt követően meglehetősen mélyen és behatóan tanulmányoztam a proppi

narratémákat, és gyakoroltam azok azonosítását, valamint az azokkal való szövegelemzési munkát magyar népmeséken. Erre a gyakorló fázisra azért volt szükség, hogy később könnyebben tudjam azonosítani őket az interjúkban.

Az elemzés folyamatában a proppi narratémák azonosítása egy nagyon lassú és figyelmes, szóról szóra, mondatról mondatra való olvasási és kódolási procedúra során valósult meg. A kódolás a Propp által kidolgozott eredeti cirill kódolási rendszerrel történt, amelyet a narratémák és az egyes narratémák altípusainak jelölésére dolgozott ki. A cirill kódokat a kódolás során folyamatosan összevetettük a narratémák részletes leírásával, valamint az interjú szövege és a narratémák között is folyamatos összevetés zajlott.

Az analízis során főképp a strukturális elemekre fókuszáltunk, a tartalomra csak abban az értelemben, hogy mi történik az adott mérföldkőnél a hőssel. A tartalmat illetően tehát a szöveget sokkal inkább szimbolikusan interpretáltuk a proppi elképzeléseknek megfelelően, vagyis a szövegrész mögöttes funkcionális értelmét emeltük ki, mintsem nagyon konkrétan a szöveget.

Egy példával érthetővé téve az elemzés folyamatát, Propp szerint a mesék első narratémája az Eltávozás/hiány (Absentation). Ez lehet a család egyik tagjának hiánya, egy szülő vagy maga a hős elindulása. Az egyik interjúnk pedig például így indul: „...*lakótelepi gyerek, kulcsos gyerek voltam, tehát többször mentem el különösebb kontroll nélkül, felügyelet nélkül...*” (Zénó). A narratémák azonosítása tehát ehhez a példához hasonlóan történt.

Később, a negyedik szerző revizionálta az analízist, függetlenül, és abban az esetben, ha a kutatócsoporton belül két szerző között egyet nem értés alakult ki, úgy a másik két szerzőt bevonva a diskurzusba igyekeztünk konszenzusra jutni. Azonban a két kódoló szinte minden esetben megegyezett a narratémák azonosításában.

4.3.2. *Narratív elemzés*

A narratív pszichológiai módszertan elsősorban a szociális konstruktivizmus paradigmájába ágyazódik, hiszen ebben a keretben a tudáskonstruálás a történetkonstruálás aktusán keresztül zajlik. A konstrukcionizmus mellett viszont a fenomenológiához is kötődik a narratív módszertan, hiszen a történetet elmesélő személy élményeire is koncentrálnak. A narratív kutatás tehát egyszerre igyekszik tudást nyújtani a szociokulturális környezetről, amiben egy történetet elmesélnek (ez a diskurzív szint, konstrukcionizmus)

és a történetmesélőnek a belső világáról (átélt élmény szint, fenomenológia) is (Hiles és Cermák, 2008).

A narratív pszichológia egyik ága mindemellett erős gyökerekkel kötődik az orosz formalizmushoz (Propp!) és strukturalizmushoz is (Jameson, 1974), ez az irányzat inkább a narratívák szerkezetére, mintsem tartalmára koncentrál.

A narratív pszichológiai kutatás módszertanilag nulladik lépése az, hogy elhelyezzük narratív kutatásunkat az induktív-deduktív, a szüzsé-fabula, valamint a holisztikus-kategorikus perspektívák mentén.

Első megfontolásként azt gondoltuk át a most bemutatott narratív kutatásunk esetén, hogy az elemzés induktív vagy deduktív logikát fog-e követni, esetleg a kettőt integrálja majd, vagy egyik kutatási kérdése induktív, egy másik kutatási kérdése deduktív megközelítésű lesz. Ez az adott kutatási kérdés kapcsán annak átgondolását jelenti, hogy van-e egy olyan előzetes elméleti tudásunk, előzetesen definiált pszichológiai konstruktum, ami az adat vizsgálatát meghatározza majd, egy bizonyos előre adott tartalom vagy szerkezet, melynek megjelenését szeretnénk feltérképezni (deduktív logika, amely fentről lefelé halad, az elmélettől az adatig), vagy hagyjuk, hogy kutatási eredményeink az elemzett adatokból emelkedjenek ki (Kiss és Kiss, in press).

Jelen kutatásunk deduktív logikát követ, hiszen a népmesei csomópontokat előzetes kutatások alapján már definiálták egy másik kontextusban, és a kutatás azt igyekszik feltérképezni egy új szöveggörnyezetben. Annak ellenére, hogy az interjúkban találjuk meg a narratémákat, a kutatás logikája és az elemzés módszertana akkor is deduktív lesz, hiszen a proppi elméleti keret szakirodalmilag adott, mind teoretikus, mind módszertani értelemben, a narratémák előre definiáltak, ezeket keressük meg és azonosítjuk a szövegben.

Egy második megfontolásként az induktív-deduktív logikai irány mellett pedig narratív kutatóként érdemes elkülöníteni, hogy kutatásunkban a szerkezetre vagy pedig a tartalomra, esetleg mindkettőre vagyunk-e kíváncsiak. Ezt a narratív kutatásban a szüzsé és a fabula klasszikus elkülönítésének nevezzük (Hiles, 2007). A szüzsé a szerkezetre vonatkozik, az elbeszélés tartalomtól független, mögöttes vázára, struktúrájára, arra, hogy a narratíva alkotója hogyan meséli el a történetet. Jelen kutatásunk inkább a narratémákra, mint szerkezeti mérföldkövekre koncentrál, de nem hagyja természetesen teljesen figyelmen kívül a tartalmat sem. Ha azt az egyszerű elkülönítést vesszük, hogy a szüzsé arra

koncentrál, hogy a tartalmat a történet mesélője hogyan meséli el, míg a fabula arra, hogy mi a tartalom, ebből a szempontból mi inkább a szerkezetre voltunk kíváncsiak.

Ezen a ponton viszont fontos megjegyezni, hogy a mai modern narratív kutatásokban általában ritkán történik meg, hogy kizárólag csak a fabulára, vagy csak a szüzsére koncentrálnánk, ez ma inkább eltérő mértékű fókuszot jelent. Narratív kutatóként mégis érdemes ezt az elkülönítést tudatossá és saját szakszövegünkben transzparenssé tennünk. Ha visszatérünk a népmesei elemek példájához, itt egy erőteljesen szüzsé-fókuszú módszertanról beszélhetünk, hiszen nem az áll a középpontban, hogy az egyén mit használt, hogyan használt, kivel használt, inkább fókuszál a mérföldkövekre, a szer, a szereplők, a helyszínek másodlagosak, hiszen épp az a kutatás célja, hogy az individuális különbségeken kívül feltárja a felépülés egy lehetséges kollektív narratív háttérstruktúráját. Azonban mindemellett a tartalmat sem hanyagoltuk el, hiszen a narratéma azonosításában azt is hasznosítottuk, hogy miről beszél az interjúalany, így integráltuk a szüzsét és a fabulát, erősebb szüzsé-fókusszal.

Harmadik módszertani megfontolásként a holisztikus és a kategorikus kutatási perspektíva szempontja releváns a módszertani elhelyezés szempontjából. Ebben az elkülönítésben lényegében az elbeszélés rész-egész viszonyáról van szó. A narratív elbeszélés esetében a holisztikus perspektíva azt jelenti, hogy a történet egyes szegmensei, részei mit mondanak el az egészről. Tehát a kutatási fókuszot és eredményeket illetően az egész a lényeg. Például a mesék végén oly gyakori esküvő-motívum általában nem önmagában mint a hős megházasodása fontos, hanem a történet egész ívének szolgálat egyfelől szerkezeti katarzist, másfelől történeti, tartalmi betetőzést (célhozérés). Viszont általában a mesék elemzésénél nem elemezzük önmagában az esküvő eseményeit (hogyan zajlik), hiszen ez a motívum a történet egésze szempontjából releváns (Kiss és Kiss, in press). Megjegyzendő viszont, hogy lehetséges egy olyan értelmezési perspektíva is, amely éppen a kimaradó narratémákra helyezi a hangsúlyt. Felmerül ugyanis a kérdés, hogy a kimaradók miért maradnak ki, illetve, hogy mindig kimaradnak-e? Az esküvő-motívum jól példázhatja azt, hogy a felépülő határozottan úton levőnek tekinti önmagát is és felépülését is, így a folytonossággal szembeni végső célhozérés, megállapodás (pl. esküvő) akár veszélyesként is értelmeződhet számára, a narratémák kapcsán említett fontos közbülső mérföldkövek mellett.

Összefoglalva tehát narratív elemzésünk módszertani megfontolásait, mivel adott egy elméleti keret és a narratémák előre definiáltak, a proppi cirill kódolási rendszerrel

egyetemben, ezért elemzésünk deduktív narratív analízis (Joyce, 2015; Richmond, 2002) annak pontos módszertani megnevezésében. Emellett inkább szüzsé-fókuszú és inkább kategoriális perspektívájú.

Az elemzés során minden interjút először külön elemeztünk és kódoltunk, majd összevetettük a kódok mentén a különböző interjúkat. Minden kód kapott egy jelölést (pl. háttérszín, különböző típusú aláhúzások, betűtípusok, betűszínek stb.). Az inklúziós kritérium a közösen osztott (több külön interjúban megjelenő) narratémákra vonatkozott, (más megfogalmazásban vándormotívumokra), ha az adott narratéma a hat interjú közül legalább ötben megjelent. Ezek a narratémák lettek az eredmények részei.

4. Eredmények

Kutatásunkban úgy találtuk, hogy a felépülési történetek leképezhetők Propp narratémái alapján (a következő példánkban a narratémákat zárójelben, dőlt betűvel jelöltük. Először egy *hiányt* tapasztal meg a *hős* a történetekben, a potenciális függő (*a hős*) pedig elindul (*eltávozás*) és elkezd szert használni, hogy betöltse ezt a hiányt. Később az ellenség, a gonosz (*a szer*) egyre inkább megszállja, birtokolja a hőst, addig, amíg a hős nem szembesül, nem ismeri fel a problémát (*konnektív incidens: mediációs funkció*), valamint azokat a károkat, amelyeket a gonosz okozott (*károkozás*). Ezen a ponton a hős segítségért fordul (*a donor funkciója*) és megpróbál kiutat találni. A hős elkezd harcolni az ellenséggel és a donor segítségével megtalálja azt a *mágikus eszközt* (önismeret pl.) amivel le tudja győzni a gonoszt (*győzelem*) és megszüntetni a korábbi hiányérzetet (*hiány megszűnik*). A történet végén szelf-változás megy végbe, miután a hős családot alapít, vagy új munkát szerez, új életet alakít ki, amiben a hős megtalálja új formáját (megbélyegzés, branding: negatívan hangozhat, de itt egy új pozitív „bélyegről” van szó), vagy esetünkben mint felépülő segítő, ebben a szakmai szerepben találja meg új formáját (*transzfiguráció*).

A 31 Propp-féle narratémából 28-at találtunk meg a felépülési történetekben, amelyeket így sikeresen, egy 28-lépéses narratív szárra fűztünk fel. Ez azt jelenti, hogy annak ellenére, hogy néhány interjú több vagy kevesebb lépést tartalmazott, ez a 28 lépcső mindegyik interjúban megjelent, hiába voltak azok egymástól különbözőek. Narratív elemzésünk eredményeit a proppi narratémák feltüntetésével, és az út során párhuzamosan aktív szelfeket pedig a Diskusszióban található táblázatban részletezzük.

11. Táblázat: Az eredmények bemutatása a narratémákkal és példaidézetekkel.

Narratéma	Narratéma jelentése	Idézet
I. Eltávozás/hiányzik (Absentation)	Valaki a családból eltávozik otthonról, távol marad otthonról, hiányzik otthonról.	„...a szüleim elköltöztek [...] Ilyenformán én gyökértelen vagyok, [...] én kutya vagyok...” (Feri)
II. Tiltalom (fordított formája a parancs, javaslat)	A hősnek megtiltanak valamit. A parancs gyakran a tiltással azonos funkciót tölt be.	„...mit tudom én már ilyen 11 évesen berúgtam, mert hogy idősebb testvéreim vannak, és akkor mindig mentem így velük. És szerintem ők egy kicsit úgy voltak vele, hogy... főleg így az egyik, hogy ne mondjam el, és akkor én is kaptam, és akkor így nem árulhattam el.” (Sindy) „Akkor az édesapám egy elég katonás ember volt, sportoló edző, és valahogy úgy nevelt, vagy úgy alakította az életemet, hogy mindig meg akartam neki felelni, vagy pont az ellenkezőjét csinálni” (Peti)
III. Megszegés (fordított formája parancs abszolút teljesítése)	A tilalmat megszegik, és egy új szereplő a gonosz jelenik meg a színen (drog, alkohol, szerencsejáték), és belép a mesébe. A parancs abszolút teljesítése azonos funkciót tölt be.	„...simán lehetett volna belőlem sportoló. De nem ezt csináltam, hanem berágtam, és azt hangoztattam magamban, „hogya én nem kellek nektek, akkor rohadjatok meg!” És akkor erre nagyon jó volt használni.” (Peti) „...én diszfunkcionális családból jövök, ahol nem volt divat az érzésekről beszélni, egyáltalán azt közvetíteni, és a saját érzéseim, illetve a valóságomtól való távortartásra használtam a szerencsejátékok.” (Feri)
IV. Felderítés	A gonosz megpróbálja feltérképezni a terepet.	„Igazából, hát, gyógyszerekkel kezdődött, akkor kaptam ilyen gyógyszereket meg nyugtatókat, aztán így lopkodtam őket az anyukámtól, aztán, hát én nagyon hamar belecsöppentem ebbe az egészbe, szal engem így mindig vonzott ez a világ. Hogy inni.” (Sindy)
V. Kézbesítés	A gonosz információt szerez áldozatáról, választ kap a felderítés közbeni kérdéseire a hősről.	„Elsőbe ópiátokat, de amik vannak klasszikus kábítószeresek, azokat én mind kipróbáltam, de a választott szerem, az a morfium, heroin, máktea.” (Zsolt)

VI. Cselvetés	A gonosz megpróbálja becsapni áldozatát, hogy elkezdje birtokolni őt magát vagy valamilyen tulajdonát.	<i>„Először is kalandnak indult, illetve ilye unaloműzőnek, aztán a társasági életünk része volt... izgalom...” (Zénó)</i>
VII. Kézrejátás	Az áldozat (a hős) beveszi a cselt és így akaratlanul is az ellenség (a gonosz) kezére játszik.	<i>„És akkor ebben a világban nem lehet másképp élni, tehát vagy inni kell, vagy játszani kell, másképp nem lehet erősnek lenni.” (Feri)</i>
VIII. Gaztett	A gonosz kárt vagy sérülést okoz.	<i>„...egyre rosszabbul lettem, úgy egyre depressziósabb lettem, egyre több rossz dolog történt, túladagolás, kórház, gyomormosás...” (Sindy)</i>
VIIIa. Hiány	A hős maga vagy a család egy tagja hiányt szenved vagy vágyakozik, hogy megszerezzen valamit.	<i>„...tök jó lett volna akkor egy mentor, vagy egy olyan apa, aki azt mondja, hogy jó, gyere, menjünk el pecáznizni, vagy gyere, menjünk el gokartozni, vagy nem tudom, hogy mit, de egy kicsit ilyen mentor hiányzott akkor. De nem csak nekem, hanem minden srácnak, akivel ott együtt lógtunk.” (Zénó)</i>
IX. Mediáció motívum: a bekapcsoló incidens (hírül adják a bajt)	A szerencsétlenség vagy a hiány nyilvánvalóvá válik; vagy a hőst kéréssel vagy utasítással keresik meg. Ez a motívum kapcsolja be a hőst a mesébe. Az eddigi áldozati hős, bajba jutott hős is kereső hőssé válik.	<i>„...amikor megszületett a lányom, és ő elvonással született, na az volt az első, amikor azt éreztem, hogy ez így nincs rendben.” (Zsolt)</i>
X. Induló ellenreakció	A kereső hős beleegyezik az ellenreakcióba, vagy maga dönt, hogy ellenreakcióba kezd.	<i>„És ez volt az a pillanat, amiről úgy éreztem, hogy ennek két kimenetele van. [...] Egyik a halál, a másik pedig a börtön. [...] tehát azt tudtam, hogy én nem akarok börtönbe kerülni, és meghalni sem akarok, én nem akarok öngyilkos lenni [...] A lényeg az, hogy ott és akkor eldöntöttem, hogy valami másnak, valami többnek kell lennie az életnek, hogy én ezt már nem bírom, és nem is akarom csinálni, és valamit kell tennem. És akkor másnap reggel kértem segítséget, elmentem... anya csak egy van, elmentem anyámhoz, valahogy segítsen, bementünk egy drogambulanciára.” (Zénó)</i>

XI. Elindulás	A hős elhagyja otthonát (előző, szerhasználó életét). Ezen a ponton egy új szereplő lép be a mesébe, a donor, avagy segítő.	„...motivált voltam, hogy leálljak, elmentem a Lipótra, Csernus osztályára kerültem.” (Zsolt)
XII. A donor első funkciója	A hőst tesztelik (a segítő), kihallgatják vagy megtámadják, ami előkészíti az utat, hogy valamilyen mágikus ágenst (segítői személyt), és/vagy mágikus eszközt szerezzen.	„...letem Komlóra (a rehabilitációs intézménybe). Hát sok mindenre nem emlékszem, megettem egy üveg Rivotrilt előtte, arra emlékszem, hogy ültünk a felvételi elbeszélgetésen, és oké, akkor maradj itt. És akkor néztem, hogy hol maradjak? És akkor leadtam egy zacsi gyógyszert és akkor mondtam, hogy mit hogyan adagoljanak nekem, akkor Lítiumot is szedtem, meg, Rivtorilt, meg sorolhatnám, és mondták, hogy „oké” és fogták és így kidobták a kukába. Uh, én meg azt hittem, hogy így megbolondulok.” (Sindy)
XIII. A hős reakciója.	A hős reagál a későbbi segítő tetteire vagy tesztjére.	„...akkor rettegtem, de mégis éreztem, hogy ott kell maradnom (a rehabon).” (Sindy)
XIV. A varázseszközt a hős megszerzi, vagy rendelkezésére bocsátják.	A hős hozzájut a varázseszközhöz (és megtanulja annak használatát). (önismeret, józanság)	„És akkor gondoltam, hogy kérek segítséget, mert ez egyedül nem megy. És onnantól, majdnem, hogy egyenes út vezetett odáig, hogy tiszta vagyok.” (Zsolt)
XV. A hős (két királyság között) térben utazik	A hőst transzferálják, vagy szállítják, vagy elvezetik keresése tárgyához (felépülés).	„És akkor azt mondtam a „Csorbának”, hogy valami hathatósabb megoldás kellene, mint a Rivotrilt. És akkor mondta, hogy vannak ilyen rehabok, eddig azt soha nem mondtam, és akkor került a kezünkbe egy ilyen ráckeresztúri szórólap is. Valahogy innen indult a... dolog.” (Zénó)
XVI. Küzdelem (Struggle)	A hős és a gonosz direkt küzdelemben találkozik (belső küzdelem az egyénen belül, hiszen a gonosz (a szer) már interiorizált („junkie-szelf”).	„Csomószor el akartam menni onnan (a rehabról), de mindig olyan harc volt úgy az egész, mindig olyan nehéz volt, de hogy mégis, mindvégig azt gondoltam, hogy valami jó felé megyek, hogy jó úton vagyok.” (Sindy)
XVII. Megbélyegzés, megjelölés	A hőst megjelölik (mint felépülő függő, később mint segítő, vagy családos	„Régen a „junkie” énemből beszéltem, aztán volt egy ilyen ifjú titán szakember részem, aztán a

(Branding, Marking)	ember, ez a narratéma többször visszatér, különböző élethelyzetekben).	<i>diplomás szakember részem, aztán a családos ember is. Beépülnek ezek, ugye, mint rétegek.” (Zénó)</i>
XVIII. Győzelem	A gonosz (a domináns belső vezetése a junkieszelfnek) legyőzetik.	<i>„...egy 10 hónapos intenzív önismereti kurzuson vettem részt, ahol rendeztem a viszonyaimat, mind önmagammal, mind hozzám kapcsolódó viszonyaimmal, és ez annyira jól sikerült...” (Zénó)</i>
XIX. A hiány megszűnik	A kezdeti szerencsétlenség likvidálódik, vagy a kezdeti hiány megszűnik.	<i>„...nem kell eljutni a végéig, nem kell ebbe belehalni, és hogy igen is, tisztán is tudjuk magunkat jól érezni a bőrünkben.” (Zsolt)</i>
XX. Visszafordulás	A hős visszafordul (újra és újra a modell dinamikusságának köszönhetően különböző élethelyzetekben ismételve ezt a narratémát). (az önismeret felé)	<i>„Dolgoztam, ha nem is mindennel, de rengeteg mindennel az életemben. Azért tudok ilyen nyíltan és őszintén beszélni ezekről, mert nyilván nem kétszer foglalkoztam ezzel, hanem sokszor, hónapokon keresztül. Aztán most ugyanígy, most családterápiára járok, és ugyanezt élem egy családterápiás kérdésben is. Nagyon fontos ez a családi önismeret, és a családommal is rengeteget foglalkoztam, és bízok abban, hogy előjön még olyan, ami még nem, más kontextusban.” (Zénó)</i>
XXI. Hajsza, üldözés	A hőst üldözik (korábbi függő dinamikái).	<i>„De aztán azt láttam, hogyha ezzel nem foglalkozom valóban, akkor nem fogok tudni tiszta maradni. 22 év anyagozás azért olyan rögzültségeket okozott bennem, hogy azért hullára oda kellett figyelnem.” (Zsolt)</i>
XXII. Megmenekülés	A hős megmenekül az üldözés elől (szintén újra és újra ismétlődhet); (önismeret által és a betegségről való tudás által).	<i>„Nem az anyaggal van a baj, hanem az emberrel van a baj. Nem az a cél, hogy letisztult drogosokat képezsek, hanem hogy megismerjék magukat...” (Balázs)</i>
XXIII. Felismeretlen megérkezés	A hős, még felismeretlenül, megérkezik haza.	<i>„De azt is hiszem, mint ahogy semmi sem véletlen, hogy ezek a mozaik kövek kellettek az én utamra, hogy ide jöhessenek a jelenbe, szóval minden tök rendben van.” (Feri)</i>
XXV. A hős nehéz feladatot kap	A hős elé egy nehéz (segítőként, szakmai) feladat kerül.	<i>„Van most egy olyan mentoráltam, aki kinevet, valamiért nem tudunk egymásra hangolódni, most éppen egy ilyen állapotban jöttünk el úgy Gyöngyösről Budapestre, hogy nem</i>

		<i>szóltunk egymáshoz, én nem kezdeményeztem, és ő nem beszélt, és amikor már az odautunkon is próbáltam kezdeményezni, akkor ilyen nagyon 1-2 mondatos válaszokat kaptam...” (Feri)</i>
XXVI. Megoldás	A hős megoldja ezt a nehéz feladatot.	<i>„...mert volt olyan mentoráltam, akivel ebben a helyzetben tudtunk beszélgetni, van olyan, akivel tudatosan el szoktam menni sétálni, és sétálás közben megnyílik. És ezek ilyen apró örömök, hogy megvan a kulcs.” (Feri)</i>
XXVII. Felismerés	A hőst felismerik.	<i>„És nyilván, akinek segítőtje voltam, az bizonyos szempontból könnyebben fordul oda, jön oda hozzám egy gyűlésen, akit ismerek terápiaóról...” (Zsolt)</i>
XXIX. Transzfiguráció	A hős új alakot ölt.	<i>„És akkor volt ilyen rácsodálkozás, hogy hát ők nem is gondolták, hogy én is anyagoztam, mert nem úgy nézek ki, meg hát, hogy jól kikupálódtam.” (Zénó)</i>

Ahogy az a táblázatból is látszik, először hiányt és eltávozást tapasztal a hős, aki kezdetben bajbajutott hős, hiszen addiktív viselkedési mintáit úgy kezdi, hogy teljesítsen vagy megszegjen egy externális parancsot vagy tiltást. Később a gonosz (a szer) egyre inkább hatalmába keríti a hőst, egészen addig, amíg a hős felismeri azt a hiányt és azokat a károkat, amelyeket az ellenség okozott.

Ezen a ponton a hős segítséget keres (a donor csatlakozik a meséhez) és kereső hőssé válik, aki elcsigázott, hogy kiutat találjon bajából. A keresése közben a hős elkezd harcolni az ellenféllel és közben megtalálja azt a varázseszközt is (önismeret, józanság), amelynek segítségével le tudja győzni az ellenséget és meg tudja szüntetni a korábbi hiányt.

Miután túllendül a hős a (Zénó megfogalmazásában) „junkie-szelfje”, szerhasználó, függő szelfje általi üldöztetésektől, megtalálja útját haza (felépülő segítőtve válik) és egy nehéz feladat (általában egy nehéz kliens) megoldása által felismerik, elfogadják. Ez az elfogadás vonatkozik mind az egyén által saját magára, mind a közösség által az egyénre értve.

A mese végén transzfiguráció megy végbe, ahol a hős egy új formát talál magának mint felépülő segítőt: „...azt gondolom, hogy én egy eszköz vagyok.” (Feri)

Mint említettük, a létező 31 Propp-féle narratémából mi a kutatásunkban 28-at találtunk meg. A hiányzó 3 narratéma (XVIII, XXX, XXXI), amik az interjúkban nem voltak azonosíthatóak, a következők: leleplezés: ahol az álhóst leleplezik; büntetés: ahol a gonoszt megbüntetik; valamint az esküvő narratémája: ahol a hős megházasodik.

Ezek közül az első, az álhős karaktere nem jelenik meg az interjúkban, ezekben a történetekben úgy tűnik, nem releváns. A második esetében a gonosz büntetése minden bizonnyal azért maradt el, mert a szerhasználatban a gonosz egy belsővé tett démonná válik (a szerből magából a függő működéssé). A harmadikat illetően pedig csak egy interjúalany emelte ki a házasságkötést mint fontos mérföldkövet. Ez a záró narratéma általában inkább a mesék megkoronázása (happy end), mintsem elengedhetetlen narratéma a történet szerkezeti megértéséhez. Funkcionalitásában kevésbé releváns talán, mint a korábbi narratémák.

5. **Diszkusszió**

Eredményeink alapján határozottan úgy tűnt, hogy Propp archetipikus mesei keretrendszere (Propp, 2010) és mesei nyelvezete könnyedén és jól alkalmazható a felépülési történetek elemzésére. 31-ből 28 narratémát találtunk meg, amelyek kirajoltak egy közös narratív szerkezetet, közös szálát, amire a 6 különböző felépülési történet szekvenciáit fel tudtuk fűzni.

A narratémák identifikációján kívül viszont azt is fontos kutatási célként tűztük ki, hogy interpretáljuk az eredmények alapján, hogy melyik szelf aktív a felépülési folyamat különböző átívelő szakaszaiban.

Korábbi kutatásokban megfigyelték, hogy a szelf-tapasztalás változik (Rodriguez és Smits, 2014) és különböző szelfek elszeparálódnak egymástól (Hill és Leeming, 2014; Reith és Dobbie, 2012) a változás különböző szakaszaiban, ahogy a nem-használó identitás konstruálódik (McIntosh és McKegan, 2000; Vangeli és West, 2012). Éppen ezért azonosítottunk különböző szelfeket a különböző narratémák mentén, amelyek a felépülési történetekben a felépülő segítő szelf kidolgozásához vezettek (megjelölés a proppi névvel illetve).

A különböző szelfek a narratíva végére integrálódnak, hiszen a felépülő egyiket sem hagyja hátra véglegesen és teljesen, ahogyan az AA paradigmában is a függőséget progresszív (Torregrossa, 2019), élethosszig tartó betegségnek (Schaefer, 1990) tartják. Ezek a szelfek az identitás különböző rétegeivé válnak, ahogyan azt egyik interjúalanyunk, Zénó is bemutatta a korábbiakban: „Régen a „junkie” énemből beszéltem, aztán volt egy ilyen ifjú titán szakember részem, aztán a diplomás szakember részem, aztán a családos ember is. Beépülnek ezek, ugye, mint rétegek.” (Zénó).

A következő táblázatban reprezentálni igyekeztünk az összefüggéseket a szelfek és a narratémák között. Ez a potenciális összefüggés is megmutatkozott az eredményeinkben, ahogyan azt például Feri is leírta: „...a betegség meg olyan, hogy előbb-utóbb, ha nem dolgozok veled, visszaveszi a kormányt.”

12. Táblázat: Az eredmények interpretációja a narratémákkal, az aktív szelfekkel és példaidézetekkel.

Narratémák szekvenciális átívelő szakasza	Aktív szelf	Idézet
I.-VIIIa: Elutazás -> Hiány	Junkie-szelf (passzív hős, bajba jutott hős)	„...a legdurvább heroin junkie voltam.” (Peti) „...tök szerencsétlen gyerek voltam, akkor is, amikor már bűnözni jártam, és embereket raboltam ki, dílerekhez járkáltam, meg mit tudom én, belül egy kisegér, egy szerencsétlen, félős egér voltam, kívül persze mutatnom kellett azt, hogy megállom a helyem, hogy vagány vagyok...” (Zénó)
IX-XVI: Bekapcsoló motívum (hírül adják a bajt) -> Küzdelem	Felépülő függő szelf (aktív hős, kereső hős [magát keresi])	„...itt ez azt jelenti, hogy sose leszek kész, tehát ez egy élethosszig tartó folyamat, számomra a felépülés.” (Feri)
XVII-XXVII: Megjelölés -> Felismerés	Felépülő segítő szelf (aktív hős [már másokat is keres=segít])	„...>>mi vagyok?<< Akár lehet sok titulusom is, vagy van is, de mondjuk, ami a legközelebb áll hozzám, az ez, hogy segítő vagyok. Meg ez itt a legértékesebb is.” (Peti)

<p>XXIX: Transzfiguráció</p>	<p>Különböző szelfek integrálódnak, egy kohers identitásba vagy élet-értelembé.</p>	<p>„...mert általában az én részem, az, hogy felépült szenvedélybeteg, vagy anyagos voltam én is, de aki nem ismer, nincs ráírva a homlokomra, ez egy ilyen pozitív... élmény számomra.” (Zénó)</p>
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A közös narratív szálunk egy sokkal dinamikusabb modellt tesz lehetővé, a narratémák közötti ugrálás, visszatérés lehetőségével, és a szelfek beemelésével komplexebb is ez a modell a korábbiaknál, főleg a jelenleg szakirodalomban domináns V alakú modellnél (Hänninen és Koski-Jännes, 1999; Stiles és mtsai, 2004; Strobbe és Kurtz, 2012).

A korábbi stádiumok újrevizálására egy példa a *Megjelölés* (XVII) narratémája, amely összefügg a fentebbi táblázatban bemutatott szelfrétegekkel is, valamint az *Üldözés* (XXI) narratémája, hiszen az önismeret mindig visszatérő kihívásokat állít a függő elé a szunnyadó betegséggel kapcsolatban, amely csak arra vár, hogy az üldözött csüggedjen és visszavehesse az irányítást.

A *Megjelölés* vissza-vissza térése akkor érhető tetten amikor egy új szerep és/vagy egy új szelf bontakozik ki a hős életében, például amikor apa vagy anya lesz, vagy elvégzi szakmai képzéseit, vagy elkezd segítőként dolgozni.

Az *Üldözés* vagy *Hajsza* pedig akkor aktiválódik, amikor már a józanság alatt a szunnyadó addiktív viselkedésmódok és belső dinamikák egy új kontextusban térnek vissza, vagy a függő életét végigkísérő sóvárgás képében.

Ezekben az esetekben például a hős visszalátogat korábbi stádiumokra, ez a visszalátogatás viszont nem jelenti azt, hogy újra le kell játszódnia a következő, már történetileg átélt szekvenciának.

A revizításra példa, hogy amikor az interjúalanyok segítőként nehéz, problémás klienssel találkoztak (*Nehéz feladat*, XV. narratéma), az reflektáltathatta őket önismereti vakfoltjaikra, gyengébben megoldozott pontjaikra. Például: „*Tehát, hogy minden egyes srácban valahol önmagamot látom, önmagamot is látom, és egyszer-egyszer tudnak olyat mondani, ami engem is megérint, és megsegít a saját dolgaim elaborálásában...*” (Feri). Ezen tükörfunkció miatt a munkájuk során a *Nehéz feladatra* újra és újra *Megoldást* (XVI.

Narratéma) kell találniuk az önismereti reflexióval és folyamatos, élethosszig tartó munkával. Egy másik példa nem szakmai, hanem családi kontextusban erre: „...*most is tud olyat mondani anyám, amin három napig gondolkozom, de az a lényege a családterápiának, hogy én ebben belemegyek.*” (Zénó).

Összegezve tehát, a korábbi modellekkel összehasonlítva, proppi keretünk nemcsak dinamikusabb, komplexebb, hanem a 28 narratémával és azok tartalmi sokszínűségével, valamint strukturális precizitásával, sokkal pontosabb és részletesebb reprezentációját adja a szerhasználatnak és a felépülésnek, valamint a kettő közötti útnak.

6.1. Gyógyító storytelling

A szerhasználat kezelése (Van Wormer és Davis, 2016) folyamatosan fejlődik a professzionális ellátásban, valamint tovább differenciálódik mind a 12 lépéses programokban (TSF, Twelve-Step Facilitation, pl. Kelly, Cristello és Bergman, 2018), mint például az Anonim Alkoholisták (AA, pl. Emrick és mtsai, 1993), mind az önségítő támogató csoportokban, például a Narcotics Anonymous (NA, e.g. Peyrot, 1985).

Mind az AA, mind az NA erősen épít a repetitív storytellingre a felépülésben. Jelen kutatásunkkal talán segítettük, hogy a storytelling szegmentáltabb lehessen, hogy jobban strukturált, koherens felépülési történetek alakulhassanak ki a felépülőkben és azt strukturáltabban és koherensebben tudják a storytelling formájában elmesélni. Ez a lehetséges járulékos pozitívum emlékezhet minket Kelly rögzített szerep-terápiájára (Kelly, 1973), az NLP-re vagy a posztmodern terápiás irányzatok nyelvi tényezőket középpontba állító terápiás gyakorlatára. Felmerül a kérdés, hogy a struktúra, és nem a jelentések oldaláról közelítve facilitálhatóak, felgyorsíthatóak-e a terápiás változások? Ez pl. Priest (2020) kutatásában egy hasonló esetben sikertelennek bizonyult, bár ő nem a történetsszerveződésre, hanem a névmáshasználatra helyezte a hangsúlyt.

A storytelling ennek ellenére mégis azért segíthet, mert a narratémák által strukturált, koherens felépülési narratíva facilitálhatja a jobb retrospektív jelentés- és értelemadást (Grant, 2012), valamint a fontos konklúziók levonását (Labov, 1967).

Ezeken az elméleti megfontolásokon kívül, a gyakorlati területen is növekvő egyetértés mutatkozik abban, hogy egy közös narratív terápiás nyelv (ilyen lehet a proppi szimbolikus mesenyelv), a közösen osztott narratív elemek segíthetnek. Ezt bizonyítja az

ún. „közösségi narratívák” („fellowship narratives”, Weegmann és Piwowoz-Hjort, 2009), valamint a „második történetek” (Kelemen és B. Erdős, 2001 fordítása alapján) („second stories”, mások hasonló történetei, Arminen, 2004) segítő ereje.

A fellowship narratives fogalma azt jelenti, hogy az AA kerete ajánl egyfajta „közösségi utat” („fellowship route”), egy narratív formulát, főbb elemekkel, amelyek szervezhetik a felépüléstörténeteket. Ez lehetséges, hogy az individuális történet ellen hat, mégis az AA-s keretben fontosabbnak tartják a hasonlóság kiemelését az egyéni történetekből, az egymással is koherens történetek megerősítő, közösségteremtő hatása miatt (Weegmann és Piwowoz-Hjort, 2009). A második történetek (second stories) ehhez hasonlóan fejeznek ki, azzal a kiegészítéssel, hogy a közös AA-s történetmesélési keretben az egyik történetből következhet a másik, tehát egy prototipikus (több AA-s elemet tartalmazó) történet alapja lehet egy következő egyéni történetnek is (Arminen, 2004).

Mindez a storytelling keretében (Lederman és Menegatos, 2011; Nuske és Hing, 2013) segítheti a felépülő identitás konstruálását, amellet, hogy a történetek egyéni variabilitását csökkentheti.

Természetesen más kontextusban érvényes, de mégis érdekes összehasonlítás, hogy a mesék alkalmazása terápiás keretben már egyre gyakrabban használt addikciós területen. A meseterápia ugyanis segítheti a káoszban eltévedő hőst, az „eltévedt vándort”, hogy saját maga aktívan újrakeretezze az életét, identitását, és struktúráját teremtsen mindkettőben (pl. Brown, 2008; Dieckmann, 1997; Holton, 1995).

6.2. A felépülés reprezentációs paradigmái

Ahogy az a harmadik kutatásunk szakirodalmi bevezetőjében is láthattuk, az addikciók reprezentációja változott az elmúlt években (Blaauw és Anthonio, 2018).

A felépülési történetek elemzése is elmozdult abból a klasszikus megközelítésből, amely a folyamatot úgy írja le, mint a „betegség előtt és után” („before and after the illness”, Kougioli és mtsai, 2017. 1. o.). Ez a megközelítés úgy is ismeretes, mint a már korábban szintén bemutatott restitúciós narratíva (Frank, 1995). Az általunk is tárgyalt, szelfek tekintetében ez a megközelítés úgy reprezentálja a folyamatot, hogy a függő hős egy „törött szelffel” („broken self”, Kerrison, 2018, 1. o.) indul, és aktív ágenssé válik az úton, legalábbis a kereső hős narratívájában (quest narrative, Frank, 1995).

A szelfek beemelésének köszönhetően megfoghatóvá vált annak elemzése és interpretálása, hogy hogyan változik az identitás a felépülés folyamatában (Reith és Dobbie, 2012). Ez vonatkozik arra a növekvő belső megerősödéssre, amely a felépülő függő identitáserősödésével együtt jár (Rafalovich, 1999). A felépülő függő identitásának erősödésével párhuzamosan megkezdődik a korábbi, tehetetlen, passzív szelftől való távolságtartás is, az új jövőbeli célok állításával (Liebregts és mtsai, 2015). Így tehát elemezhetővé válhatnak a különböző, akár párhuzamosan is létező szelftapasztalások (McIntosh és McKeganey, 2000), és az interperszonális változások alterációi, amelyek végül a felépülő szelf és a felépülő segítő szelf aktualizálásához vezetnek (Rodriguez-Morales, 2017).

A mi eredményeink kapcsán viszont érdemes kihangsúlyozni, hogy a korábbi, szerhasználó (junkie) szelf, amelyet sokszor „rossznak” vagy „betegnek” címkéznek, nem vágódik ki az identitásból, nem marad véglegesen hátra, hanem sokkal inkább integrálódik az új, konstruált identitásba a felépülés folyamán. Erre utal a felépülő függő jelző is a felépült függő helyett, amely azt kívánja kifejezni, hogy a felépülés nem egy lezárható folyamat, tehát nincs olyan stádium, amikor a függő már „kész lenne” és nem függő többé. Ezért a befejezett múlt idő helyett használt folyamatos melléknévi igenév arra utal, hogy a felépüléssel folyamatosan foglalkozni kell. Ez a szemlélet magában hordozza azt, hogy a függőség az egész életutat végigkísérő probléma, amellyel ha nem foglalkozik valaki folyamatosan az önismeret szempontjából, akkor gyorsan visszaveszi az irányítást és visszaeséshez vezet, ha felépülési munka nélkül valaki „csak” abbahagyja egy bizonyos szerhasználatát.

A limitációk rész felvezetéseként és a diszkusszió zárásaként érdemes visszaemlékezni a „fellowship narratives” és a „second stories” fogalmainál kifejtett narratív szerkezeti vonatkozásokra. Az AA és az NA narratív keretrendszer, ahogyan azt ezeknél a fogalmaknál is bemutattuk, ajánl egyfajta narratív szerkezetet és bizonyos mérföldköveket is prototipikusként kezel. Az AA és NA tagsággal implicit módon együtt jár az AA-ra, NA-ra jellemző retorika – nem feltétlenül tudatos tanulással – és a saját történeteknek ebben a keretben való visszaadásával. Erre erős hatással van az AA Big Bookja (pl. Loder, 2009), és ezeknek a történeteknek az alapszerkezete (Weegmann és Piwowoz-Hjort, 2009; Arminen, 2004). Ezért elmondható, hogy interjúinkban közvetetten valójában AA narratívákat elemeztünk.

6.3. Limitációk

A kvalitatív kutatásokat a leggyakoribb kritika az alacsony elemszámuk miatt éri. Ezt mi is megemlítettük a nemzetközi publikációnkban, azonban ahogy bemutattam a paradigmás cikkünket, abból látszik, hogy valójában ezzel a kritikával egy paradigmatis hibát vétünk abban az értelemben, hogy a pozitivista-posztpozitivist paradigmák kritériumait próbáljuk meg számon kérni az interpretativizmus paradigmáján. Fontos megértenünk, hogy a kvalitatív kutatásokban nem kardinális kérdés az elemszám, hiszen a kvalitatív kutatásnak nem célja a generalizálás, tehát az átlagpopulációra való általánosítás. Nem is lehet, hiszen általában egy szűk csoportot vizsgálunk kvalitatív interjúkkal. Ahogyan a jelen disszertációból is kiderül, nagyon kis számú mind a 20 évnél hosszabb ideje pszichiátriai intézményben élők, mind a szerhasználatból felépült, majd segítőként tevékenykedő felépülő függők populációja.

Számomra rendkívül tanulságos volt a jelenlegi kutatás publikációs folyamatában, hogy a korábbi kis elemszám kritikára elfogadóan reagáltak a reviewerek, miután hivatkozásokkal érveltem amellett, hogy miért megfelelő ez az elemszám egy narratív kutatás számára, és hogy miért előny a kvalitatív irányban a homogenitás, ami a kvantitatív irányban hátrány, hiszen ott a heterogenitás az ünnepe, valamint azt is, miért nem adott volna hozzá több interjú az eredményekhez lényegileg (adatszaturáció a kvalitatív módszertanban).

A kvalitatív kutatásokban az adekvát elemszám kérdésköre még mindig meghatározatlan (Boddy, 2016; Sandelowski, 1996). Gutterman (2015) szisztematikus áttekintése szerint a narratív elemzéshez szükséges elemszám 1 és 52 között mozog. A konszenzus hiánya ellenére (Malterud, Siersma és Guassora, 2016) a legfőbb szempont az elégséges elemszámhoz az adatszaturáció (Mason, 2010). Ez a leggyakrabban alkalmazott szempont is egyben. A mi elemzésünkben a szerzők közötti egyetértés alapján több felépülési interjú már nem adott volna hozzá a szerkezeti elemzéshez több információt, és nem változtatta volna meg az eredményeket sem, hiszen a szerkezeti narratívák inklúziós kritériuma akként volt meghatározva, hogy legalább az interjúk 80%-ában szerepeljenek.

Továbbá mivel a felépülő segítők még nem igazán elterjedtek Kelet-Közép-Európában, illetve lényegesen kevésbé, mint Amerikában, így a mintát az elérhetőség is korlátozta. Mivel a cikk írásakor birtokolt tudásunk alapján nem elemezték még a felépülési történeteket a proppi narratívákkal, így nehéz lenne összevetni más irodalmi

eredményekkel a mi eredményeinket, hogy reflektálhassunk az esetleges mintavételezési torzításokra.

Fontos megjegyezni azt is, hogy a kvalitatív kutatások másik leggyakoribb kritikája (tévesen) az, hogy az alacsony elemszám miatt nem lehet általánosítani az eredményeket. Azonban ez egy sztereotipikus tévedés, hiszen a generalizáció nem is célja a kvalitatív kutatásoknak. Így itt is fontos kiemelni, ezen félreértés elkerülése érdekében, hogy a jelen eredmények sem általánosíthatók a felépülő függők teljes populációjára, vagy a felépülés vagy a szerhasználat egészére nézve. A jelenlegi eredményekre mint exploratív eredményekre érdemes tekinteni.

Az exploratív eredmények rávilágítottak arra, hogy a jövőbeli kutatásoknak érdemes tovább vizsgálódniuk a szelffejlődés témakörében a felépülés folyamatában.

Speciálisan ennek a kutatásnak limitációja a diszkusszió végén említett AA, NA keret, amelynek kapcsán ki kell hangsúlyozni, hogy a mi mintavételezésünk is homogén volt abból a szempontból, hogy az interjúalanyok AA-ban, NA-ban, GA-ban (Gamblers Anonymus) felépülő személyek voltak, tehát a 12 lépéses keret és a 12 lépéses hagyomány klasszikus mérföldköveivel közeli ismeretségük volt. Mivel több éve felépülők, ezért valószínűleg sok fellowship narratívát hallottak már, amely hatással lehet történeteik eltanult retorikájára. Ezért, valamint az interjúk szerkezete (az interjúver is főbb mérföldköre kérdezett rá) miatt fontos megemlíteni, hogy lehetséges, hogy a kutatás alapvetően egy AA, NA orientált narratív szerkezeti elrendezettséget hívott elő.

Végül általánosságban felmerül a kérdés, mint a proppi kategória-rendszer egészének lehetséges limitációja, hogy valójában kizárólag népmesei elemek-e ezek, vagy Propp kategóriái az emberi élettörténet szerveződésének általánosabb struktúráit írják le? Hiszen a mesék mindig az emberi élet alapvető történéseire reflektálnak, lehetővé téve ezzel a hallgatóság széles körének azonosulását.

6.4. Konklúziók

Propp narratémáiról kiderült, hogy jól alkalmazhatóak a felépülési történetek reprezentációjához. Továbbá a proppi keret konzisztens az addikció kezelésének elemeivel, amelyek kihangsúlyozzák a jól strukturált felépülési történetek fontosságát a redemptív szelf kialakításában és a viselkedésváltozás megerősítésében. A Propp-féle archetipikus

keretrendszer nagyon is adaptívnek bizonyult ahhoz, hogy feltérképezzük a szerhasználatból való felépülés közös narratív stádiumait.

VII. Befejezés, általános diszkusszió:

1. Mi hát az idő? És hogyan viszonyuljunk hozzá?

Disszertációm végére a sok tudományos kutatás után mégis vissza kell térnem a filozófiához, és be kell emelnem az irodalmat, az irodalomtudományt és a művészetet is egy általános diszkusszió érdekében.

Tehát mi az idő? Teszi fel újra a kérdést magának és nekünk is Szent Ágoston klasszikus paradoxonában, hogy ha nem kérdezik tőlünk, evidens módon tudjuk, ha viszont el kell magyaráznunk, már sokkal kevésbé tudjuk. Folytatólagosan így ír erről:

„Mégis nagy merészen állítom: tudom, ha semmi el nem múlték, nem beszélhetnénk múlt időről, ha semmi nem következnek, nyomát sem lelnék jövő időnek, és ha semmi sem volna jelen, hiányoznék akkor a jelen idő. Ámde miképpen van ez a két idő, múlt és jövő, ha a múlt már nincsen és a jövő még nincsen? A jelen pedig, ha mindig jelen maradna, s nem zuhanna a múltba, nem idő volna, hanem örökkévalóság. Ha tehát a jelen csak úgy lehet idő, ha a múltba hanyatlik, miképpen mondjuk róla, hogy létezik? Hiszen létezésének oka éppen az, hogy nem lesz. Nem mondjuk tehát valóságos időnek, csak úgy, ha arra törekszik, hogy majd ne legyen.” (Augustinus, 2006, idézi Ungvári, 2017, 9. o.).

Újra fogas kérdésekbe ütközünk, azt viszont kijelenthetjük, hogy az időhöz emberek valamilyen módon viszonyulnak. Annak eldöntése, hogy mint ontológiai entitás létezik-e, természetesen nem a pszichológia tudományának hatáskörébe tartozik. Ahhoz viszont nem kell ontológiai létében bizonyítottnak lennie, hogy vizsgálhassuk a hozzá való humán viszonylást. Gondolhatunk itt a vallásosság, a transzcendenssel kapcsolatos attitűdök pszichológiai vizsgálatára is, amelyhez sem tudományos, sem filozófiai értelemben nincs szükségünk Isten létének ontológiai bizonyítékaira.

A kettő egyben történő vizsgálatára Thomas Mann *A varázshegy* c. regénye vállalkozik, ahogy Mann írja az amerikai fordítás bevezetőjében: *„Kettős értelemben is időregény ez: először történelmileg, amennyiben megkísérli felvázolni a kor, a háború előtti Európa korának benső képét, aztán azért is, mert tárgya maga a tiszta idő, s ezt nemcsak mint hőse tapasztalatát, hanem önmagában és önmagáért is tárgyalja. A könyv is ugyanaz,*

mint amiről mesél; mert míg ifjú hőséneke eszközeivel maga is az idő megszüntetésére törekszik, megkísérelve, hogy a zenei, eszmei világ összességének, amelyet átfog, minden pillanatban teljes jelenvalóságot adjon.” (Mann, 1970, 552. o.).

Nekünk viszont, a pszichológia tudományában, a kvalitatív elemzés keretében a „tiszta időt” nem lehet célunk megragadni, csak „mint hőse tapasztalatát” vizsgálhatjuk. Kérdés azonban, ha nem érhetjük el a tiszta időt, akkor mihez való viszonyulást is vizsgálunk? Erre a kérdésre természetesen nincs abszolút válsz, esetleg annak mentén lehet megközelíteni, hogy ha nem is tudunk elérni az idő lényegéhez, azt tudjuk, hogy az idő átélhető, tapasztalható entitás, a hozzá fűződő tapasztalatainkról tehát számot adhatunk, még ha magáról az időről nem is tudunk nyilatkozni.

Az idő folyékony természete viszont sokszor rigiddé teszi a hozzá való viszonyulásban az igeidők tagoltságát. És mégis, elbeszéléseink a nyelv kerete miatt ezekben az igeidőkben valósulnak meg, bár sokszor nem a klasszikus hármas tagolásban, gyakran váltogatunk, ugrálunk, sűrítünk, összezsúrosítunk az igeidők használatában.

Ezt az összefolyást ábrázolja számomra Dalí híres képe, *Az elfolyó idő*, amelyen kifejeződik, hogy az idő más-más kontextusban mást és mást jelenthet, más létezők számára eltérő jelentéssel bírhat. A képen látunk egy időt (órát) szennyesként egy száraz faágra dobva, egy dolgozóasztalról lefolyva és egy halott (/alvó) madár testére terítve. Annyi bizonyos, hogy a képen erőteljes elem a múlandóság, az elkorhadás, az idő sokszor álló, mégis felfaló paradox természete, amely mindannyiunkra hatással van.

Az óramotívum és a szorongás összefüggése szépen tetten érhető Kafkánál. *A perben* K. takarítónője nem érkezik meg a megszokott időben, pontban nyolc órakor. *Az átváltozásban* pedig Gregor Samsa ijedten kérdezi meg magától, hogy esetleg nem szőtt-e az ébresztőórája, ahogyan nézi a mutatók haladását.

Ungvári (2017, 378.o.) így ír erről Kafka kapcsán: *„Az óra így a rémület, a szorongás, az idegen idő, az átváltozás közvetítője. Szörnyű szerkezete arra figyelmeztet, hogy elidegenedett egymástól a külső és a belső, a lélek és a valóság, a személyiség és a történelem.”* Ez tükröződik a történetmesélési attitűdünkben is, hiszen azzal, ha elmesélünk magunkról egy történetet, kiemeljük azt a múlt sírjából a jelenbe.

Proust törekvésére írják, hogy megpróbálja kiszabadítani az életeseményeket a múlt felfaló állkapcsai közül, valamint azt is, hogy az embernek van egy időt meghódító

szándéka. A múlt felidézésével visszahódítani a múlt birodalmát, a jövő anticipálásával csökkenteni félelmeinket, előőrsöket küldeni a jelenből a jövőbe.

A pszichológiai kutatások ezt az érdekes eredmény bizonyították számunkra, hogy ezeket nem ad-hoc tesszük, még csak nem is feltétlen a nyelvtan szabályai szerint, hanem érzelmi közelségünk, érzelmi intenzitásunk szerint egy adott esemény adott időben való megtörténéséhez való érzelmi viszonyulásunk szerint. Szent Ágoston az előző idézetében a jelen létezésének problémájára kérdez rá. Hasonló problémát vet fel, mint Beckett *A játszma vége* című darabjában.

„Hamm: Hány óra van?

Clov: Mint mindig.

Hamm: Megnézted?

Clov: Meg.

Hamm: Tehát?

Clov: Nulla.” (Beckett, 1970, 153-155. o.)

Pszichológiai szempontból természetesen számunkra nem feltétlenül az idő ontológiai kérdései relevánsak (létezik, nem létezik, melyik idő létezik), hanem a jelen az elbeszélés szempontjából releváns, hiszen az elbeszélés mindig éppen történik és a jelenből konstruáljuk meg a múltat és a jövőt.

Az is előtérbe került a disszertációban bemutatott pszichológiai kutatásokban, hogy a jelenbeli állapotunk meghatározza a múltra vagy a jövőre vonatkozó elbeszéléseinket (emlékezzünk csak arra a kutatásra, ahol a trauma jelenbeli feldolgozottsága határozza meg, hogyan nyilatkozunk múltbeli eseményekről). Ezt a gondolatvilágot fejezi ki Shakespeare is a *IV. Henrikben*:

„A történet mindenki életében

Az elmúlt időt alakítja újra.

Ezt megfigyelve megjósolhatod

Körülbelül a dolgok fő irányát,

Mely még nincs is, de már csíráiban

És gyöngye kezdetébe zárva él.”

(Shakespeare, 1981, III. felvonás, I. szín, ford. Vas István.)

Reflektálva arra, ahogyan egy kvalitatív interjú résztvevői elbeszélnek tapasztalataikat, élettörténeteiket, az időnek egy fontos aspektusa sejlik fel, mégpedig annak problematikája, hogy például el tud-e valaki mesélni a felépüléséről minden fontosat, illetve, hogy hogyan sűrít, milyen főbb fordulópontok köré szervezi elbeszélését. Erre vonatkozólag írja Michel Butor (idézi, Konrád, 1967, 115. o.), hogy *„Lehetetlen, hogy lineáris folyamatosságában minden eseményt elbeszéljünk... az is, hogy egy eseménysoron belül a tények teljes láncolatát megadjuk. Az időt csak bizonyos pillanatokban éljük át mint folyamatot. Az elbeszélést meg-megújuló árhullámok viszik tovább, de az ár egyik szigetéről a másikra, jóformán anélkül, hogy gyanítanánk, hatalmasakat ugrunk”*.

Ebben az értelemben a Propp-féle megközelítés narratémái, Butor hasonlatával élve, adekvát „szigetekként” szolgálhatnak az elbeszélés folyamában.

VIII. Összegzés, szintézis, személyes záró reflexió, elköszönés

1. Miről szólt ez a disszertáció?

A doktori folyamatban eltelt idő alatt rengeteget tanultam az időről. Jelen disszertációban az idő filozófiai elméleteivel indítva az idő pszichológiai elméleteit is bemutatam. Ezután az idő pszichológiai kutatásokban megjelenő, véleményem szerint eddig nem vagy alig felismert szerepét szerettem volna kihangsúlyozni. Ennek reprezentálása érdekében három különböző kutatásomban mutattam meg az időnek a pszichológiai kutatásokban potenciálisan akár meghatározó szerepét.

Az első kutatásban az idő klasszikus, kvantitatív kutatási megközelítését igyekeztem bemutatni, és arra hozni egy saját példakutatást, amelyben az időperspektívákkal dolgoztam. Ezután túllépve az idő, véleményem szerint, vitatható, metrizált szemléletén, két különböző kvalitatív módszerben (IPA, narratív elemzés) igyekeztem bemutatni az idő komplexebb szerepét és vizsgálhatóságát.

2. Átfogó konklúziók

2.1. Az időperspektíva-kutatás konklúziói

Első kutatásunkban az időperspektívákat vizsgáltuk, és összességében arra az eredményre jutottunk, hogy a személyes időperspektívák és a pszichológiai segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök nem függenek össze szignifikánsan, mégis nagyon fontos

mérföldkőnek tartom ezt a kutatást. Legfőképpen azért, mert megismerkedtem az idő kvantitatív kutatási keretével, az időperspektívák konstruktumával, és gyakorlatot szereztem az azokkal való kvantitatív vizsgálódásban is, amelynek mentén felismerhettem annak véleményem szerinti limitációit.

Az időperspektívás kutatásunk a nem szignifikáns időperspektívai szempont mellett viszont olyan fontos összefüggéseket mutatott ki, erősített meg, mint az, hogy a férfi nem, a vidéki lakhely és az észlelt stigmatizáció gátló tényezők lehetnek a pszichológiai segítségkérésben. Ezeket az eredményeket gyakorló pszichológusként kiemelkedően hasznosnak tartom abból a szempontból, hogy a szakemberek megértsék a segítségkérés előtt álló egyén attitűdjeit és motiválni tudják az egyéneket a segítségkérésre, mind a folyamat előtt, mind a folyamat alatt. Ez azért is fontos, ha az idői aspektust is beemeljük, mivel a segítségkérés nem egy keresztmetszeti döntés, hanem egy longitudinális folyamat, amelyben számos tényező szerepet játszik.

2.2. A hosszú távú pszichiátriai tartózkodás szentgotthárdi kutatásának idői konklúziói

A szentgotthárdi pszichiátrián végzett kvalitatív vizsgálatunkban már sokkal komplexebben sikerült vizsgálni az időt és annak funkcióját a hosszú távú bentlakás élményvilágában. Kutatásunk alapján összefoglalóan azt a konklúziót vonhatjuk le, hogy a hosszú távú kezelésben részt vevő betegek hajlamosak megtartani és konzerválni bizonyos elemeket az intézménybe kerülés előtti életükből és igyekeznek fenntartani ezeket az elemeket (pl. autonómia) a preinstitúciós szelfjükbe ágyazva. Ami idői szempontból fontos eredménye ennek a kutatásunknak, hogy sokszor ennek a múltbeli szelfnek a mentén értelmezik az intézményi tapasztalataikat is, összehasonlítva az intézmény előtti és az intézmény alatti szelfjüket (múlt-jelen differenciációja és összehasonlítása).

Ebben a differenciációs és összehasonlítási, tájékozódási folyamatban kiemelt szerepet kapnak az ún. biztonságos terek, amelyek fizikai vagy mentális terekként szolgálnak a szelf számára, mégpedig úgy, hogy ezek lesznek azok a terek, ahol a preinstitúciós szelf biztonsággal fenntartható (és újraélhető). Valamint a biztonságos terek az institúciós szelf kialakulása és az abban bekövetkező változások során, az institúciós és a preinstitúciós szelf távolodása mellett, mégis azok között idői és térbeli kontinuitást képesek biztosítani.

Ez a fajta kontinuitásteremtés pedig azért életbevágó, mert a hospitalizáció folyamata így inkább egy változási idői folyamatként, nem pedig egy keresztmetszeti idői töréspontként értelmeződik a betegek életútnarratívájában. Kutatásunk eredményei arra utalnak, hogy mindez tehát egy adaptív coping stratégia lehet a hosszú távú kezelés alatt.

Ennek a kutatásnak az esetében is fontosnak éreztem gyakorló szakemberként, hogy bizonyos gyakorlati implikációkkal is szolgálhassunk az elméleti eredmények mellett. Kutatásunk egyik legfontosabb eredménye a gyakorlat szempontjából a biztonságos terek fenntartásának igénye a betegek részéről és annak pszichológiai megtartó funkciója. Eredményeink alapján elmondható, hogy a múltbeli szelf fenntartása támogatandó a hosszú távú kezelés alatt a kezelőszemélyzet által, hiszen azok a jelenben is protektív faktorokként működnek, hiába, hogy inkább a múlthoz kötődnek.

A betegekkel való kommunikáció, az identitásuk változásának folyamatalapú követése az időben így fontos lehet a gyakorlatban. Fontos gyakorlati változtatás lehet továbbá, hogy a kezelőszemélyzet facilitálja a betegek kapcsolattartását, mind a múltbeli, mind a jelenbeli szelfjükkel is az ilyen hosszú távú kezelés alatt, hiszen ez növelheti az általános jólétüket és egy olyan kongruens identitást teremthet meg, amelynek időbeli kontinuitása is jobban megvalósul.

Az ápolóknak érdemes facilitálni a betegek emlékeikhez és múltbeli szelfjükhöz való kapcsolódását úgy, hogy olyan aktivitásokat végezzenek a jelenben, amelyek a preinstitúciós szelfjükhöz is kapcsolódnak. Ilyenek lehetnek a jelenben a kreatív foglalkozások, a szociális interakciók, a kommunikáció és a munkafeladatok, amelyekről továbbra is erősnek és fontosnak érezhetik magukat, nem csak a múltból származnak az erővel, relevanciával és autonómiával kapcsolatos élményeik.

2.3. A felépülési történetek proppi narratív idői kutatásának konklúziói

A felépülési történetek narratív elemzésének eredményei alapján kiderült, hogy Propp archetipikus mesei keretrendszere és mesei nyelvezte könnyedén és jól alkalmazható a felépülési történetek elemzésére. 31-ből 28 narratémát találtunk meg, és ezek a narratémák kirajzoltak egy közös narratív szerkezetet, közös szálát, amire a 6 különböző felépülési történet szekvenciáját fel tudtuk fűzni.

Az is érdekes eredmény volt, hogy melyik szelf aktív a felépülési folyamat különböző átívelő szakaszaiban, hogyan változik szelf-tapasztalás és a különböző szelfek

hogyan szeparálódnak el egymástól a változás különböző szakaszaiban, ahogy a nem-használó identitás megerősödik. Éppen ezért azonosítottunk különböző szelfeket a különböző narratémák mentén, amelyek a felépülési történetekben a felépülő segítő szelf kidolgozásához vezettek.

A különböző szelfek a narratíva végére térben és időben integrálódnak, hiszen egyik sem marad hátra véglegesen és teljesen, ahogyan az AA paradigmában is a függőséget progresszív élethosszig tartó betegségnek tartják. Ezek a szelfek az identitás különböző rétegeivé válnak. Ebből is kitűnik, hogy a proppi keret konzisztens az addikció kezelésének elemeivel, amelyek kihangsúlyozzák a jól strukturált felépülési történetek fontosságát a redemptív szelf kialakításában és a viselkedésváltozás megerősítésében. A Propp-féle archetipikus keretrendszer nagyon is adaptívnek bizonyult, hogy feltérképezzük a szerhasználatból való felépülés közös narratív stádiumait, és a használatnak, majd a felépülésnek egy közös idővonalát adjuk.

2.4. A három kutatást összefogó, általános konklúziók és szintézis

Disszertációm címében és tartalmában azt a célkitűzést fogalmaztam meg, hogy megpróbálom felvillantani az időnek a pszichológiai kutatásokban betöltött, eddig kissé elhanyagolt szerepét. Ezt próbáltam különböző kutatási paradigmákon (kvantitatív-kvalitatív), illetve különböző kutatási témák keretein belül is bemutatni.

Összegzésként azt az átfogó eredményt emelném ki, főleg a kvalitatív kutatásokból, hogy a változás pszichológiai folyamatában (felépülés, hosszú távú pszichiátriai tartózkodás alatti belső változások), ahogyan életünk idővonalán valakiből valakivé válunk, meghatározó az időhöz való viszonyulásunk. Mégpedig úgy meghatározó, hogy a változó énrészeinket és az azok közötti kommunikációt a különböző szelfek időbeli lehorgonyzásával valósítjuk meg.

Ezen két kvalitatív publikációt figyelembe véve záró reflexióként azt emelném ki mint szerintem a legérdekesebb és legfontosabb hasonlóságot, hogy a módszertani különbözőségeken túl, mindkét kutatásban, mind a szentgotthárdi IPA-ban, mind a felépülési narratív elemzésben az interjúalanyok az időt a filozófiai részben tárgyalt orientációs eszközként úgy használták, hogy a szelfjeiket különítették el és szervezték általa.

Ebben a tekintetben visszatérünk az idő filozófiai elméleteiben talán a pszichológia számára egyik leginkább hasznosítható elképzeléshez, Leibniz gondolataihoz, az idő orientációs és relációs funkciójához (Boros, 2007b). Leibnizhez hasonlóan a kvalitatív interjúkban és azok eredményében is azt láthatjuk, hogy az időnek megvan az orientációs funkciója (mi történt velem azóta, mi történik velem most, ki voltam én akkor, ki vagyok én most?), valamint a másik, Leibniz által kiemelt relációs természete is (ki vagyok én azokhoz az élményeimhez képest?). Eredményeink természetesen abban is megerősítik a Leibniz-Newton vitában (Leibniz és Clarke, 1956, idézi Boros, 2007b) Leibniz oldalát, hogy az idő pszichológiailag természetesen szubjektív jelenség.

A pszichológiai vizsgálódás számára több szempontból is problémás az objektív, abszolút (Newton) idő koncepciója. Egyrészt nem tudjuk önmagában megragadni és önmagában vizsgálni. Másrészt ugyan vannak az időnek és a változásnak kulturálisan és társadalmilag meghatározott narratívái (a héraikleitoszi változás folyója, a vasfog stb.), az időhöz való viszonyulás mégis egyedi variabilitást mutat.

Ez a megfogalmazás részben ellentmondhat annak, hogy például a szentgotthárdi eredményekben kiemeltük, hogy a preinstitúciós szelf konzervációja kollektíve fontos a hosszú távú pszichiátriai tartózkodás alatt. Mégis, ez már egy absztrahált, interpretált eredmény, amely rámutat arra, hogy az intézmény előtti szelfhez való ragaszkodás fennmarad és fontos funkciója van. Az mégis egyedi marad, hogy ezt a konzerválást ki hogyan konstruálja meg és milyen viszonyuláson keresztül (lásd pl. különböző safe space-ek használata).

Hasonló figyelhető meg a felépüléssel kapcsolatos eredményeinkben is. A kollektív idői eredmény szerint a szerhasználó szelf és a felépülő szelf egyszerre van a jelenben tartva (lásd. felépülő függő jelző), mégis a változás kifejezésében a szerhasználó szelftől megkonstruálódik a felépülés melletti elköteleződéssel egy távolság, amelyben a szerhasználó dinamikák már nem uralják az identitás egészét.

Az abszolút-relatív, objektív-szubjektív idő filozófiai viszonylatában válik érthetővé kissé pontosabban az idő kvantitatív vizsgálata az időperspektívák mentén. Az időhöz való viszonyulás „kérdőívesítésével” ugyanis valójában az idő (már filozófiailag is meghaladott) objektív vonala felé köteleződünk el, hiszen egy olyan objektívizálásra törekszünk, hogy az idő öt (vagy hét) alskálája mentén lehet viszonyulni az időhöz. Emellett sajnos azt is meg kell jegyeznünk, hogy az időperspektíva-elmélet egyre inkább elbulvárosodik azzal, hogy

az önsegítő könyvekre jellemző ideális időperspektíva kombinációt is ajánl, amely a „legegészségesebb” (Zimbardo és Boyd, 2008, 2012).

Ez több szempontból is problémás lehet hosszú távon. Egyrészt kimondja azt, hogy egy objektív kombináció az egészséges (követendő), így leegyszerűsíti az időhöz való viszonyulás komplexitását és egyéni variabilitását (amelyet a kvalitatív interjúk finomabb elemzésével láthattunk), erősen deduktív gondolkodást kezd el követni. Másrészt hosszú távon befolyásolhatja a kvantitatív eredményeket is, hiszen ha a tudósok megállapítják az ideális időperspektíva kombinációt, akkor óhatatlanul afelé fogunk torzítani a további kutatásokban, hogy mi is az ideálisához közeli kombinációhoz tartozunk.

A kvantitatív kutatásban viszont továbbra is a Zimbardo-féle időperspektíva-elmélet a meghatározó kutatási irányvonal. Ennek fentebb említett limitációit képes árnyalni az időhöz való viszonyulást személyesebb szinten és komplexebben vizsgálni képes kvalitatív kutatás. Mindkét kvalitatív kutatásunkban látszik, hogy sokszor az identitásunkat is igeidők mentén különítjük el egymástól, illetve az időben elkülönített szelfjeinkhez az időben átjárható szelfélményeket kapcsolhatunk.

Arra a kérdésre keresve a választ, hogy hogyan érdemes vizsgálni az időt, tehát egyfajta heideggeri válasz adható. Heidegger úgy beszél a lét vizsgálatáról, hogy azt nagyon óvatosan kell tennünk, máskülönben a lét megijed és elillan, nem mutatja meg magát számunkra (Kalmár, 2007). Várnunk kell, míg a szél fellebbenti a lét fátylát, hogy beleshessünk annak misztériumába, kilátást nyerhessen a „lét tisztására” (Kalmár, 2007, 97. o.). Hogy mennyire sikerült nekem kilátást nyerni az idő tisztására az olvasóra bízom. Annak ellenére, hogy az időnek koherenciateremtő funkciója (is) van, kérdés, hogy maga az idő mennyire tudta megteremteni a teljes disszertáció összefogó koherenciáját. Valószínűleg csak részben. Valószínűleg ezért is éreztem szükségesnek a saját explicit személyes jelenlétemet a munkában. Ez egyfelől lehet erőssége, egyfelől lehet limitációja is jelen disszertációnak.

Hasonló a helyzet az idővel, az időhöz való viszonyulással is. Egyrészt tudományosan nem vizsgálhatjuk az időt magát, csak az ahhoz való viszonyulást. Másrészt az ahhoz való viszonyulásban nem erőszakolhatjuk meg az idő alszkáláival azt, vezetve az egyént, hiszen az alszkálák a kutató konstrukciói.

Harmadrészt, és talán ez a legfontosabb mondanivalója ennek a disszertációnak arról, hogyan vizsgáljuk az időt, nem feltétlen érdemes meghatározni a kutatás előtt azt,

hogy az időhöz való viszonyulást fogjuk kutatóként vizsgálni. Természetesen releváns, és van létjogosultsága az idői viszonyulást explicit módon vizsgáló tartalomelemző kutatási paradigmának is (pl. Ehmann és mtsai, 2014) vagy az igeidőváltást explicit vizsgáló paradigmának (Berán, Unoka és Czobor, 2011; Berán és Unoka, 2012).

Azonban a mi kutatásainkban, így disszertációmban is, az idő implicit, közvetett vizsgálata valósult meg, és én emellett a vizsgálati mód mellett köteleződöm el inkább. Láthattuk, hogy sem a szentgotthárdi, sem a felépülő függős kutatásnak nem az volt az elsődleges célkitűzése és kutatási kérdése, hogy hogyan viszonyulnak az időhöz a pszichiátriai tartózkodás vagy a felépülés során. Ez az eredmény induktívan emelkedett ki az interjúkból, nem ez volt a vizsgálat abszolút fókuszja, de mégis megjelent mint fontos eredmény és mint átfogó interpretáció a szelfek rendezése kapcsán.

Tehát az időhöz való viszonyulás vizsgálatát úgy képzelem el, mint amit a kvalitatív kutató szem előtt tart, kutatói perspektívájában figyelembe vesz, de nem feltétlenül közvetlenül így szervezi kutatói fókuszát. Ahogyan láttuk a két kvalitatív kutatásunkat, azoknak sem tematikája, sem kutatási kérdései nem deklarálták explicit az időhöz való viszonyulás eredményének megjelenését. Természetesen a vizsgált tematikák (*hosszú távú* pszichiátriai tartózkodás, felépülés a függőségből) impliciten mégis magukban foglalták az időt, Szentgotthárd esetében a hosszú távon, a felépülés esetében a változáson keresztül.

Disszertációm végére érve úgy gondolom, hogy a kétféle paradigma (kvantitatív-kvalitatív) akár egyesíthető is lehetne, tehát érdekes kutatási irányvonalat képviselne, ha egy adott jelenséget, témakört mind a kvantitatív irányzat időperspektíva-kérdőívével, mind kvalitatív interjúval vizsgálnánk, majd összevetnénk az eredményeket, hiszen a mixed method (kevert módszertan) egyre inkább követhető irány (Ehmann, 2002), a 2000-es évek elejétől külön szaklap is foglalkozik a módszerintegrációval (*Journal of Mixed Methods Research*). A cél tehát nem egyik oldalról a másik oldalt kritizálni, hanem sokkal inkább az, hogy észrevegyük, sokszor a kvantitatív kutató megfélekedzik a számok mellett a nyelvről, viszont sokszor a kvalitatív kutató is jelentőséget tulajdonít a különleges minőség mellett a gyakoriságnak (pl. a proppi narratémák forduljanak elő minimum öt interjúban a hatból ahhoz, hogy pozitív eredménynek számítsanak).

Visszatekintve a jelenből az idő vizsgálatára ebben a disszertációban, azt gondolom, hogy az idő azért kiemelten fontos, mert olyan faktor, amire a tudatosság kevésbé terjed ki, ezért sokkal mélyebb rétegeit lehet általa az emberi élményeknek transzparenssé tenni.

Mivel az időhöz való viszonyulásunk sokkal kevésbé áll explicit kontroll alatt, így az időhöz való viszonyulás rengeteg olyan kapcsolatot tárhat fel (pl. az idő és a szelfrendszer kapcsolatai), amelyek tudattalan, implicit módon szerveződnek.

Azt viszont mindenképpen ki kell hangsúlyozni, hogy az idő kvalitatív vizsgálatára egyelőre nincs kialakult, konszenzuális protokoll, így a disszertáció inkább egy exploratív kezdeményezésnek tekinthető, amely betekintést nyújt, abba, hogy az időhöz való emberi viszonyulás vizsgálata milyen kiaknázatlan területeket rejthet még magában.

Azt biztosan megtanultam disszertációm során, hogy mindenféle idő (valahogy úgy, ahogy Bergson ír a tartamról) folyamatosan itt kavargó bennem, bennünk, viszont a jelen az, ami mindent aktualizál. A belső térben így az igeidők elkülönítése lehetséges, hogy mesterkéltebb, és a valóságban sokkal fluidabb, sokkal átjárhatóbb természetű az idő a pszichében.

Így, disszertációm végéhez közeledve az az érzésem van, amit Ungvári (2017, 365. o.) a modern regényíróról ír: *„Az idővel, vagy a tartammal való intenzív foglalkozás... az „időtlenség” elméletének házastársa. Csakugyan az a különös benyomásunk támadhat, hogy minél többször emlegeti az időt a modern regényíró, annál bizonyosabb: meg akar szabadulni tőle.”*

Ez nem feltétlen (csak) a disszertáció befejezési vágyát jelenti, sokkal inkább azt az érzést, hogy amikor az ember elmélyülten foglalkozik az idővel és rákérdez magára (Ki vagy te?), akkor egy kicsit úgy érzi, kívül helyezte magát azon, fölön csípte, megállította, és ezeket a kiemelt „kegyelmi” pillanatokot nevezi Bergmann (1990) antiidőnek, vagy Berguno (2001) liminális időtapasztalatnak (amikor kiesünk az időből). És ahogy Szent Ágoston írja (2006), ezek a pillanatnyi örökkévalóságok.

Ha tehát nem kérdezik tőlem, hogy mi az idő, evidens módon tudom. Ha azt kérik, magyarázzam el, ahhoz egy disszertáció sem elég, hiszen az idő misztikus természetéhez valamelyest közelebb csupán a hozzá való emberi viszonyulásunkon keresztül juthatunk.

Hivatkozások

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74.
- Ács, A., Molnár, E., Molnár, G. Y., & Balogh, Z. (2019). The care of people living with mental illness in the Hungarian social care system: the process of deinstitutionalization and the phenomenon of stigmatization. *Developments in Health Sciences, 2*(1), 1-8.
- Adler, J. M., Wagner, J. W., & McAdams, D. P. (2007). Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality, 41*(6), 1179-1198.
- Alesina, A., & Fuchs-Schündeln, N. (2007). Good-bye Lenin (or not?): The effect of communism on people's preferences. *American Economic Review, 97*(4), 1507-1528.
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2016). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 50*(1), 9–21.
- Ambrus, G. (2007a). Brit idealizmus. In Boros, G. (szerk) *Filozófia*. 935-950. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Ambrus, G. (2007b). Analitikus filozófia. In Boros, G. (szerk) *Filozófia*. 1065-1145. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5VR)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*(4), 202-210.
- Angus, J., Kontos, P., Dyck, I., McKeever, P., & Poland, B. (2005). The personal significance of home: habitus and the experience of receiving long-term home care. *Sociology of Health & Illness, 27*(2), 161-187.
- Arató, K. & Nizák, P. (2012): Az érdekérvényesítéssel foglalkozó civil szervezetek társadalmi beágyazódottsága Magyarországon. *Civil Szemle 9*(2), 5–25.
- Arisztotelész (1994). *Hermeneutika*. Budapest: Kossuth Könyvkiadó.

- Arisztotelész (1999). Fizika IV. 10-14. *Vulgo (1)*, 83-89. Letöltve: 2017. 02. 22.
<http://www.c3.hu/scripta/vulgo/1/01/bene.htm>
- Arminen, I. (2004). Second stories: The salience of interpersonal communication for mutual help in Alcoholics Anonymous. *Journal of Pragmatics*, 36(2), 319-347.
- Arora, P. G., Metz, K., & Carlson, C. I. (2016). Attitudes Toward Professional Psychological Help Seeking in South Asian Students: Role of Stigma and Gender. *Journal of Multicultural Counselling and Development*, 44(4), 263-284.
- Åström, E., Seif, A., Wiberg, B., & Carelli, M. G. (2018). Getting “stuck” in the future or the past: relationships between dimensions of time perspective, executive functions, and repetitive negative thinking in anxiety. *Psychopathology*, 51(6), 362-370.
- Augustinus, A. (2006). *Szent Ágoston vallomásai*. mek.oszk.hu. Letöltve: 2022. 02. 24.
<http://mek.oszk.hu/04100/04187/04187.pdf>
- Australian Bureau of Statistics: *National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results*. (2007). Edited by: Australian Bureau of Statistics; Canberra (cited by, Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).
- Babits, M. (1910). Bergson filozófiája. *Nyugat*, 14. szám.
<https://epa.oszk.hu/00000/00022/00060/01698.htm>. Letöltve: 2022. 08. 02.
- B. Erdős, M., Kelemen, G., Rozgonyi, R., Kárpáti, T., Borda, V. & Vojtek, É. (2017). Az új pszichoaktív szerhasználat kérdése kapcsolathálózati megközelítésben. *Szociális Szemle*, 10(1), 45-60.
- B. Erdős, M., Brettner, Zs., Mihaldinecz, Cs. & Kelemen, G. (2006). „Az eltűnt idő nyomában” – A drogfüggőség és a felépülés időélménye. *Addiktológia* 5(4), 300-318.
- Baerger, D. R., & McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*, 9(1), 69-96.
- Bahtyin, M. (1976). *A szó esztétikája*. Budapest: Gondolat.
- Bahtyin, M. (1974). Kronotoposz: idő és tér a regényben. *Korunk*, 6, 753-757.
http://epa.oszk.hu/00400/00458/00444/pdf/EPA00458_Korunk_1974_06_753-757.pdf. Letöltve: 2022. 05. 23.

- Bajzáth, S., Tóth, E. Z., & Rácz, J. (2014). *Repülök a gyógyszerrel: a kábítószerelés története a szocialista időkben Magyarországon*. L'Harmattan Kiadó.
- Bányai, B. (2014). Államtalanítás és újítás. *Társadalomtudományi Szemle*, (1), 1-17.
- Bányai, B. (2015). *Intézmények a munkaerőpiaci rehabilitáció területén – Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a munkaerőpiacon*. Doktori Disszertáció. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem. http://phd.lib.uni-corvinus.hu/851/1/Banyai_Borbala.pdf. (Letöltve: 2022. 01. 19.).
- Bányai, B. (2019). Életminőség, akadályozottság pszichiátriai diagnózissal. *Metszetek-Társadalomtudományi folyóirat*, 8(1), 32-57.
- Bányai, B., & Légmán, A. (2009). Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben. *Esély*, 21(2), 68-84.
- Barták, M., & Gavurová, B. (2015). Economics and Social Aspects of Long-term Care in the Context in the Czech Republic and the Slovak Republic EU Membership. In 12th International Scientific Conference Economic Policy in the European Union Member Countries. Karviná: Silesian University, 35-44.
- Bateson, G. (1971). The cybernetics of "self": A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34(1), 1-18.
- Bauer, J. J., Graham, L. E., Lauber, E. A., & Lynch, B. P. (2019). What growth sounds like: Redemption, self-improvement, and eudaimonic growth across different life narratives in relation to well-being. *Journal of Personality*, 87(3), 546-565.
- Bauer, J. J., Graham, L. E., Lauber, E. A., & Lynch, B. P. (2019). What growth sounds like: Redemption, self-improvement, and eudaimonic growth across different life narratives in relation to well-being. *Journal of Personality*, 87(3), 546-565.
- Beckett, S. (1970). A játszma vége. In Kolozsvári-Gran-pierre, E. (szerk.) *Drámák*. Budapest: Európa.
- Beckett, S. (1996). *Godot-ra várva*. Budapest: Interpopulart.
- Bene, L. (2007). Görög-római filozófia. In Boros, G. (szerk.) *Filozófia*. 23-253. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Berán, E., & Unoka, Z. (2012). The attention regulating role of shifting narrative perspective in therapeutic discourse: The analysis of two psychotherapeutic sessions. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(3), 467-490.

- Berán, E., Unoka, Z., & Czobor, P. (2011). A szelf affektív bevonódása a pszichoterápiás folyamatba: érzelmi intenzitás kifejezése narratív perspektívahasználattal a terápia kezdeti szakaszában. *Pszichológia, 31*(3), 237-257.
- Bergmann, W. (1990). Az idő a szociológiában. Szakirodalmi áttekintés az „időszociológiai” elmélet és kutatás helyzetéről. In Gellériné Lázár, M. (szerk.) *Időben élni. Történeti-szociológiai tanulmányok*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 117–174.
- Bergson, H. (1896/1993). *Matière et mémoire*. Párizs: P. U. F.
- Bergson, H. (1889/1990). *Idő és szabadság*. Tanulmány eszméletünk közvetlen adatairól. Szeged: Univerzum.
- Bergson, H. (1907/1987). *Teremtő fejlődés*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Berguno, G. (2001). The phenomenology of waiting. *Journal of the Society for Existential Analysis, 12*(2), 154–159.
- Best, D. W., & Lubman, D. I. (2012). The recovery paradigm: A model of hope and change for alcohol and drug addiction. *Australian Family Physician, 41*(8), 593-597.
- Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Alexander Haslam, S., Jetten, J., Mawson, E., & Lubman, D. I. (2016). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: The social identity model of recovery (SIMOR). *Addiction Research & Theory, 24*(2), 111-123.
- Best, D., Gow, J., Taylor, A., Knox, A., & White, W. (2011). Recovery from heroin or alcohol dependence: A qualitative account of the recovery experience in Glasgow. *Journal of Drug Issues, 41*(3), 359-377.
- Binswanger, L. (1956/1986). Az ember helye a pszichiátriában. In Pethő, B. (szerk.) *Pszichiátria és emberkép*. Budapest: Gondolat Kiadó, 261-277.
- Bíró, É., Balajti, I., Ádány, R., & Kósa, K. (2010). Determinants of mental well-being in medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(2), 253-258.
- Bitter, I., & Kurimay, T. (2012). State of psychiatry in Hungary. *International Review of Psychiatry, 24*(4), 307-313.
- Bitterman É. (2019). Professional Report on 2018, Szentgotthard, Szentgotthard Psychiatric Home.

- Blaauw, E., Anthonio, G., van der Meer-Jansma, M., & van den Bos, A. (2018). Vision on man, vision on addiction: A multiple view of problems and recovery. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 60(11), 774-781.
- Blakeman, T., Bower, P., Reeves, D., & Chew-Graham, C. (2010). Bringing self-management into clinical view: a qualitative study of long-term condition management in primary care consultations. *Chronic Illness*, 6(2), 136-150.
- Bland, R. C., Newman S. C. & Orn, H. (1997). Help-seeking for psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(9), 935-942.
- Boddy, C. R. (2016). Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research*, 19(4), 426–432.
- Bodrogi A. Harangozó J., Bulyáki, T. & Falloon, I. (2014). A közösségi addiktológia kézikönyve. Budapest: Ébredések alapítvány.
- Bóna, E., Szél, Z., Kiss, D., & Gyarmathy, V. A. (2019). An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(1), 13-20.
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy & Public Affairs*, 5(1), 49–68.
- Boros, G. (2007a). A reneszánsz filozófiája. In Boros, G. (szerk) *Filozófia*. 569-639. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Boros, G. (2007b). Kora újkori filozófia. In Boros, G. (szerk) *Filozófia*. 640-752. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Bostan, B., & Turan, O. (2017). Deconstructing game stories with propp's morphology. *System*, 17, 18-23.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford university press. Oxford, UK.
- Brown, A., Rice, S. M., Rickwood, D. J., & Parker, A. G. (2015). Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people. *AsiaPacific Psychiatry*, 8(1), 3–22.
- Buchman-Wildbaum, T., Paksi, B., Sebestyén, E., Kun, B., Felvinczi, K., Schmelowszky, Á., ... & Urbán, R. (2018). Social rejection towards mentally ill people in Hungary between 2001 and 2015: Has there been any change? *Psychiatry Research*, 267, 73-79.

- Buchman-Wildbaum, T., Paksi, B., Sebestyén, E., Kun, B., Felvinczi, K., Schmelowszky, A., ... & Urbán, R. (2018). Stigmatic attitudes towards mentally ill patients in Hungary between 2001 and 2015: results of a time-trend analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 28, S64-S65.
- Buda, B. (2011). *Az elme gyógyítása - Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre*. Budapest: Háttér Kiadó.
- Bugarszki, Z., Eszik, O., Soltész, Á., & Sziklai, I. (2010). One step forward, two steps backwards. Deinstitutionalisation of Large Institutions and Promoting Community-Based Living in Hungary Through the Use of the Structural Funds of the European Union. https://tatk.elte.hu/dstore/document/109/one_step_forward_eng0321.pdf (Letöltve: 2022. 01. 19.)
- Bugarszki, Zs. (2003). A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. *Esély*, (1), 67-86.
- Buklijas, T., & Lafferton, E. (2007). Science, medicine and nationalism in the Habsburg Empire from the 1840s to 1918. *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences*, 38(4), 679-686.
- Bunce, V., & Csanadi, M. (1993). Uncertainty in the transition: Post-communism in Hungary. *East European Politics and Societies*, 7(2), 240-275.
- Burgess, C., Cowie, L., & Gulliford, M. (2012). Patients' perceptions of error in long-term illness care: qualitative study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(3), 181-187.
- Brentano, F. (1982). *Deskriptive Psychologie*. Hamburg: Meiner.
- Brys, Z., Harangozó, J. & Szarvas, H. (2015). Közösségi részvétel a fenntartható fejlődésben – a közösségi medicina nyomában. *Lam (11-12)*, 529-535.
- Caldas J.M. & Killaspy, H. (2011). *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. IMPACT Consortium, European Union.
- Calhoun, L. G., Peirce, J. R., Walters, S., & Dawes, A. S. (1974). Determinants of social rejection for help seeking: locus of causal attribution, help source, and the „mental illness” label. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(4), 618.
- Campbell, J. (2003.) *The hero's journey: Joseph Campbell on his life and work*. Novato, California, USA: New World Library.

- Carroll, S. M. (2018). Destigmatizing mental illness: An innovative evidence-based undergraduate curriculum. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 56*(5), 50-55.
- Chamberlain, S. A., Duggleby, W., Teaster, P., & Estabrooks, C. (2020). Characteristics and unmet care needs of unbefriended residents in long-term care: a qualitative interview study. *Aging & Mental Health, 24*(4), 659-667.
- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development, 96*(1), 64-74.
- Cook, B. L., Progovac, A., & Tran, N. (2019). Improving the mental health of Roma through research and policies that cross multiple social sectors. *International Journal of Public Health, 64*(7), 979-980.
- Copes, H. (2016). Creating and maintaining symbolic boundaries among drug users: A narrative approach. *Crime Media Culture, 12*(2), 193-214.
- Corry, D. A. S., & Leavey, G. (2017). Adolescent trust and primary care: Help-seeking for emotional and psychological difficulties. *Journal of Adolescence, 54*, 1-8.
- Csabai, M. (2004). A hisztériával kapcsolatos diskurzusok tanulságai a szomatizációs jelenségek és a betegségmagatartás megértéséhez. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika, 5*(1), 55-67.
- Csabai, M. (2018). Az esettanulmány tudománytörténeti változásai és dilemmái. *Magyar Pszichológiai Szemle, 73*(1), 29-41.
- D'alessio, M., Guarino, A., De Pascalis, V., & Zimbardo, P. G. (2003). Testing Zimbardo's Stanford time perspective inventory (STPI)-short form an Italian study. *Time & Society, 12*(2-3), 333-347.
- Dahl, S. L. (2015). Remaining a user while cutting down: The relationship between cannabis use and identity. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 22*(3), 175-184.
- Danziger, K. (2006). Universalism and indigenization in the history of modern psychology. In Brock, A.C. (ed.), *Internationalizing the history of psychology*, New York University Press, New York, 208–226.

- Darley, J. M., & Batson, C. D. (1973). „From Jerusalem to Jericho”: A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), 29-44.
- Dawson, D. A. (2011). Defining risk drinking. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34(2), 144–156.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community Theory, Model, and Method*. New York, Springer Publishing Company. (idézi B. Erdős és mtsai, 2006).
- de Visser, R. O., Robinson, E., & Bond, R. (2016). Voluntary temporary abstinence from alcohol during „Dry January” and subsequent alcohol use. *Health Psychology*, 35(3), 281–289.
- de Visser, R. O., Robinson, E., Smith, T., Cass, G., & Walmsley, M. (2017). The growth of ‘Dry January’: Promoting participation and the benefits of participation. *European Journal of Public Health*, 27(5), 929–931.
- Demetrovics, Zs., & Rácz, J. (2022). Addiktológiai pszichológia Magyarországon: az elmúlt 30 év áttekintése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76(3-4), 763-785.
- Denzin, N. K. (1987). *The Recovering Alcoholic*. Newbury Park, Sage.
- DeVolder, M. & Lens, W. (1982). Academic Achievement and Future Time Perspective as a Cognitive-motivational Concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(3), 566-571.
- Dey, S., Joormann, J., Moulds, M. L., & Newell, B. R. (2018). The relative effects of abstract versus concrete rumination on the experience of post-decisional regret. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 18-28.
- Dilthey, W. (1974). *A történelmi világ felépítése a szellemtudományokban*. Tanulmányok. Budapest: Gondolat.
- Dlouhy, M. (2014). Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-8.
- Do, R., Park, J. R., Lee, S. Y., Cho, M. J., Kim, J. S., & Shin, M. S. (2019). Adolescents’ attitudes and intentions toward help-seeking and computer-based treatment for depression. *Psychiatry Investigation*, 16(10), 728.
- Draaisma, D. (2003). *Miért futnak egyre gyorsabban az évek?* Budapest: Typotex.

- Drapeau, A., Marchand, A. & Beaulieu-Prévost, D. (2012). *Epidemiology of Psychological Distress, Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*, Prof. Luciano LAbate (Ed.), ISBN: 978-953-307-662-1, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-understanding-prediction-andcontrol/epidemiology-of-psychological-distress>.
- Dunlop, W. L., & Tracy, J. L. (2013). Sobering stories: Narratives of self-redemption predict behavioral change and improved health among recovering alcoholics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(3), 576-590.
- Duprez, V., Vansteenkiste, M., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2017). *Nurses' motivating practices in self-management support, a self-determination theory perspective*, 2nd EACH Summer Event.
- Ehmann, B. (2002). *A szöveg mélyén. Pszichológiai tartalomelemzés*. Új Mandátum, Budapest.
- Ehmann, B. (2004). Tartalomelemzési módszerek a szubjektív időélmény vizsgálatára laikus beszélők szövegeiben. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59(3), 345-361.
- Ehmann, B., Csertő, I., Ferenczhalmy, R., Fülöp, É., Hargitai, R., Kövágó, P., ... & László, J. (2014). *Narratív kategoriális tartalomelemzés: a NARRCAT*. X. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia, Szeged. http://real.mtak.hu/20127/7/jav_MSZNY2014_press_b5.pdf. Letöltve: 2022. 02. 21.
- Einstein, A. (2015). *Relativity: The special and the general theory*. Princeton: University Press. (idézi Zimbardo és Boyd, 1999).
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical Care*, 45, 594-601.
- Eliade, M. (1983). *Sacred and Profane*. Warsaw: Peter Smith.
- Elias, N. (1990). Az időről. In Gellériné Lázár, M. (szerk.) *Időben élni. Történeti-szociológiai tanulmányok*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 15–47.
- Eliason, P. J., Grieco, P. L., McDevitt, R. C., & Roberts, J. W. (2018). Strategic patient discharge: The case of long-term care hospitals. *American Economic Review*, 108(11), 3232-65.

- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229.
- Emrick, C. D., Tonigan, J. S., Montgomery, H., & Little, L. (1993). Alcoholics anonymous: What is currently known? In. McCrady, B. S. & Miller, W. R. (eds.) *Research on alcoholics anonymous: Opportunities and alternatives*,. Piscataway, NJ, US: Rutgers Center of Alcohol Studies, 41–76.
- Endre, Sz. (2020). *Integrált közösségi ellátások szerepe a felépülésben – egy hatékonyságvizsgálat tükrében*. Doktori disszertáció. Pécs: PTE. <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/23565/endre-szilvia-phd-2020.pdf?sequence=1>. Letöltve: 2022. 02. 04.
- Erickson, C. (2006). Observation made at betty ford institute consensus conference, September 19.
- Erős, F. (1993). *A válság szociálpszichológiája*. Budapest: T-Twins Kiadó.
- Evans, S. M., & Boyte, H. C. (1992). *Free spaces: The sources of democratic change in America*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ezzy, D. (2000). Illness narratives: time, hope and HIV. *Social Science & Medicine*, 50(5), 605-617.
- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313-316.
- Fetner, T., Elafros, A., Bortolin, S., & Drechsler, C. (2012). Safe spaces: Gay-straight alliances in high schools. *Canadian Review of Sociology*, 49(2), 188-207.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368-373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 79-90.
- Fisher, H., & Low, H. (2016). Recovery from divorce: comparing high and low income couples. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 30(3), 338-371.

- Flaherty, M. T., Kurtz, E., White, W. L., & Larson, A. (2014). An interpretive phenomenological analysis of secular, spiritual, and religious pathways of long-term addiction recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 32(4), 337-356.
- Fleming, A., Bradley, C., Cullinan, S., & Byrne, S. (2015). Antibiotic prescribing in long-term care facilities: a meta-synthesis of qualitative research. *Drugs & Aging*, 32(4), 295-303.
- Floridi, L. (2011). A defence of constructionism: Philosophy as conceptual engineering. *Metaphilosophy*, 42(3), 282-304.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2018). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Routledge.
- Foucault, M. (2004/1972/): *A bolondság története*. Budapest: Atlantisz.
- Foucault, M. (2014/1974-1975): *A rendellenesek*. Budapest: L'Harmattan.
- Fraisse, P. (1963). *The Psychology of Time*. Westport: Greenwood Press.
- Frank, A. W. (1995.) *The wounded storyteller*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Frankl, V. E. (2005). *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Budapest: Jel.
- Frank, A. W. (1998). Just listening: narrative and deep illness. *Families, Systems, & Health*, 16(3), 197-212.
- Frederick, S. (2005). Cognitive reflection and decision making. *The Journal of Economic Perspectives*, 19(4), 25-42.
- Freud, S. (1900/1999). *Álomfejtés*. Budapest: Helikon.
- Freud, S. (1914). Remembering, Repeating and Working-Through (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis II.). The Standard Edition of the CoMerleau-Ponty lete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII. (1911- 1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works, 145-156.
- Freud, S. (2001a). A kísérteties. In Erős, F. & Argejő, É. (szerk.) *Művészeti írások*, Budapest: Filum, 247-251.
- Freud, S. (2001b). A téboly és az álmok Jensen Gradiva-jában. In Erős, F. & Argejő, É. (szerk.) *Művészeti írások*, Budapest: Filum, 11-102.

- Fung, K., & Wong, Y. L. R. (2007). Factors influencing attitudes towards seeking professional help among East and Southeast Asian immigrant and refugee women. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 216-231.
- Gadamer, H. G. (2003). *Igazság és módszer. Egy filozófiai hermeneutika vázlatja*. Budapest: Osiris.
- Gale, J. (1993). A field guide to qualitative inquiry and its clinical relevance. *Contemporary Family Therapy*, 15(1), 73-91.
- Gashi, L., Sandberg, S., & Pedersen, W. (2021). Making „bad trips” good: How users of psychedelics narratively transform challenging trips into valuable experiences. *International Journal of Drug Policy*, 87, 1029-97.
- Gehart, D. R., Ratliff, D. A., & Lyle, R. R. (2001). Qualitative research in family therapy: A substantive and methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(2), 261-274.
- Gerevich, J. (1983). *Terápiák társadalmi-társadalmak terápiája*. Budapest: Magvető.
- Gerry, C. J. (2018). The economic case for deinstitutionalisation in post-communist Europe. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 950-952.
- Gervás, P. (2013). *Propp's morphology of the folk tale as a grammar for generation*. In 2013 workshop on computational models of narrative. Schloss Dagstuhl-Leibniz-Zentrum fuer Informatik. Downloaded: 3 June, 2021 <https://drops.dagstuhl.de/opus/volltexte/2013/4156/pdf/p106-gervas.pdf>.
- Gille, Z. (2010). Is there a global postsocialist condition?. *Global Society*, 24(1), 9-30.
- Glas, G. (2003). Idem, ipse, and loss of the self. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 10(4), 347-352.
- Gloria, A. M., Castellanos, J., Segura-Herrera, T. A., & Mayorga, M. (2010). Assessing cultural orientation, cultural fit, and help-seeking attitudes of Latina undergraduates. *Journal of College Counseling*, 13(2), 126-140.
- Goethe, J. W. (1965). *Életemből: költészet és valóság*. Budapest: Magyar Helikon.
- Goffman E. & Helmreich WB. (2017). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London, UK: Routledge.
- Goffman, E. (1959). The moral career of the mental patient. *Psychiatry*, 22(2), 123-142.

- Goffman, E. (1968). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New Jersey: AldineTransaction.
- Gonzalez, J. M., Alegria, M., & Prihoda, T. J. (2005). How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/ race in young adults? *Journal of Community Psychology*, *33*, 611– 629.
- Good, G. E., Dell, D. M., & Mintz, L. B. (1989). Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. *Journal of counseling psychology*, *36*(3), 295-300.
- Gordon, K., Rice, H., Allcock, N., Bell, P., Dunbar, M., Gilbert, S., & Wallace, H. (2017). Barriers to self-management of chronic pain in primary care: a qualitative focus group study. *British Journal of General Practice*, *67*(656), 209-217.
- Gori, C. (2019). Changing long-term care provision at the local level in times of austerity— a qualitative study. *Ageing & Society*, *39*(9), 2059-2084.
- Granel, N., Manresa-Domínguez, J.M., Barth, A., Papp, K. and Bernabeu-Tamayo, M.D. (2019). „Patient safety culture in Hungarian hospitals”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *32* (2), 412-424.
- Grant, J. (2012). *Men and substance abuse: Narratives of addiction and recovery*. Boulder, Colorado, USA: FirstForumPress.
- Grass, G. (1973). *A bádogdob*. Budapest: Magvető.
- Green, E., & Singleton, C. (2006). Risky bodies at leisure: Young women negotiating space and place. *Sociology*, *40*(5), 853-871.
- Grimm, P. (2010). *Social desirability bias*. Wiley international encyclopedia of marketing.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (eds.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA, Sage, 105–17.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *ECTJ*, *30*(4), 233-252.
- Guetterman, T. (2015). Descriptions of sampling practices within five approaches to qualitative research in education and the health sciences. *Educational Psychology Papers and Publications* *16*(2), 25-35.

- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry, 10*(1), 113.
- Guo, J., Klevan, M., & McAdams, D. P. (2016). Personality traits, ego development, and the redemptive self. *Personality and Social Psychology Bulletin, 42*(11), 1551-1563.
- Gwinner, K., Knox, M., & Brough, M. (2013). Making sense of mental illness as a full human experience: Perspective of illness and recovery held by people with a mental illness living in the community. *Social Work in Mental Health, 11*(2), 99-117.
- Győrffy, Z. (2019). Kiegészítés és reziliencia (rugalmas ellenállás) a magyarországi orvosok körében. *Orvosi Hetilap, 160*(3), 112-119.
- Hajnóczy, P. (1975): Az elkülönítő., *Valóság, 1975/10*.
- Hámornik B, P., Juhász, M. & Vén I. (2015): Kommunikációs mintázatok vizsgálata az orvosi rehabilitációs teammunkában. *Alkalmazott Pszichológia 15*(3), 55–78.
- Han, J., Batterham, P. J., Caley, A. L., & Randall, R. (2018). Factors influencing professional help-seeking for suicidality: A systematic review. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 39*(3), 175-196.
- Haney, J. V. (2017). *The complete folktales of A. N. Afanas'ev*. Jackson, Mississippi, USA.: University Press of Mississippi.
- Hänninen, V., & Koski-Jannes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction, 94*(12), 1837-1848.
- Harangozó, J, és mtsai (2013). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry, 60*(40), 359-366.
- Harangozó, J. (2001). Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege Artis Med., 11*(8-9), 573-86.
- Harber, K. D., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (2003). Participant self-selection biases as a function of individual differences in time perspective. *Basic and Applied Social Psychology, 25*(3), 255-264.
- Hargitai, R. (2004). A narratív pszichológia hozzájárulása Szondi Lipót sorsanalíziséhez. In Erős Ferenc (szerk.). *Az elbeszélés az élmények kulturális és klinikai elemzésében*. Akadémiai Kiadó: Budapest, 167–178.

- Haroosh, E., & Freedman, S. (2017). Posttraumatic growth and recovery from addiction. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1369832.
- Hartal, G. (2018). Fragile subjectivities: constructing queer safe spaces. *Social & Cultural Geography*, 19(8), 1053-1072.
- Haugdahl, H. S., Eide, R., Alexandersen, I., Paulsby, T. E., Stjern, B., Lund, S. B., & Haugan, G. (2018). From breaking point to breakthrough during the ICU stay: a qualitative study of family members' experiences of long-term intensive care patients' pathways towards survival. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3630-3640.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 715-723.
- Heath, P. J., Brenner, R. E., Lannin, D. G., & Vogel, D. L. (2018). Self-compassion moderates the relationship of perceived public and anticipated self-stigma of seeking help. *Stigma and Health*, 3(1), 65-68.
- Heidegger, M. (1927/2001). *Lét és idő*. Budapest: Osiris.
- Heidegger, M. (1933-34/1992). *Az idő fogalma*. Budapest: Kossuth.
- Heidegger, M. (2010). *A metafizika alapfogalmai*. Budapest: Osiris.
- Henckes, N. (2011). Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis. *History of Psychiatry*, 22(2), 164-181.
- Heuer O. (2002). Psychiatric care/psychiatry and patients rights. In: Fridli J, (ed.) *Psychiatric care/Psychiatry and Patients Rights*. Budapest: Hungarian Civil Liberties Union; http://pdc.ceu.hu/archive/00003472/01/psychiatric_care.pdf. Letöltve: 2002. 02. 04.
- Hiles, D. (2007). *Identity Positioning: Narrative analysis of szuzet and fabula*. University of Huddersfield.
- Hiles, D., & Cermák, I. (2008). Narrative psychology. In Willig, C., & Rogers, W. S. (Eds.). *The Sage handbook of qualitative research in psychology*, 147-164.
- Hill, J. V., & Leeming, D. (2014). Reconstructing 'the alcoholic': recovering from alcohol addiction and the stigma this entails. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(6), 759-771.

- Hinson, J. A., & Swanson, J. L. (1993). Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity. *Journal of Counseling & Development, 71*(4), 465-470.
- Holley, L. C., & Steiner, S. (2005). Safe space: Student perspectives on classroom environment. *Journal of Social Work Education, 41*(1), 49-64.
- Holman, E. A., & Zimbardo, P. G. (2009). The social language of time: The time perspective–social network connection. *Basic and Applied Social Psychology, 31*(2), 136-147.
- Horváth, Zs., Tremkó, M., Fazekas, Z., Tóth, A., Petke, Z., Farkas, J., ... & Urbán, R. (2020). Patterns and temporal change of psychopathological symptoms among inpatients with alcohol use disorder undergoing a twelve-step based treatment. *Addictive Behaviors Reports, 12*, 100302.
- Höschl, C., Winkler, P., & Peěč, O. (2012). The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry, 24*(4), 278-285.
- Hudson, C. G. (2016). A model of deinstitutionalization of psychiatric care across 161 nations: 2001–2014. *International Journal of Mental Health, 45*(2), 135-153.
- Hudson, C. G. (2019). Deinstitutionalization of mental hospitals and rates of psychiatric disability: An international study. *Health & Place, 56*, 70-79.
- Hughes, S., Lewis, S., Willis, K., Rogers, A., Wyke, S., & Smith, L. (2017). The experience of facilitators and participants of long term condition self-management group programmes: a qualitative synthesis. *Patient Education and Counseling, 100*(12), 2244-2254.
- Hulbert, R. J., & Lens, W. (1988). Time perspective, time attitude, and time orientation in alcoholism: A review. *International Journal of the Addictions, 23*(3), 279-298.
- Humphreys, K. (2000). Community narratives and personal stories in Alcoholics Anonymous. *Journal of Community Psychology, 28*(5), 495-506.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health, 46*(1), 3-10.
- Hunter, J. (2013). *Folktale structure as the key to the success of the Harry Potter series*. Albuquerque, New Mexico, USA.: Southwest Popular Culture and American Culture Association.

- Huoranszki, F. (2001). *Modern metafizika*. Budapest: Osiris. Letöltve: 2017. 02. 22. <http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tkt/modern-metafizika/adatok.html>.
- Husserl, E. (1972/1993). A filozófia, mint szigorú tudomány. In E. Husserl: Edmund Husserl válogatott tanulmányai. Budapest: Gondolat, 111-192.
- Husserl, E. (1954/1998). *Az európai tudományok válsága I-II*. Budapest: Atlantisz.
- Husserl, E. (1905/2002). *Előadások az időről*. Budapest: Atlantisz.
- Imazu, Y., Matsuyama, N., Takebayashi, S., Mori, M., & Watabe, S. (2017). Experiences of patients with HIV/AIDS receiving mid-and long-term care in Japan: a qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 99-104.
- Incze, A., Kéri, S., & Szekeres, G. (2018). A magyar pszichiáter identitása. Egy tudományos felmérés tapasztalatai. *Orvosi Hetilap*, 159(2), 58-63.
- Iversen, L. L. (2019). From safe spaces to communities of disagreement. *British Journal of Religious Education*, 41(3), 315-326.
- Ivezić E., Mihanović M., Petrović B., Bogović A., Bodor D., & Požgain I. (2015). Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 11, 585-595.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. New York: Holt. (idézi, Pléh, 2010).
- Jameson, F. (1974). *The prison-house of language: A critical account of structuralism and Russian formalism*. Princeton University Press.
- Jellinek, E. M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics. Analysis of a survey conducted by the official organ of alcoholics anonymous (Memoirs of the section of studies on alcohol). *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7(1), 1–88.
- Jing Y, Cai H, Bond MH, Li Y, Stivers AW, Tan Q. Levels of interpersonal trust across different types of environment: The micro-macro interplay between relational distance and human ecology. *J Exp Psychol Gen.* doi: 10.1037/xge0000997. Epub ahead of print. PMID: 33252977.
- Johnsen, I., & Afgun, K. (2021). Complicated grief and post-traumatic growth in traumatically bereaved siblings and close friends. *Journal of Loss and Trauma*, 26(3), 246-259.
- Jones, C. (2017). *Urban deprivation and the inner city*. London: Routledge.

- Jones, T. (2015). The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care by John Foot – review. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/books/2015/aug/19/man-who-closed-asylums-franco-basaglia-review>. Letöltve: 2022. 05. 23.
- Joyce, M. (2015). Using narrative in nursing research. *Nursing Standard*, 29(38), 36-41.
- Kahnemann, D. (2013). *Gyors és lassú gondolkodás*. Budapest: HVG Kiadó Zrt.
- Kalmár, Z. (2007). Életfilozófiák a 19. és 20. században. In Kerner, A. (szerk) *Filozófia középiskolásoknak*. 87-102. Budapest: Áron Kiadó.
- Kaló, Zs., Kovács, A., **Kiss, D.**, Kassai, Sz., Pados, E. & Rácz, J. (2018). Assessing Qualitative Psychology in Central Europe - Some Preliminary Findings. *SQIP Annual Conference on Qualitative Research Methods*, Pittsburgh, USA.
- Kant, I. (2004). *A tiszta és kritikája*. Budapest: Atlantisz Kiadó.
- Kapócs, G. és Bacsák, D. (2017). Pszichiátria a határon. *Esély*, 1, 72-90.
- Karniol, R. (1996). The Motivational Impact of Temporal Focus: Thinking About the Future and the Past. *Annual Review of Psychology*, 47, 593-620.
- Kassai, S., Pintér, J. N., & Rácz, J. (2015). Recovering helpers in the addiction treatment system in Hungary: an interpretative phenomenological analysis. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata*, 30(4), 372-388.
- Kassai, S., Pintér, J. N., Rácz, J., Böröndi, B., Tóth-Karikó, T., Kerekes, K., & Gyarmathy, V. A. (2017a). Assessing the experience of using synthetic cannabinoids by means of interpretative phenomenological analysis. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1-10.
- Kassai, S., Pintér, J. N., Rácz, J., Erdösi, D., Milibák, R., & Gyarmathy, V. A. (2017b). Using interpretative phenomenological analysis to assess identity formation among users of synthetic cannabinoids. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(5), 1047-1054.
- Kate. (2016). *Why November is a great time to quit drinking*. The Sober School. Retrieved June 24, 2019, from: <http://thesoberschool.com/time-to-quit-drinking/>
- Kehyayan, V., Hirdes, J. P., Tyas, S. L., & Stolee, P. (2015). Residents' self-reported quality of life in long-term care facilities in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 34(2), 149-164.

- Kelemen, G. és B. Erdős, M. (2001). *Az addiktológia horizontja*. Pécs: PTE Egészségügyi Főiskolai Kar.
- Kelemen, G. & B. Erdős, M. (2004). *Craving for Sobriety*. Pécs, The University of Pécs és The Leo Amici 2002 Foundation.
- Kelemen, G. & B. Erdős M. (2003). The role of reintegration rituals in sobriety: A comparative study on recovery and relapse. *Dynamic Psychiatry*, 36, 89–113.
- Kelemen, G. (2012). Az addikciók kezelésének változása a gazdasági világválság idején. *Szociális Szemle*, 1, 6-17.
- Kelemen, G. (2014). The Courage of Subjectivation in Personal Recovery: Foucault's Unfinished Business. *Szociális Szemle*, 7(1), 6-16.
- Kelemen, G. & Mark, M.A. (2016). Jellinek revalued. *Drugs and Alcohol Today*, 16(4), 233-246.
- Kelemen, G., B. Erdős, M., & Csürke, J. (2006). A rupturák, „mismatch”-ek és „mikrodiszszinkronizmusok” és ezek befolyásolásának szerepe a szenvedélybetegek reintegrálásában és a reintegráló szertartásokban= Role of „ruptures”, „mismatches” and microdyssynchronies and their resolutions in the reintegration of chemical dependents and in reintegration ceremonies. OTKA Kutatási Jelentések| OTKA Research Reports. http://real.mtak.hu/128/1/37245_ZJ1.pdf. Letöltve: 2022. 02. 22.
- Kelemen, G., B. Erdos, M. & Madacsy, J. (2007). Voices of sobriety: Exploring the process of recovery through patient testimonials. *Addiction Research & Theory*, 15(2), 127-140.
- Kelemen, G., B. Erdős, M., Brettner, Z., Csürke, J., Csürkéné Mándi, N., Madácsy, J., & Molnár, D. (2013). Pszichoszociális változás és az átalakulás retorikája a tizenkét lépéses mozgalmakban= Psychosocial change and the rhetoric of transformation in Twelve Steps movements. OTKA Kutatási Jelentések| OTKA Research Reports. http://real.mtak.hu/12031/1/68619_ZJ1.pdf. Letöltve: 2022. 02. 22.
- Kelemen, G., B. Erdős, M., Csurke, J., Brettner, Z., & Molnar, D. (2012). Dialogues for sobriety: Health learning in the context of addictions—A Hungarian model. *Practice*, 24(1), 21-39.
- Kelemen, G. (1994). *Az addikciók széles spektruma*. Budapest: Országos Alkohológiai Intézet.

- Kelemen, G. (2001). *Szenvedélybetegség család, pszichoterápia*. Pécs: Pro Pannonia.
- Kelly, C. M., & Jorm, A. F. (2007). Stigma and mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 13-16.
- Kelly, G. (1973). Fixed role therapy. In Jurjevich, R. M. (ed). *Clinical Psychology and Psychotherapy: 28 American originals*, 394-422, University of Miami Press.
- Kelly, J. F., Cristello, J. & Bergman, B. (2018). Integrated 12-step facilitation to promote adolescent mutual-help involvement. In Monti, P. M., Colby, S. M, & Tevyaw, T. O. (eds.) *Brief interventions for adolescent alcohol and substance abuse*. New York: The Guilford Press, 380–402.
- Kendeffy, G. (2007). Patrisztika. In Boros, G. (szerk) *Filozófia*. 254-308. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Kennedy, A., Rogers, A., Bowen, R., Lee, V., Blakeman, T., Gardner, C., ... & Chew-Graham, C. (2014). Implementing, embedding and integrating self-management support tools for people with long-term conditions in primary care nursing: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1103-1113.
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 149-164.
- Kerrison, E. M. (2018). Exploring how prison-based drug rehabilitation programming shapes racial disparities in substance use disorder recovery. *Social Science & Medicine*, 199, 140-147.
- Kesey, K. (1983). *Száll a kaukk fészkére*. Budapest: Európa Könykiadó.
- Kierkegaard, S. A. (2014). *A szorongás fogalma*. Pécs: Jelenkor.
- Kierkegaard, S. A. (1978). *Vagy-vagy*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Kim, J. E., & Zane, N. (2015). Help-seeking intentions among Asian American and White American students in psychological distress: Application of the Health Belief Model. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 22, 311–321.4
- Kim, J. H. (2015). *Understanding narrative inquiry: The crafting and analysis of stories as research*. London: Sage publications.

- Kim, P. Y., & Kendall, D. L. (2015). Etiology beliefs moderate the influence of emotional self-control on willingness to see a counselor through help-seeking attitudes among Asian American students. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 148-158.
- Kirouac, M., Frohe, T., & Witkiewitz, K. (2015). Toward the operationalization and examination of „hitting bottom” for problematic alcohol use: A literature review. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(3), 312-327.
- Kisfalvi, V., & Oliver, D. (2015). Creating and maintaining a safe space in experiential learning. *Journal of Management Education*, 39(6), 713-740.
- Kiss, D.** & Kiss, M. (in press). A narratív pszichológiai elemzés. In Rácz, J. (szerk.). *Kvalitatív pszichológia*.
- Kiss, D.** (2017). *A személyes időperspektíva és a pszichológiai segítségkérés összefüggései*. Szakdolgozat, ELTE, PPK, Budapest.
- Kiss, D.**, Horváth, Z., Kassai, S., Gyarmathy, A. V., & Rácz, J. (2021). Folktales of Recovery—From Addiction to Becoming a Helper: Deep Structures of Life Stories Applying Propp’s Theory: A Narrative Analysis. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1-12.
- Kiss, D.**, Horváth, Zs., Kassai, Sz. & Rácz, J. (2019). Felépülési népmesék – a függőségtől a segítőtve válásig: élettörténetek mélystruktúrája Propp narratémái alapján. *Magyar Addiktológiai Társaság, XII. Kongresszus*, Siófok, Magyarország.
- Kiss, D.**, Horváth, Zs., Kassai, Sz. & Rácz, J. (2021). Folktales of recovery – from addiction to becoming a helper: deep structures of life stories applying Propp’s theory: a narrative analysis. *Qualitative Research in Psychology in Europe (EQuiP)*, Thessaloniki, Greece.
- Kiss, D.**, Pados, E., Kovács, A., Mádi, P., Dervalics, D., Bittermann, É., ... & Rácz, J. (2021). „This is not life, this is just vegetation” - Lived experiences of long-term care in Europe's largest psychiatric home: An interpretative phenomenological analysis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-10.
- Kiss, D.**, Szél, Z., Gyarmathy, A. V., & Rácz, J. (2020). Associations of time perspectives and attitudes towards seeking professional psychological help. *Polish Psychological Bulletin*, 51(1), 62-70.

- Knieper, A. J. (1999). The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 353-364.
- Koelemeijer, G. S., Janssen, F. J. J. M., & Kop, P. M. (2017). Shaping Mathematics into Stories by means of Propp's Narratemes. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 14(2), 657-669.
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of counseling psychology*, 47(1), 138-143.
- Konrád, Gy. (1967). *A francia új regény*. Budapest: Európa.
- Kougiali, Z. G., Fasulo, A., Needs, A., & Van Laar, D. (2017). Planting the seeds of change: Directionality in the narrative construction of recovery from addiction. *Psychology & Health*, 32(6), 639-664.
- Kovács, A. & Kiss, D. (2019). Meeting the mysterious mad lady of my childhood - experience of a researcher at a psychiatry, *Phenomenology of Health and Relationships*, Birmingham, UK.
- Kovács, A., Kiss, D., Kassai, S., Pados, E., Kaló, Z., & Rácz, J. (2019). Mapping qualitative research in psychology across five Central-Eastern European countries: Contemporary trends: A paradigm analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 16(3), 354-374.
- Kovács, A., Mezőfi, V., Gyarmathy, V. A., & Rácz, J. (2020). Rehabilitation From Addiction and Chronic Illnesses: A Comparative Analysis of the Narratives of Hungarian Patients. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(1), 65-80.
- Kovács, A., Kassai, Sz. & Rácz, J. (in press). Interpretatív Fenomenológiai Analízis bemutatása és példakutatása: a kábítószer használókból empátiikus segítők. In Rácz, J. (szerk.). *Kvalitatív pszichológia*.
- Kövér, Á. (1987). Gerevich József: Terápiák társadalm a — társadalmak terápiája. *Módszertani füzetek /1. Könyvekről.* 62-64. http://www.epa.hu/02600/02699/00018/pdf/EPA02699_modszertani_fuzetek_1987_01_062-064.pdf. Letöltve: 2022. 02. 04.

- Kőváry, Z. (2017). „A létezés lényegét illetően történeti.” Az élettörténeti megközelítés jelentősége a klinikai munkában és a pszichológusok képzésében. *Imágó Budapest*, 6(2), 53-70.
- Krupchanka, D., & Winkler, P. (2016). State of mental healthcare systems in Eastern Europe: do we really understand what is going on? *BJPsych International*, 13(4), 96-99.
- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins J. et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Kunitoh, N. (2013). From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(6), 384-396.
- Kuuse, R., Zsuzsa, K., Titterton, M., & Bugarszki, Z. (2021). Deinstitutionalisation and re-communalisation in Estonia and Hungary: a tale of two states. *European Journal of Social Work*, 24(6), 964-977.
- Labov, W. (1967). Narrative analysis: Oral version of personal experience. In Helm, J. (ed.) *Essays on the verbal and visual arts*. Seattle: American Ethnological Society, 12–44.
- Laing, R. D. (1965). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Penguin Books. London: UK.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). Conceptual metaphor in everyday language. *The Journal of Philosophy*, 77(8), 453-486.
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., Abraham, W. T., & Heath, P. J. (2016). Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health information?. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 351-358.
- Larkin, M., & Griffiths, M. D. (2002). Experiences of addiction and recovery: The case for subjective accounts. *Addiction Research & Theory*, 10(3), 281-311.
- László, J. (2000). *Pszichológiai Kutatóintézet*. Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Kutatóintézet. Magyar Tudományos Akadémia. http://real-eod.mtak.hu/6773/1/Pszichologiai_Kutatointezet_000974010.pdf. Letöltve: 2022. 02. 21.

- László, J. (2004). Narrative Psychology's Contribution to the Second Cognitive Revolution. *Journal of Cultural and Evolutionary Psychology*, 2(3-4), 337-354.
- László, J. (2005a). A narratív pszichológiai tartalomelemzés. *Magyar Tudomány*, 11, 1366-1376.
- László, J. (2005b). *A történetek tudománya. Bevezetés a narratív pszichológiába*. Új Mandátum: Budapest.
- László, J. (2008). Narratív pszichológia. *Pszichológia*, 28(4), 301-317.
- László, J. (2011). A tudományos narratív pszichológiai tartalomelemzés és a pszichológiai tartalomelemzés hagyományai. *Pszichológia*, 31(1), 3-15.
- László, J., Ehmann, B., Pólya, T., & Péley, B. (2007). Narrative psychology as science. *Empirical Text and Culture Research*, 3, 1-13.
- Laureiro-Martinez, D., Trujillo, C. A., & Unda, J. (2017). Time perspective and age: A review of age associated differences. *Frontiers in psychology*, 8, 101.
- Lederman, L. C., & Menegatos, L. M. (2011). Sustainable recovery: The self-transformative power of storytelling in Alcoholics Anonymous. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 6(3), 206-227.
- Lefèvre, H. K., Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Leclerc, V., Laszcz, A., Gorwood, P., & Bungener, C. (2019). Time perspective differences between depressed patients and non-depressed participants, and their relationships with depressive and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 246, 320-326.
- Légmán, A. (2011a): Állandóság vagy átalakulás? A magyar pszichiátriai ellátórészerről. *Replika*, (74): 169–185.: <http://replika.hu/replika/74-08>.
- Légmán, A. (2011b). *Az örület és az örültek helye a társadalomban*. Doktori disszertáció. Pécs: PTE BTK. <http://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/14758/legman-anna-phd-2012.pdf> (Letöltve: 2022. 01. 13.).
- Leibniz, G. W. & Clarke, S. (1956). The Leibniz-Clarke correspondence. In Radcliffe, E. S., McCarty, R., Allhoff, F. & Anand Vaidya (eds) *Late Modern Philosophy: Essential Readings with Commentary*. Blackwell, Oxford. (idézi, Boros, 2007b).

- Lens, W., Paixao, M. P., Herrera, D., & Grobler, A. (2012). Future time perspective as a motivational variable: Content and extension of future goals affect the quantity and quality of motivation. *Japanese Psychological Research*, 54(3), 321-333.
- Levine, R. (1997). *A Geography of Time: The Temporal Misadventures of a Social Psychologist, or How Every Culture Keeps Time Just a Little Bit Differently*. New York: Basic Books.
- Lewin, K. (1942). Time Perspective and Morale. In Watson, G. (ed) *Civilian Morale: Second Yearbook of the S.P.S.S.L*. Houghton Mifflin, Boston. (idézi Zimbardo és Boyd, 2012)
- Lewis, R., Sharp, E., Remnant, J., & Redpath, R. (2015). 'Safe spaces': experiences of feminist women-only space. *Sociological Research Online*, 20(4), 105-118.
- Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J. A. (2018). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 42-58.
- Lieblich, A. E., McAdams, D. P., & Josselson, R. E. (2004). *Healing plots: The narrative basis of psychotherapy*. American Psychological Association.
- Liebrechts, N., van der Pol, P., de Graaf, R., van Laar, M., van den Brink, W., & Korf, D. J. (2015). Persistence and desistance in heavy cannabis use: the role of identity, agency, and life events. *Journal of Youth Studies*, 18(5), 617-633.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 4(2), 97-128.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA Surgery*, 152(3), 292-298.
- Loder, E. (2009). Alcoholics Anonymous: "The Big Book". *BMJ*, 339, 43-87.
- Long-Suthehall, T., Sque, M., & Addington-Hall, J. (2011). Secondary analysis of qualitative data: a valuable method for exploring sensitive issues with an elusive population?. *Journal of Research in Nursing*, 16(4), 335-344.

- Lynch, L., Long, M., & Moorhead, A. (2018). Young men, help-seeking, and mental health services: exploring barriers and solutions. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 138-149.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10, 574–582.
- Madácsy, J. (2011). Insights into the world of Alcoholics Anonymous in Hungary. Some Results of an Empirical Research. *Acta Sociologica–Pécsi Szociológiai Szemle*, 4(1), 55-60.
- Madácsy, J. (2013). „A mélypont ünnepéje” – Az Anonim Alkoholisták közössége Magyarországon. Doktori Értekezés, Pécs: Pécsi Tudományegyetem. <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/16066/madacsy-jozsef-phd-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Letöltve: 2022. 02. 21.
- Madson, S. K. (1993). Patient self-determination act: Implications for long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 19(2), 15-18.
- Makkos, Z., Kováts, T., & Gaál, P. (2019). Antipszichotikum gyógyszerkiváltási adatok és szkizofrén betegek pszichiátria ellátórendszer-ben való megjelenésének elemzése. *Neuropsychopharmacol Hung*, 21(4), 164-169.
- Málovics É., Vajda B. & Kuba P., (2009): Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos beteg kommunikációról. In (Hetsi, E., Majó, Z. & Lukovics, M., szerk.) *A szolgáltatások világa*. Szeged: JATE Press, 250–264.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760.
- Mann, T. (1939/1956). Bevezetés „A varázshegy” olvasásához. In Gera, Gy. (szerk) *Válogatott tanulmányok*, 407-423, Magvető Könyvkiadó, Budapest.
- Mann, T. (1960). *A varázshegy, I-II*. Budapest: Európa Könyvkiadó.
- Mann, T. (1970). *Thomas Mann művei, XI*, Budapest: Magyar Helikon.
- Manser, A. (1989). Sartre on Temporality. *Journal of British Society for Phenomenology*, 20(1), 23-32.

- Marks, S., & Savelli, M. (2015). *Psychiatry in communist Europe*. London: Palgrave Macmillan.
- Marlatt, G. A., & Fromme, K. (1987). Metaphors for addiction. *Journal of Drug Issues*, 17(1), 9-28.
- Martinez, A. B., Co, M., Lau, J., & Brown, J. S. (2020). Filipino help-seeking for mental health problems and associated barriers and facilitators: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(11), 1397-1413.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 11(3), Art. 8. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs100387>. Letöltve: 2022. 03. 09.
- Masuda, A., & Boone, M. S. (2011). Mental health stigma, self-concealment, and help-seeking attitudes among Asian American and European American college students with no help-seeking experience. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 33(4), 266-279.
- Marosi Máday, I. (1995). *Individuálpszichológia*. Budapest: Magyar Individuálpszichológiai Egyesület.
- McAdams, D. P. & Guo, J. (2015). Narrating the generative life. *Psychological Science*, 26(4), 475-483.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122.
- McAdams, D. P. (2006). The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(2), 109-125.
- McAdams, D. P., & McLean. K. C. (2013). Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 233–38.
- McIntosh, J., & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1501-1510.
- McNulty, T. L., Oser, C. B., Aaron Johnson, J., Knudsen, H. K., & Roman, P. M. (2007). Counselor turnover in substance abuse treatment centers: An organizational-level analysis. *Sociological Inquiry*, 77(2), 166-193.
- McTaggart, J. (1908). The unreality of time. *Mind*, 17(68), 457-474.
- Merleau-Ponty, M. (2014). *Az észlelés fenomenológiája*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.

- Messing, V., & Molnár, E. (2011). Bezáródó kapcsolati hálók: szegény roma háztartások kapcsolati jellemzői. *Esély*, 22(5), 47-74.
- Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507-524.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147-172.
- Molnár, D. (2016). *Kábítószer-politika Magyarországon 1990 és 2014 között*. Doktori Értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem. <https://idi.btk.pte.hu/dokumentumok/disszertaciok/molnardanielphd.pdf>. Letöltve: 2022. 02. 22.
- Moorkath, F., Vranda, M. N., & Naveenkumar, C. (2018). Lives without roots: Institutionalized homeless women with chronic mental illness. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(5), 476-481.
- Morkel M. (2007). Madness as mental illness or mental illness as madness: mental illness as constructed by young professionals. Magister Artium Clinical Psychology in the Faculty of Humanities University Of Pretoria. <https://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/27040/dissertation.pdf?sequence=1>. Letöltve: 2022. 02. 05.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Morrow, S. L., & Smith, M. L. (2000). Qualitative research for counseling psychology. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology*, John Wiley & Sons, Inc.. 199-230.
- Muhabat, F., Mangrio, R. A., Kazemian, B., Sadia, S., & Noor, M. (2015). Arabic Fairy-Tales: An Analysis of Hatim Tai's Story within Propp's Model. *Communication and Linguistics Studies*, 1(2), 21-25.
- Mundt A. P. & Konrad, N. (2019) Institutionalization, deinstitutionalization, and the Penrose hypothesis. In Fountoulakis, K. N. & Javed, A. (eds.) *Adv Psychiatry*. 187-196. Cham, Switzerland: Springer.

- Mundt A. P. (2019) Asylums and deinstitutionalization: The Penrose hypothesis in the twenty-first century. In Völlm, B. & Braun, P. (eds.) *Long-Term Forensic Psychiatric Care*, 7-13. Cham, Switzerland: Springer.
- Murphy, K. (2007). A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 477-485.
- Nagy, Zs. (2016). Józanságmunka és felépülés függő társadalmakban. *Korunk*, 11, 11-19.
- Narcotics Anonymous World Services (1982). *Narcotics Anonymous*. California, Chatsworth.
- Naz, G. M. Correlating social factors and HIV-related stigma of rural residents in Sorsogon, Philippines. *Age*, 18, 24.
- Németh, A. (2019). Kiegész összefüggése a munkahelyen elszenvedett agresszióval és a munkahelyi konfliktussal. In Németh, Ujhelyiné és Irinyi (szerk.) A magyar egészségügyi szakdolgozói kamara Csongrád megyei területi szervezetének 15! évi jubileumi kiadása, 142-147.
- Newton, I. (1981). *A Principiából és az Optikából*. Bukarest: Kriterion. (idézi, Boros, 2007b)
- Nolan-Hoeksema, S. (1991). Responses to Depression and Their Effect on the Duration of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Norman, S. és mtsai (2005). *Families and mental disorder: From burden to empowerment*. John Wiley & Sons, New Jersey, US.
- Notley, C., & Collins, R. (2018). Redefining smoking relapse as recovered social identity—secondary qualitative analysis of relapse narratives. *Journal of Substance Use*, 23(6), 660-666.
- Novella, E. J. (2010). Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: a retrospective and prospective view. *Health Care Analysis*, 18(3), 222-238.
- Nuske, E., & Hing, N. (2013). A narrative analysis of help-seeking behaviour and critical change points for recovering problem gamblers: The power of storytelling. *Australian Social Work*, 66(1), 39-55.
- Nuttin, J. R. (1964). The future time perspective in human motivation and learning. *Acta Psychologica*, 23, 60-82.

- OECD (2009). OECD health data 2009, OECD. For briefing note on Hungary. <http://www.oecd.org/dataoecd/43/20/40904982.pdf>. Letöltve: 2022. 02. 04. (idézi Turnpenny és mtsai, 2018.)
- Oksanen, A. (2012). To hell and back: Excessive drug use, addiction, and the process of recovery in mainstream rock autobiographies. *Substance Use & Misuse*, 47(2), 143-154.
- O'Neill, P. (2002). Tectonic change: The qualitative paradigm in psychology. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 43(3), 190-194.
- Ornstein, R. E. (1970). *On the experience of time*. Baltimore: Penguin Books.
- Orosz, G. & Dombi, E. (2014). Testkép és időperspektíva kapcsolata. In Csiszár, I. & Kőmíves, P. M. (szerk) *Tavaszi szél Konferenciakötet*. 283-291. Doktoranduszok Országos Szövetsége, Debrecen.
- Orosz, G., & Roland-Lévy, C. The Core Structure of Zimbardo Time Perspective Inventory: a Hungarian Validation. *Time & Society* (in press).
- Orosz, G., Dombi, E., Tóth-Király, I., & Roland-Lévy, C. (2015). The less is more: the 17-item zimbardo time perspective inventory. *Current Psychology*, 36(1), 1-9.
- Orosz, G., Dombi, E., Tóth-Király, I., Böthe, B., Jagodics, B., & Zimbardo, P. G. (2016). Academic cheating and time perspective: Cheaters live in the present instead of the future. *Learning and Individual Differences*, 52, 39-45.
- Ortega y Gasset, J. (1983). *Goya*. Budapest: Helikon Kiadó.
- Pados, E., Kovács, A., **Kiss, D.**, Kassai, S., Kapitány-Fövény, M., Dávid, F., ... & Rácz, J. (2020). Voices of Temporary Sobriety—A Diary Study of an Alcohol-Free Month in Hungary. *Substance Use & Misuse*, 55(5), 839-850.
- Palagyi, A., Keay, L., Harper, J., Potter, J., & Lindley, R. I. (2016). Barricades and brickwalls—a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1-11.
- Pals, J. L., & McAdams, D. P. (2004). The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1) 65-69.
- Pascal, B. (2015). *Gondolatok*. Szeged: Lazi Kiadó.

- Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative Social Work*, 1(3), 261-283.
- Pátrovics, P. (2015). Nyelvi időkép és idő-attitűdök. *Magyar Nyelv*, 111(4), 433-448.
- Péley, B. (2002). *Rítus és történet. Beavatás és kábítószeres létezmód*. Új Mandátum. Budapest.
- Perry, B. L., & Pescosolido, B. A. (2015). Social network activation: the role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Social Science & Medicine*, 125, 116-128.
- Peterson, R. A. (2001). On the use of college students in social science research: Insights from a second-order meta-analysis. *Journal of Consumer Research*, 28(3), 450-461.
- Petke, Zs. & Tremkó, M. (2018). *Felépülés a függőségből: szerencsejáték és szerhasználat*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Petke, Zs. (2012). *Buprenorphine/naloxone szubsztitúciós kezelés alatt álló opiátfüggők pszichoszociális tüneteinek változásai*. Doktori Disszertáció. Budapest: Semmelweis Egyetem. <http://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/340/petkezsd oi.pdf?sequence=1>. Letöltve: 2022. 02. 21.
- Petke, Zs. (2018). A függőség felépülés-központú megközelítése. In Petke, Zs. & Tremkó, M. (szerk.). *Felépülés a függőségből: szerencsejáték és szerhasználat*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Petke, Zs., Csorba, J., Mészáros, J., Vingender, I., Farkas, J., Demetrovics, Z., ... & Racz, J. (2012). Changes in psychosocial symptoms of opiate users over six months with buprenorphine/naloxone substitution therapy. *Official Journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, 14(1), 7-17.
- Petty, N. J., Thomson, O. P., & Stew, G. (2012). Ready for a paradigm shift? Part 1: Introducing the philosophy of qualitative research. *Manual Therapy*, 17(4), 267-274.
- Peyrot, M. (1985). Narcotics Anonymous: Its history, structure, and approach. *International Journal of the Addictions*, 20(10), 1509-1522.
- Phillips, D. L. (1963). Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. *American Sociological Review*, 28(6), 963-972.

- Phindane, P. (2014.) The structural analysis of sesotho folktales: Propp's approach. *Southern African Journal for Folklore Studies* 24(2),122-133.
- Picco, L., Abdin, E., Chong, S. A., Pang, S., Shafie, S., Chua, B. Y., ... & Subramaniam, M. (2016). Attitudes toward seeking professional psychological help: Factor structure and socio-demographic predictors. *Frontiers in Psychology*, 7, 547.
- Pierceall, E. A., & Keim, M. C. (2007). Stress and coping strategies among community college students. *Community College Journal of Research and Practice*, 31(9), 703-712.
- Pilinszky, J. (1966). Hétköznapok. *Új Ember*, 1, 1. <https://konyvtar.dia.hu/html/muvek/PILINSZKY/pilinszky00373/pilinszky00658/pilinszky00658.html>. Letöltve: 2022. 03. 15.
- Pintér, J. N. (2011). *A nem múltó jelen: trauma és nosztalgia*. Doktori Disszertáció. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar. https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/44916/Kd_12118.pdf. Letölve: 2022. 08. 08.
- Pintér, J. N. & Kiss, D. (in press). Filozófiai háttér. In Rácz, J. (szerk.). *Kvalitatív pszichológia*.
- Pinto, M. D., Hickman, R. L., & Thomas, T. L. (2014). Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH) An Examination Among Adolescent Girls. *Western Journal of Nursing Research*, 37(12), 1644-1661.
- Pirhonen, J., & Pietilä, I. (2015). Patient, resident, or person: Recognition and the continuity of self in long-term care for older people. *Journal of Aging Studies*, 35, 95-103.
- Platón (1984). *Összes művei 1-3. kötet*. Budapest: Európa Könyvkiadó. (idézi, Bene, 2007).
- Pléh, Cs. (2010). *A lélektan története*. Budapest: Osiris.
- Pléh, Cs. (2012). Narratív szemlélet a pszichológiában: az elbeszélés mint átfogó metateória. *Iskolakultúra*, 22(3), 3-24.
- Pléh, Cs. (2015). *A tanulás és gondolkodás keretei. A népi pszichológiától a gépi pszichológiáig*. Budapest: Typotex.
- Polletta, F. (1999). „Free spaces” in collective action. *Theory and Society*, 28(1), 1-38.
- Pólya, T. (2004). A narratív perspektíva hatása az elbeszélő személy észlelésére. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59(3), 377-395.

- Pólya, T. (2014). *Történetszerkezet mint az érzelmi intelligencia indikátora*. X. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia, Szeged. http://real.mtak.hu/12942/1/MSZNY2014_polya.pdf. Letöltve: 2022. 02. 21.
- Pólya, T., & Gábor, K. (2010). *Linguistic structure, narrative structure and emotional intensity*. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.309.2077&rep=rep1&type=pdf#page=28>. Letöltve: 2022. 02. 21.
- Pólya, T., & Kovács, I. (2011). Történetszerkezet és érzelmi intenzitás. *Pszichológia*, 31(3), 273-294.
- Pólya, T., Kis, B., Naszódi, M. & László, J. (2005). Az érzelmi tapasztalat minősége az élettörténeti elbeszélésben. *Pszichológia*, 25(2), 143-155.
- Polya, T., Laszlo, J., & Forgas, J. P. (2005). Making sense of life stories: The role of narrative perspective in perceiving hidden information about social identity. *European Journal of Social Psychology*, 35(6), 785-796.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Ponterotto, J. G. (2010). Qualitative research in multicultural psychology: Philosophical underpinnings, popular approaches, and ethical considerations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(4), 581-589.
- Ponterotto, J.G., Park-Taylor, J. & Chen, E.C. (2017). Qualitative research in counselling and psychotherapy: history, methods, ethics, and impact'. In Willig, C. & Rogers, S-W. (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, Sage, London, 298–522.
- Presser, L., & Sandberg, S. (2015). *Research strategies for narrative criminology*. *Qualitative Research in Criminology*, London: Routledge, 1-85.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., ... & Wright, D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573.
- Priest, A. (2020). Doing Mixed Methods Research. Combining Outcome Measures with Interviews. In Bager-Charleson, S. & McBeath, A. (eds.), *Enjoying Research in Counselling and Psychotherapy*, Palgrave Macmillan, Cham, 213-238.

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.
- Propp, V. (2010). *Morphology of the folktale*, Vol. 9. Austin, Texas, USA.: University of Texas Press.
- Proust, M. (1983). *Az eltűnt idő nyomban I-III*. Budapest: Európa.
- Proust, M. (1995). *Az eltűnt idő nyomában IV-VIII*. Budapest: Atlantisz.
- Rank, O. (1924/2017). *A születés traumája*. Budapest: Oriold és Társai.
- Rácz, J. (2006). *Kvalitatív droggutatások: kvalitatív kutatások budapesti droghasználók között*. Budapest: L'Harmattan.
- Rácz, J. (2019). Felépülés a függőségből. *LAM, 29*(8-9), 402-407.
- Rácz, J., Kassai, Sz. & Pintér, J. N. (2016). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása: Szakirodalmi összefoglalás. *Magyar Pszichológiai Szemle, 71*(2), 313–36.
- Rácz, J., Kovács, A. & Kassai, Sz. Interpretatív Fenomenológiai Analízis. In Rácz, J. (szerk.) *Kvalitatív pszichológia* (in press).
- Rácz, J., Csák, R., & Lisznyai, S. (2015). Transition from „old” injected drugs to mephedrone in an urban micro segregate in Budapest, Hungary: a qualitative analysis. *Journal of Substance Use, 20*(3), 178-186.
- Rácz, J., Kassai, S., Pintér, J. N., Benedeczki, P., Dobó-Nagy, Z., Horváth, Z., & Gyarmathy, V. A. (2015). The therapeutic journeys of recovering helpers-an interpretative phenomenological analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction, 13*(6), 751-757.
- Rafalovich, A. (1999). Keep coming back! Narcotics Anonymous narrative and recovering-addict identity. *Contemporary Drug Problems, 26*(1), 131-157.
- Rani, K. J., & Gayatri Devi, S. (2018). Cognitive Behaviour Therapy as a Tool to Enhance Mental Health of Institutionalized Elderly. *Indian Journal of Gerontology, 32*(1), 36-50.
- Rayan, A., & Jaradat, A. (2016). Stigma of mental illness and attitudes toward psychological help-seeking in Jordanian university students. *Research in Psychology and Behavioral Sciences, 4*(1), 7-14.

- Reay, D. (2015). Habitus and the psychosocial: Bourdieu with feelings. *Cambridge Journal of Education*, 45(1), 9-23.
- Reichenbach, H. (1928). *Philosophie der Raum-Zeit-Lehre*. Berlin-Lepzig: de Gruyter. (idézi, Ambrus, 2007).
- Reith, G., & Dobbie, F. (2012). Lost in the game: Narratives of addiction and identity in recovery from problem gambling. *Addiction Research & Theory*, 20(6), 511-521.
- Rennie, D. L., Watson, K. D., & Monteiro, A. (2000). Qualitative research in Canadian psychology. In *Forum qualitative sozialforschung/forum: qualitative social research* (Vol. 1, No. 2).
- Richmond, H. J. (2002). Learners' lives: A narrative analysis. *The Qualitative Report*, 7(3), 1-14.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 35-39.
- Ricœur, P. (1983). *Temps et récit I*. Paris: Éditions du Seuil. (idézi, Ulmann, 2007c)
- Ricoeur, P. (1985). *Temps et récit, tome III*. Paris: Editions du Seuil. (idézi, Ulmann, 2007c).
- Ricoeur, P. (2001). A szöveg mint modell: a hermeneutikai megértés. *Lettre*, 42. <http://www.c3.hu/scripta/lettre/lettre42/ricoeur.htm>.
- Robila, M., & Krishnakumar, A. (2004). The role of children in Eastern European families. *Children & Society*, 18(1), 30-41.
- Rodriguez, L., & Smith, J. A. (2014). 'Finding your own place': an interpretative phenomenological analysis of young men's experience of early recovery from addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(4), 477-490.
- Rodriguez-Morales, L. (2017). In your own skin: The experience of early recovery from alcohol-use disorder in 12-step fellowships. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35(4), 372-394.
- Roets-Merken, L. M., Vernooij-Dassen, M. J., Zuidema, S. U., Dees, M. K., Hermsen, P. G., Kempen, G. I., & Graff, M. J. (2016). Evaluation of nurses' changing perceptions when trained to implement a self-management programme for dual sensory impaired older adults in long-term care: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(11), 131-122.

- Rogers, C. (2010). *Valakivé válni*. Budapest: Edge 2000 Kft.
- Romero, A. J., Edwards, L.M., Bauman, S. & Ritter, M.K. (2013). *Preventing adolescent depression and suicide among Latinas: Resilience research and theory*. Berlin: Springer Science & Business Media.
- Rose-Ackerman, S. (2001). Trust and honesty in post-socialist societies. *Kyklos*, 54(2-3), 415-443.
- Rossman, G.B. & Rallis S.F. (2003). Qualitative research as learning. In Rossman, G.B. & Rallis, S. F. (eds.), *Learning in the field: an introduction to qualitative research*, Sage, London, 1–30.
- Rothspan, S., & Read, S. J. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology*, 15(2), 131-134.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1-28.
- Rotter, J. B. (1967). A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35(4), 651-665.
- Rönnlund, M., Del Missier, F., Mäntylä, T., & Carelli, M. G. (2019). The fatalistic decision maker: time perspective, working memory, and older adults' decision-making competence. *Frontiers in Psychology*, 20, 38.
- Russel, B. (1984). *Collected papers of Bertrand Russel. Theory of Knowledge*. UK: Unwin Hyman.
- Rüsch, N., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Corrigan, P. W., & Rössler, W. (2014). Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23, 177–187.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sacks, O. (2004). *A tudatfolyam sodrában*. 2000 (11). Letöltve: 2017. 02. 22. <http://ketezer.hu/2004/11/a-tudatfolyam-sodraban/>.
- Sacks, O. (2022). *A férfi, aki kalapnak nézte a feleségét - és más orvosi történetek*. Budapest: Park Könyvkiadó.

- Safranski, R. (2017). *Idő – Amit velünk tesz, és amivé mi tesszük*. Budapest: Typotex.
- Sajó, D. (2017). *Indul az alkoholmentes November*. Index, November 1. Retrieved: June 24, 2019, from: http://index.hu/kultur/életmod/2017/11/01/szaraz_november/.
- Salaheddin, K., & Mason, B. (2016). Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 66(651), 686-692.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183.
- Sani, F. (2010). *Self continuity: Individual and collective perspectives*. Psychology Press.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S. L., ... & Stein, M. B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3), 357-364.
- Sartre, J. P. (1943/2006). *A lét és a semmi*. Budapest: L'Harmattan.
- Sartre, J. P. (1960/1966). Az egzisztenciális pszichoanalízis. In Köpeczi, B. (szerk.) *Az egzisztencializmus*. Budapest: Gondolat.
- Schaefer, A. W. (1990.) *Escape from intimacy: Untangling the love addictions: Sex, romance, relationships*. New York, USA.: Harper Collins.
- Schopenhauer, A. (1991). *A világ mint akarat és képzet*. Budapest: Európa.
- Schwartz, S. H., Bardi, A., & Bianchi, G. (2000). Value adaptation to the imposition and collapse of communist regimes in East-Central Europe. In J. Duckitt & S. A. Renshon (eds.), *Political psychology: Cultural and cross cultural foundations*. Macmillan., UK, 217-237.
- Scott, S. (2011). *Total institutions and reinvented identities*. Cham, Switzerland: Springer.
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual review of medicine*, 23(1), 407-412.
- Sexton, T. L. (1996). The relevance of counseling outcome research: Current trends and practical implications. *Journal of Counseling & Development*, 74(6), 590-600.
- Shakespeare, W. (1981). *IV. Henrik*. Debrecen: Európa könyvkiadó.
- Simmons, D. (2017). Implementing sociometry in a long-term care institutional setting for the elderly: Exploring social relationships and choices. *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy*, 65(1), 85-98.

- Simons, J., Vansteenkiste, M., Lens, W., & Lacante, M. (2004). Placing motivation and future time perspective theory in a temporal perspective. *Educational Psychology Review, 16*(2), 121-139.
- Simpson, C. J., Hyde, C. E., & Faragher, E. B. (1989). The chronically mentally ill in community facilities: a study of quality of life. *The British Journal of Psychiatry, 154*(1), 77-82.
- Smallheer, B. A., & Dietrich, M. S. (2019). Social support, self-efficacy, and helplessness following myocardial infarctions. *Critical Care Nursing Quarterly, 42*(3), 246-255.
- Smith J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis: getting at lived experience. *The Journal of Positive Psychology, 12*(3), 303-304.
- Smith J.A. & Osborn M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In Smith J.A., (ed.) *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods*. 2nd ed. London: Sage.
- Smith J.A., Flowers P., Larkin M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. Thousand Oaks, United States: Sage.
- Song Y., Scales K., Anderson R.A., Wu B., et al. (2018). Resident challenges with daily life in Goffman E. & Helmreich W.B. (2017) on the characteristics of total institutions. In Goffman E., (ed). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Routledge.
- Sreenivas, D. (2010.) *Structure of narratives: Applying Propp's folktale morphology to entertainment-education films*. México: University of New Mexico.
- Stanilov, K. (2007). Taking stock of post-socialist urban development: a recapitulation. In Stanilov, K. (ed.), *The post-socialist city: urban form and space transformations in central and eastern Europe after socialism*, Springer, Berlin, 3–17.
- Stenning, A., & Hörschelmann, K. (2008). History, geography and difference in the post-socialist world: or, do we still need post-socialism?. *Antipode, 40*(2), 312-335.
- Stepurko, T., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Services Research, 16*(1), 1-13.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., ... & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair

- hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped?. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92.
- Stott, A., & Priest, H. (2018). Narratives of recovery in people with coexisting mental health and alcohol misuse difficulties. *Advances in Dual Diagnosis* 11(1), 16–29.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ... & Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.
- Strobbe, S., & Kurtz, E. (2012). Narratives for recovery: personal stories in the ‘Big Book’ of Alcoholics Anonymous. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7(1), 29-52.
- Strozier, C. B. (1976). Disciplined subjectivity and the psychohistorian: a critical look at the work of Erik H. Erikson. *The Psychohistory Review*, 5(3), 28-31.
- Stubnya, G., Nagy, Z., Lammers, C. H., Rihmer, Z., & Bitter, I. (2010). Deinstitutionalization in Europe: two recent examples from Germany and Hungary. *Psychiatria Danubina*, 22(3), 406-412.
- Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Pang, S., Shafie, S., Vaingankar, J., ... Chong, S. (2017). Stigma towards people with mental disorders and its components – a perspective from multi-ethnic Singapore. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), 371-382.
- Surgenor, L. J. (1985). Attitudes toward seeking professional psychological help. *New Zealand Journal of Psychology*, 14(1), 27-33.
- Svensson, S., Cartwright, A., & Balogh, P. (2017). Solidarity in the treatment of mental illness in Hungary: A case study of the Awakenings Foundation as a vehicle for change.
http://regscience.hu:8080/jspui/bitstream/11155/1483/1/balogh_solidarity_treatment_2017.pdf. Letöltve: 2022. 02. 04.
- Symon, G., Cassell, C., & Johnson, P. (2018). Evaluative practices in qualitative management research: A critical review. *International Journal of Management Reviews*, 20(1), 134-154.
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113-118.

- Szél, Z., Kiss, D., Török, Z., & Gyarmathy, V. A. (2019). Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. *Journal of Homosexuality*, 67(10), 1429-1446.
- Szokolszky, A. (2016). Hungarian psychology in context. Reclaiming the past. *Hungarian Studies. A Journal of the International Association for Hungarian Studies and Balassi Institute*, 30(1), 17-56.
- Takács, F. (2018). Egy pszichiátriai intézet válaszai a késő modern kor kihívásaira. *REPLIKA*, (108-09), 97-116.
- Talasilahti, T. (2015). Finnish Older Patients with Schizophrenia-Antipsychotic Use, Psychiatric Admissions, Long-Term Care and Mortality. Academic Dissertation. Tampere: Tampere University Press. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98095/978-951-44-9935-7.pdf?sequence=1>. Letöltve: 2022. 02. 04.
- Tanuseputro, P., Chalifoux, M., Bennett, C., Gruneir, A., Bronskill, S. E., Walker, P., & Manuel, D. (2015). Hospitalization and mortality rates in long-term care facilities: Does for-profit status matter?. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 874-883.
- Tatzer, V. C. (2019). Narratives-in-action of people with moderate to severe dementia in long-term care: Understanding the link between occupation and identity. *Journal of Occupational Science*, 26(2), 245-257.
- Telegdi, Á. (2004). Kant időfelfogása. *Kellék* (24). Letöltve: 2017. 02. 22. <http://www.epa.hu/01100/01148/00019/11telegdi.htm>
- Thomas, S. J., Caputi, P., & Wilson, C. J. (2014). Specific attitudes which predict psychology students' intentions to seek help for psychological distress. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 273-282.
- Thompson, E. P. (1990). Az idő, a munkafegyelem és az ipari kapitalizmus. In Gellériné Lázár, M. (szerk.) *Időben élni. Történeti-szociológiai tanulmányok*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 60–116.
- Timár, J. (2004). More than Anglo-American', it is Western': hegemony in geography from a Hungarian perspective. *Geoforum*, 35(5), 533-538.
- Ting, J. Y., & Hwang, W. C. (2009). Cultural influences on help-seeking attitudes in Asian American students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 125-132.

- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Topkaya, N. (2014). Gender, Self-Stigma, and Public Stigma in Predicting Attitudes toward Psychological Help-Seeking. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 14(2), 480-487.
- Topkaya, N. (2015). Factors Influencing Psychological Help Seeking in Adults: A Qualitative Study. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 15(1), 21-31.
- Torregrossa, M. M. (2019.) Introduction to the neural basis of addiction. In Torregrossa, M. M. (ed.) *Neural mechanisms of addiction*. Cambridge, Massachusetts, USA.: Academic Press, 1–2.
- Torrey, E. F., Entsminger, K., Geller, J., Stanley, J., & Jaffe, D. J. (2015). The shortage of public hospital beds for mentally ill persons. *Montana*, 303(20.9), 6-9.
- Train, G. H., Nurock, S. A., Manela, M., Kitchen, G., & Livingston, G. A. (2005). A qualitative study of the experiences of long-term care for residents with dementia, their relatives and staff. *Aging & Mental Health*, 9(2), 119-128.
- Tremkó, M. & Golenya, É. (2018). Tapasztalati szakértők a felépülésben. In Petke, Zs. & Tremkó, M. (szerk.). *Felépülés a függőségből: szerencsejáték és szerhasználat*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Tremkó, M., Tóth, A., Molnár, R. & Petke, Zs. (2016). A spiritualitás megjelenése a szenvedélybetegek 12 lépéses kezelési modelljében. *LAM*, 26(11-12), 503-512.
- Tringer, L. (2010). *A pszichiátria tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Troll, L. E., & Skaff, M. M. (1997). Perceived continuity of self in very old age. *Psychology and Aging*, 12(1), 162-169.
- Turner, A. L., & Malm, R. L. (2004). A preliminary investigation of Balint and non-Balint behavioral medicine training. *Family Medicine-Kansas City*, 36(2), 114-117.
- Turner, T., & Measham, F. (2019.) Into the woods: Contextualising atypical intoxication by young adults in music festivals and nightlife tourist resorts. In *Young adult drinking styles*, 87–114. London, UK.: Palgrave Macmillan, Cham.

- Turner, V. W. (1964). „Betwixt and between”: The liminal period in rites de passage. The Proceedings of the New American Ethnological Society, Symposium on New Approaches to the Study of Religion (Seattle, USA.), 4–20.
- Turnpenny, Á. (2019). People with intellectual disabilities in the European semi-periphery: the case of Hungary. *Intellectual Disability in the Twentieth Century: Transnational Perspectives on People, Policy, and Practice*, 113-128.
- Turnpenny, A., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., & Nyman, M. (2018). *Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe*. <https://kar.kent.ac.uk/64970/1/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>. Letöltve: 2022. 02. 04.
- Türküm, A. S. (2004). Developing a scale of attitudes toward seeking psychological help: Validity and reliability analyses. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(3), 321-329.
- Türküm, A. S. (2005). Who seeks help? Examining the differences in attitude of Turkish university students toward seeking psychological help by gender, gender roles, and help-seeking experiences. *The Journal of Men's Studies*, 13(3), 389-401.
- Uggerby, P., Nielsen, R. E., Correll, C. U., & Nielsen, J. (2011). Characteristics and predictors of long-term institutionalization in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 120-126.
- Ullmann, T. (2007a). Immanuel Kant. In Boros, G. (szerk) *Filozófia*. 813-838. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Ullmann, T. (2007b). Arthur Schopenhauer. In Boros, G. (szerk) *Filozófia*. 912-918. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Ullmann, T. (2007c). 20. századi „kontinentális” filozófia. In Boros, G. (szerk) *Filozófia*. 955-1064. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Ullmann, T. (2010). *A láthatatlan forma*. Budapest. L'Harmattan.
- Ullman, T. & Olay, Cs. (2011). *A kontinentális filozófia a XX. században*. Budapest, L'Harmattan.
- Ungvári, T. (2017). *Mi az idő? – Eszmetörténeti panoráma*. Budapest: Scolar Kiadó.
- Van Gennep, A. (1909). *The rites of passage*. Chicago, Illinois, USA.: University of Chicago Press.

- Van Wormer, K., & Davis, D. R. (2016). *Addiction treatment*. Boston: Cengage Learning.
- Vangeli, E., & West, R. (2012). Transition towards a ‘non-smoker’ identity following smoking cessation: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology, 17*(1), 171-184.
- Varvasovsky, Z. (1998). *Alcohol policy in Hungary* (Doctoral Dissertation). London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK.
- Vas, J. P. (2005). *Egy elmeorvos tévelygései – gondolatok a pszichoterápiáról*. Budapest: Pro Die Kiadó.
- Verheyden, S. L., Maidment, R., & Curran, H. V. (2003). Quitting ecstasy: an investigation of why people stop taking the drug and their subsequent mental health. *Journal of Psychopharmacology, 17*(4), 371-378.
- Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult Attachment and Help-Seeking Intent: The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support. *Journal of Counseling Psychology, 52*(3), 347-357.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 40-50.
- Wade, T. D., & Lock, J. (2020). Developing consensus on the definition of remission and recovery for research. *International Journal of Eating Disorders, 53*(8), 1204-1208.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 199*(6), 453-458.
- Wallace, M. (1956). Future time perspective in schizophrenia. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 52*(2), 240-245.
- Wama, T., & Nakatsu, R. (2008). *Analysis and generation of Japanese folktales based on Vladimir Propp's methodology*. In 2008 First IEEE International Conference on Ubi-Media Computing, 426–30.
- Weegmann, M., & Piwowoz-Hjort, E. (2009). ‘Naught but a story’: Narratives of successful AA recovery. *Health Sociology Review, 18*(3), 273-283.

- Wehmeyer ML, Shogren KA. Self-determination and choice. (2016). In Singh, N. (Ed.) *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities*, 561-584, Berlin, Germany: Springer.
- Wen, J., Huang, S. S., & Goh, E. (2020). Effects of perceived constraints and negotiation on learned helplessness: A study of Chinese senior outbound tourists. *Tourism Management*, 78, 1040-59.
- Wertz, F. J. (2014). Qualitative inquiry in the history of psychology. *Qualitative Psychology*, 1(1), 4-16.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241.
- Wilken, J. P., Medar, M., Bugarszki, Z., & Leenders, F. (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 23(3), 44-59.
- Willig, C., & Rogers, W. S. (Eds.). (2017). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. Sage.
- Winkler, P., Mladá, K., Csémy, L., Nechanská, B., & Höschl, C. (2015). Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: a nationwide case control study. *Journal of Affective Disorders*, 184, 164-169.
- Woodhead, E. L., Northrop, L., & Edelstein, B. (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology*, 35(1), 84-105.
- Woolf, V. (2012). *Mrs. Dalloway*. Budapest: Európa.
- World Health Organization. Mental health Atlas country profile: Hungary. (2014). https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/hun.pdf?ua=1. Letöltve: 2022. 02. 04.
- World Health Organization. *Policies and Practice for Mental Health in Europe*. Copenhagen, Denmark: WHO. (2008.)
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1) 68-90.
- Yalom, I. D. (2019). *Egzisztenciális pszichoterápia*. Budapest: Park könyvkiadó.
- Zaleski, Z. (1994). Towards a Psychology of the Personal Future. In Zaleski, Z. (ed) *Psychology of Future Orientation*. 10-20. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (2012). *Időparadoxon*. Budapest: HVG Kiadó Zrt.
- Zimbardo, P. G., Keough, K. A., & Boyd, J. N. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving. *Personality and Individual Differences*, 23(6), 1007-1023.
- Zoffmann, V., Hörnsten, Å., Storbækken, S., Graue, M., Rasmussen, B., Wahl, A., & Kirkevold, M. (2016). Translating person-centered care into practice: A comparative analysis of motivational interviewing, illness-integration support, and guided self-determination. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 400-407.