

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR
PSZICHOLÓGIAI DOKTORI ISKOLA
A Doktori Iskola vezetője: Dr. Demetrovics Zsolt, egyetemi tanár

Szocializáció és társadalmi folyamatok program
Programvezető: Nguyen Luu Lan Anh, egyetemi docens

KORBAI HAJNAL

Testtudati technikák különböző alkalmazott területeken -
A terapeuták testi tudatosságának, kapcsolati kompetenciáinak és a terápiás
hatékonyágnak az összefüggései

Doktori (PhD) disszertáció tézisei

Témavezetők:

Dr. Ehmann Bea, tudományos főmunkatárs, MTA TTK KPI
Dr. Vermes Katalin, egyetemi oktató, SE TSK

A bíráló bizottság tagjai

Elnök:

Dr. Hunyady György, professor emeritus, ELTE PPK

Titkár:

Dr. Felvinczi Katalin, habil. egyetemi docens, ELTE PPK

Belső opponens:

Pigniczkiné Dr. Rigó Adrien, egyetemi adjunktus, ELTE PPK

Külső opponens:

Dr. Kiss Enikő Csilla, egyetemi tanár, PTE Pszichológiai Intézet

Tagok:

Dr. Szabó Laura, habil. egyetemi docens, ELTE PPK

Dr. Csabai Márta, egyetemi tanár, SZTE Pszichológiai Intézet

Dr. S. Nagy Zita, egyetemi adjunktus, ELTE PPK

Póttag:

Dr. Polgár Patrícia, egyetemi adjunktus, SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

2019. július

Tartalom

Bevezetés.....	3
Elméleti háttér	5
A testtudat fogalma	5
Testtudati technikán alapuló módszerek	6
Test és elme integrációjának elméletei.....	6
A kognitív és az interszubjektív megközelítés találkozása	6
Változás a terápiában	7
A kutatás.....	7
Hipotézisek és vizsgálati kérdések	8
Minta	9
Módszerek	9
Mérőeszközök	9
Az interjú kutatás és a pszichológiai tartalomelemzés folyamata.....	10
Eredmények.....	10
Következtetések	16
Irodalom	22

Bevezetés

A testtudati technikán alapuló módszerek alkalmazási lehetőségei világszerte sok kutatást ihlettek az elmúlt évtizedekben az orvosi célú vizsgálatoktól a pszichológiai és pedagógiai indíttatású elemzésekig. Ebben a disszertációban a terápiás kapcsolatban rejlő alkalmazási módokat tekintjük át, melyek feltételezésünk szerint messze túlmutatnak azon, hogy pusztán a páciensnek nyújtott konkrét gyakorlatokban merüljenek ki. A dolgozat másik alappillére az a napjainkban mindinkább előtérbe kerülő szemléletmód adja, melyet kapcsolati fordulatként is szoktak nevezni a különböző terápiás módszerekben. Valamennyi megközelítésben közös az az alapfeltevés, mely a terápiás folyamatok és a változás lényegi aspektusainak magyarázatában csupán az egyénre, vagy a páciensre fókuszáló elméleti és gyakorlati megfontolások helyett a terapeuta és a páciens kapcsolati dinamikáját helyezi előtérbe. A pszichoanalitikus irodalomban gyökerező interszubjektív elméletek, vagy a kognitív területről már a terápiák világába is begyűrűző embodiment teória (testesült elme) egyaránt ebbe az irányba mutat.

A bizonyítékokon alapuló terápiák alkalmazásának igénye, azaz hogy empirikus klinikai vizsgálatokkal legyen alátámasztva, hogy egy-egy módszer az adott diagnosztikai kategória számára hatékony és eredményes, az utóbbi időben egyre nagyobb hangsúlyt kap. A legelterjedtebb pszichoterápiás módszerek – mint például a kognitív-viselkedésterápiás, az analitikus-dinamikus, a személyközpontú, vagy a pszichodráma – eredményességének bizonyítása már számos vizsgálatban megvalósult. A gyakorlatban azonban a terapeuták a klinikai kísérleti vizsgálatokban használt módszerekkel szemben több módszert egyéni módon alkalmaznak, eklektikusan dolgoznak (Szőnyi, 2015). A régóta alkalmazott eljárások folyamatosan módosulnak, ezért a terápiás gyakorlatok közvetlen vizsgálata is nagy szerephez jut. Az empirikus-statisztikai eljárások helyett, amivel a bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás kutatások dolgoznak (evidence based psychotherapy), ezekben a gyakorlathoz közelebb álló klinikai vizsgálatokban a kvalitatív-társadalomtudományi módszerek következtetéseit fogadják el a szakemberek (practice based evidence), mert ezekkel mélyebben megérthetőnek látják a terápiás jelenségeket (Szőnyi, 2015).

A hatékonyságvizsgálatok fő kérdése, hogy mi hat egy pszichoterápiában, mi az a tényező, amivel a terápia felgyorsítható, hatékonysága fokozható. A különböző terápiás módszerek eredményességét vizsgáló kutatásokban egyre nagyobb szerephez jut a terapeuta és a kliens közötti kapcsolat, mint specifikus vagy nem specifikus hatótényező (Rogers, 1981; Buda, 1993; Szőnyi, 2015). A terapeuta jellemzőire, működésére irányuló vizsgálatokban mindinkább előtérbe kerülnek a szakember kapcsolati kompetenciái, azaz azok a képességei, melyek segítenek egy konstruktív munka szövetséget létrehozni és fenntartani a klienssel. Az ide kapcsolódó terápiás tényezők, mint a terapeuta empátiás képessége, a kliens feltétel nélküli elfogadása vagy a hitelesség, mind hatással lehetnek a terápiás változásra. Mindezek az aspektusok a különböző módszerekben más és más hangsúllyal szerepelnek, de egyaránt fontosak (Pintér, 2015).

A fent említett faktorok a terapeuták képzésében is megkerülhetetlenek. Ez felveti azt a kérdést, hogy a képzés során a módszerek személyes, saját élményű meg tapasztalása és a szupervízió lényeges elemein kívül elsősorban a technikákat kell-e megtanítani a leendő terapeutáknak, vagy inkább a kapcsolati készségek, kompetenciák beépülését elősegíteni, amire építhetők később a technikák (Szőnyi, 2015). A kapcsolati kompetenciák elsődlegessége mellett teszik le a voksukat többek között az implicit kapcsolati tudással foglalkozó kutatók is. Az implicit kapcsolati tudás nem azonos az elfojtás eredményeként létrejövő dinamikus tudattalannal, hanem a procedurális memória részeként tárolja a korai kötődés verbalitás előtti, nem tudatos kapcsolati mintáit (Lyons-Ruth, 1998). Ez az implicit tudás a felnőttkori kapcsolódásokat is befolyásolja, köztük a terápiás kapcsolatokat is mind a páciensnél, mind a terapeutánál (Simon M. et al., 2001; Pető, 2003).

Stern és munkatársai (1998) egy vizsgálatukban a terapeuták részletes jegyzőkönyveit elemezték, hogy feltárják a terápiás változást okozó mechanizmusokat. Legfontosabb megállapításuk az volt, hogy még a verbális „beszélgetős” terápiákban is a terápiás változás nagy része a terapeuta és a páciens implicit kapcsolati tudásában gyökerezik, vagyis egy nem tudatos, procedurális tartományban, amely azért felelős, hogy hogyan cselekszünk, érzünk, gondolkodunk egy kapcsolati kontextusban. Ez a megközelítés a terápiás kapcsolatban a verbális, explicit tartomány mellett kiemelt jelentőséget tulajdonít a procedurális, affektív, dinamikus tartománynak a változást előidéző kapcsolati élmények hátterében.

A pszichoanalízisen belül lezajlott interszubjektív fordulat, melynek Stern is egyik meghatározó képviselője, számos más pszichoterápiás módszerre is termékenyen hatott, felhívva a figyelmet a terápiás kapcsolat jelentőségére. A csecsemő megfigyelések és a kötődéskutatások eredményeként létrejött interszubjektív szemléletben az interszubjektivitás fogalma nem egységes (Bokor, 2017), számos értelemben használják a különböző szerzők. Stolorow és Atwood (1992 id. Bokor, 2017) megközelítésében a fogalom arra utal, hogy a pszichológiai jelenségek nem izolált intrapszichés mechanizmusok eredményének tekinthetők, hanem egymással kölcsönhatásban álló szubjektumok érintkezéséhez kapcsolódó jelenségeknek. A kapcsolatok, köztük a terápiás kapcsolatok is, két szubjektum közös kölcsönhatásában alakulnak egy interszubjektív mezőben, melyet a két szubjektív világ kölcsönös összjátéka hoz létre. Ebben a megközelítésben fontos a terapeuta aktív részvétele a közös tevékenységben, hitelessége, folyamatos reflektivitása saját szubjektív világára is, a páciens affektív tartományára való hangolódás, és annak figyelembe vétele, hogy az itt és most-ban mit él át a másik (Stern et al., 1998, 2002; Fónagy, Target, 2005).

Ha a terapeuta és a kliens közötti kapcsolat működése ennyire jelentős a terápiás folyamat és az abban megvalósuló terápiás változás megértése, valamint a terápia hatékonyságának szempontjából, akkor hasznos lehet a szakemberek kapcsolati kompetenciáinak fejlesztését támogató módszerek feltérképezése. Sokféle verbális és nonverbális önismereti módszerben léteznek erre különböző technikák. Jelen dolgozatban a testtudati módszerek alkalmazási lehetőségei kapcsán arra is kitérünk, hogy a terapeuták kapcsolati kompetenciáinak fejlesztésén túl, milyen további előnyökkel járhatnak ezek a technikák a gyakorlók számára. Egyrészt támogathatják a terapeuták mentális és fizikai jóllétét, a stresszel való megküzdését a mindennapokban,

és a terápiás foglalkozásokon felmerülő nehéz helyzetekben egyaránt. Másrészt ezek a technikák olyan eszközöket adhatnak a szakemberek kezébe, melyekkel a folyamatosan merülő figyelmi és empátiás kapacitásaikat újra feltölthetik az egyes ülések között. Harmadrészt, de nem utolsó sorban, a testi érzetekre, érzelmekre fordított tudatos figyelemmel a terapeuták egy fontos információforrást is teremtenek a komplex terápiás folyamatok működésének megértéséhez.

Ennek a testtudati szemléletnek a támogatására az elméleti háttér tárgyalása után egy kérdőíves és kvalitatív vegyes módszerrel végzett vizsgálat bemutatása következik alább, melynek résztvevő alanyai különböző testtudati technikán alapuló módszereket elsajátító és gyakorló terapeuták voltak.

Elméleti háttér

A testtudat fogalma

Sok különböző testi tudatosságon alapuló módszer létezik. Nem könnyű meghatározni, hogy mi lehet az a közös mag, ami működik valamennyi módszerben, s ami segíthet a testtudat fogalmát pontosabban megragadni. Mehling és munkatársai (2011) kvalitatív kutatásukban azt vizsgálták, hogy a testtudatosságot fokozó eljárásokat alkalmazó különböző terápiás megközelítések, melyeket gyakran elme-test megközelítéseknek (mind-body approaches) is neveznek a szakirodalomban, milyen közös alapokon nyugszanak. A szerzők megfogalmazása szerint a testtudatosság (body awareness) szűkebb értelemben a test belsejéből származó érzetekre való odafigyelést és ezek tudatosságát, valamint a testi folyamatokban bekövetkező változások észrevételét jelenti. Ebben a megközelítésben a propiocepció és az interocepció folyamatainak tudatosítható részét foglalja magába a testtudatosság koncepciója. Az interocepció és a propiocepció szubjektív, fenomenológiai aspektusáról van szó itt, amit más mentális folyamatok (figyelem, értékelések, értelmezések, hiedelmek, emlékek, attitűdök, érzelmek) módosíthatnak vagy torzíthatnak (Mehling et al., 2011).

A testi tudatosság fogalmának léteznek tágabb definíciói is. A tágabb definícióban az érzelmekhez kapcsolódó testi történések észlelése mellett, az érzelmi tudatosság, az érzelmi reakciók és figyelmi válaszok ezekre a történésekre, valamint aktív önszabályozási folyamatok, és más magasabb kognitív folyamatok is benne vannak (Mehling et al., 2009).

A testi tudatosság fókuszában álló testi érzeteket sokáig csupán az érzelmek kapcsán tárgyalták a pszichológiai kutatásokban, s így a terület nem kapott elég figyelmet az akadémikus pszichológiában. Ebben az írásban a kommunikatív értékkel bíró adaptív szomatikus reakciókat, az affektusokat is a testi érzetek közé soroltuk, amennyiben már a szubjektív élmény egyik formájaként azonosíthatók. Az érzelmeket ettől a kognitív és cselekvéses összetevőkkel különböztettük meg, melyek már könnyebben tudatosíthatóvá és kezelhetővé teszik az érzeteket. Sok kutató mellett érvel, hogy a testi-fiziológiai összetevők nem járnak mindig szorosan együtt az érzelmek kognitív aspektusával, hanem egymástól függetlenül is előfordulnak (Oatley és Jenkins, 2001). A kutatásban szintén abból indultunk ki, hogy ez a két jelenség külön utakat járhat be a pszichoterápiás helyzetben, és más lehet a relevanciájuk a terápiás folyamatban.

Testtudati technikán alapuló módszerek

A dolgozatban két nagy csoportban tárgyaljuk a különböző technikákat aszerint, hogy aktív testmozgást közben történik a testi érzetek tudatosítása vagy egy passzív, mozdulatlan állapotban. Jelen írásban passzív testtudati technikán alapuló módszernek azokat tekintjük, melyekben egy mozdulatlan, passzív állapotban történik a testi érzetekre való összpontosítás, mint pl. a meditáció, a mindfulness, vagy a relaxáció technikáiban. Ezekben a módszerekben a figyelem fokozatosan mindinkább befelé, a test belseje felé irányul. Valamennyi technikában csak az egyik jelentős elem a testi érzetekre való figyelem, más fontos aspektusok mellett.

Az aktív testtudati technikán alapuló módszerekben is csak az egyik elem a testi érzetekre való figyelem, de ezekben a gyakorló többféle helyzetben, testmozgás közben figyel meg, tudatosítja a testi érzeteit. A figyelem itt egyszerre irányul befelé, a mozgás közben átélt testi érzetekre, valamint kifelé a fizikai és a társas környezettel való kapcsolódásra, és az ezekből származó testi érzetekre.

A kutatásban azért különböztettünk meg aktív és passzív testtudati technikán alapuló módszereket, mivel azt feltételeztük, hogy bár ugyanúgy a testtudati figyelemmel dolgoznak, terápiás körülmények között eltérő hatásmechanizmussal rendelkeznek, és gyakorlóik számára más képességek elsajátítását teszik lehetővé. A passzív technikákban a mozdulatlan testhelyzet a befelé, a testi érzetekre irányuló figyelmet segíti elő, s a legtöbb ilyen módszerben ezeknek a testi érzeteknek az azonnali szabályozása történik. Az aktív módszerekben ezzel szemben a test mozgásával a figyelem egyszerre irányul befelé és kifelé, a fontos belső élmények meg tapasztalása a környezettel való folyamatos interakcióban történik, így ezek a tapasztalatok másféle képességek fejlesztését teszik lehetővé.

Test és elme integrációjának elméletei

A testtudati technikák mögött álló elméletek legújabb generációját embodiment („megtestesítés”) teóriáknak nevezik a szakirodalomban. Az új paradigmában a test-elme bonyolult egységről van szó, egyfajta cirkularitásról, folytonos és kölcsönös egymásra hatásról. A testesült elme hipotézis azt állítja az emberi gondolkodásról, hogy az egyáltalán nem választható el a testtől. Az elmélet szerint a gondolkodás nemcsak a fejben történik, az elme nem csupán egy a fejben elhelyezkedő entitás, hanem az egész fizikai és szociális környezetbe ágyazott szervezetben van „megtestesülve” (Varela, Rosch, Thompson, 1991). A megközelítés egyik fő pillérét a kognitív nyelvészet metafora elmélete adja (Lakoff, Johnson, 1980), mely szerint a szimbólumok jelentését nem egy elvont elmetevékenység alapján lehet megérteni, hanem azokat a testi tapasztalat alapozza meg (Simon, 2010).

A kognitív és az interszubjektív megközelítés találkozása

Ha a megismerés, a kogníció „megtestesült” (embodied cognition), vagyis a testi tapasztalatok alapozzák meg, és arra épülnek rá a magasabb szintű elmetevékenységek, akkor ez a működésmód nemcsak gyerekkorban, hanem felnőttkorban is meghatározó lehet, és nemcsak a fizikai világ, hanem a társas környezet megismerésében is. A testesült elme a környezetével együtt vizsgálható, legyen szó akár a testről mint környezetről (embodied cognition), a fizikai környezetről (situated cognition) vagy a

szociális környezetről (embodied communication) (Tschacher, Bergomi, 2011). Az interszubjektív mezőben zajló terápiás kapcsolat és benne a terapeuta kapcsolati kompetenciái ezzel az új paradigmával az embodied communication területén találkoznak.

A pszichoanalitikus megközelítésből eredő interszubjektív szemlélet és a kognitív tudományokból építkező embodiment elméletek más-más fogalmakkal, de hasonló folyamatokat írnak le a terápiás kapcsolatban. A megtestesült kommunikáció a terápiában azt jelenti, hogy a terapeuta és a páciens közötti interakcióban van testi és érzelmi szintű kommunikáció is, ami a szemantikus, nyelvi szint mellett működik (Bucci, 2011). Minden terápiás folyamatban fontos felismerni, hogy a páciens érzelmi élményein kívül a terapeuta valódi érzelmi és testi élményeivel is dolgozni kell a pácienssel kapcsolatban, melyek egy része nem tudatos szinten kommunikálódik oda-vissza a páciens és a terapeuta között (Bucci, 2011).

Változás a terápiában

Az interszubjektivitás szemléletéhez köthető elméletekben a fenti folyamatokat olyan jelenségekkel írják le, mint az érzelemmegosztás, az érzelemtükrözés, a reflektív funkció, vagy a mentalizáció fogalmai, melyek lehetővé teszik, hogy megértsük magunk és a másik mentális és érzelmi állapotait. Stern és munkatársainak már említett vizsgálata a terápiás változásról olyan ide kapcsolódó fogalmakat hozott be az analitikus hagyományba, mint az affektív hangolódás, az implicit kapcsolati tudás, a találkozás pillanat vagy az autentikus jelenlét. A szerzők szerint ez az implicit kapcsolati tudás felnőttkorban a találkozás pillanatokban írható át a terápiában, a most pillanatoknak azokban a specifikus eseteiben, amikor a páciens és a terapeuta felerősítve élik meg a jelen pillanatot (Stern et al., 1998).

Bár a terápiás változás szempontjából kulcsfontosságú, hogy mind az explicit, mind az implicit tartalom megjelenhessen a folyamatban, ez utóbbira jóval kevesebb figyelem irányult egészen a közelmúltig. Éppen ezért jelen vizsgálatban azokra a változást okozó terápiás tényezőkre helyeztük a hangsúlyt, melyek implicit szinten, a terapeuta és a páciens folyamatos testi kommunikációjában, valamint az ebben időről-időre felbukkanó drámai és intenzív találkozás pillanatokban nyilvánulnak meg, és ezekben tekintettük át a testtudati tapasztalatok kiemelt szerepét.

A kutatás

A dolgozat kutatását egy félig strukturált interjú módszerrel végzett és kérdőívekkel kiegészített kvalitatív és kvantitatív elemeket is magába foglaló vizsgálat alkotja, melynek fő célja az volt, hogy feltárja a testtudati technikán alapuló módszerek gyakorlásának hatásait elsősorban a különböző verbális terápiás eljárásokban. A kutatás központi feltevése az volt, hogy nemcsak azokban a terápiás módszerekben lehet szerepe a terapeuta testtudati tapasztalatainak, melyeknek az eszköztárában testtudati technikákat alkalmaznak, hanem a döntően verbális eljárásokban is a fent tárgyalt elméleti megfontolások miatt. Hiszen ezekben az eljárásokban is a verbális értelmezés explicit szintje mellett ugyanolyan fontos történések zajlanak az élmények implicit tartományában. A különböző testtudati technikákon alapuló módszereknek a hatásait a

páciensekre már több vizsgálatban is feltárták, azonban a terapeuta által gyakorolt technikák hatásáról a terápiás folyamatokra kevés kutatás áll a rendelkezésünkre. Ezért is hiánypótló ez a vizsgálat, melyben megkíséreltük ezt a komplex jelenséget olyan tényezőkre bontani, melyekről fontos mondanivalója lehet a testtudati szemléletnek.

Az alapfeltevés szerint a testtudati technikán alapuló módszerek gyakorlása több szinten is kifejtheti hatását a terapeutára, és ezen keresztül a terápiás kapcsolat hatékonyságára. Egyrészt ezek a módszerek javíthatják a szakember mentális és fizikai egészségi állapotát, segítve ezzel egy olyan testi-lelki állapot elérését, melyben a munkáját is hatékonyabban képes végezni. Másrészt a testtudati módszerek támogatják a terápiás kapcsolat folyamán a terapeuta figyelmi, empátiás és megküzdési kapacitásainak növelését, kapcsolati kompetenciáinak fejlesztését. Ennek hátterében az áll, hogy a különböző technikák elsajátításával a szakemberek olyan képességek birtokába juthatnak, vagy már meglévőket tovább fejleszthetnek, mint például a figyelem koncentrációja, fenntartása, az empátia, a hitelesség, az elfogadás, a testi érzetek szabályozása, az érzelemreguláció, vagy az érzelmek tartalmazásának képessége, és más kapcsolati kompetenciák. E felvételek alapján a következő hipotéziseket és vizsgálati kérdéseket elemezzük a kutatásban.

Hipotézisek és vizsgálati kérdések

A kérdőíves vizsgálat hipotézisei

1. Az első hipotézis szerint a testtudati gyakorlás aktív vagy passzív természetének és a gyakorlás rendszerességének hatásai kimutatható különbségeket eredményeznek a testi tudatosság szintjében. Még erőteljesebb lehet ez a hatás azon testtudatosság dimenziók tekintetében, melyek a figyelmi, érzelmi és megküzdési kapacitásokkal lehetnek összefüggésben.

2. A második hipotézisben azt feltételezzük, hogy a terapeuták testtudati gyakorlásának aktív vagy passzív természete valamint rendszeressége hatással van a stressz és megküzdési kapacitások egyensúlyára, valamint a stressz és megküzdés különböző tényezőire is.

Az interjú kutatás vizsgálati kérdései

1. A testi tudatosságban mutatkozó különbségek hatással lehetnek-e a terapeuta kapcsolati kompetenciáira, és ezen keresztül a terápiás hatékonyságra? Ebben az összetett vizsgálati kérdésben azt vizsgáljuk, hogy a terapeuták sikeres és sikertelen esetekről szóló beszámolóiból ki lehet-e mutatni erre vonatkozó különböző mintázatokat.

2. A következő vizsgálati kérdésünk arra vonatkozik, hogy a találkozás pillanatok, az affektív és empátiás hangulódás kiemelkedő eseményei, kimutathatók-e a terápiás beszámolókból, és ha igen, milyen indikátorok alapján.

3. Az utolsó kérdésben azt vizsgáljuk, hogy a testi érzetek lehetnek-e figyelemre érdemesek a terápiás hatékonyságvizsgálatokban önálló jogon is, nemcsak az érzelmek egyik tényezőjeként.

Minta

A kutatásban 29, különböző verbális és nonverbális terápiás módszert alkalmazó terapeuta vett részt. A vizsgált mintában a férfiak aránya 14 %, az átlagéletkor 48 év volt (szórás: 10). A legfiatalabb résztvevő 32, a legidősebb 71 éves volt. A terapeuták mindegyike több módszerben is képződött, több módszert is alkalmazott a terápiás üléseken, illetve gyakorolt saját élményben a vizsgálat ideje alatt is. A kérdőíves vizsgálat megfelelő tételei és az interjúk további erre vonatkozó feltáró kérdéseit követően a pszichiáter vagy pszichológus (nagyraoszt klinikai szakpszichológus) alapvégzettségű terapeuták az általuk legjelentősebbnek megnevezett módszerük alapján a pszichoanalitikus (14 fő), a kognitív (7 fő) és az egyéb nonverbális terápiás szemléletű (8 fő) csoportokba sorolódtak.

Ezen kívül a testtudati gyakorlás szempontjából is külön csoportokba kerültek azok, akik valamilyen aktív testmozgással járó testtudati technikán alapuló módszert tanultak vagy jelenleg is gyakoroltak, és azok, akik passzív testtudati technikát. Az adatok elemzésekor egy további csoportosító változó került előtérbe, amely a heti gyakorlások számából generálódott a mediánál szétválasztva a mintát: ritkán vagy nem gyakorló (0-3 alkalom/hét), és gyakran gyakorló csoportra (heti 4 vagy több alkalommal).

Módszerek

A kérdőíves kutatás olyan kérdések vizsgálatával foglalkozott, hogy a különböző aktív és passzív testtudati technikán alapuló módszerek gyakorlása és a gyakorlás rendszeressége, hogyan befolyásolja a többdimenziós testtudat konstruktum egyes dimenzióiban elért eredményeket a terapeutáknál. Továbbá, hogy hogyan függ össze a terapeuták testtudati gyakorlása a stressz szinttel és a megküzdési kapacitásokkal. A kutatás másik részében a különböző terápiás megközelítésekkel dolgozó szakemberek interjúinak pszichológiai tartalomelemzésében arra kerestük a választ, hogy a testtudati tapasztalatok hogyan lehetnek hatással a terapeuták kapcsolati kompetenciáira, figyelmi, empátiás és megküzdési kapacitásaira, s ez hogyan jelenik meg a sikeres és sikertelen esetekről szóló beszámolóikban. Mindezen vizsgálatok eredményeiből reményeink szerint a pszichoterápiák hatékonyságának kutatásához új szempontokat és eljárásokat is javasolhatunk.

Mérőeszközök

A testi tudatosság mérésére két kérdőívet töltöttek ki a vizsgálati személyek. Az egyik a *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA) volt, melyet Mehling és munkatársai (2012) fejlesztettek ki a testi tudatosság tágabb definíciója alapján. A magyar változatot Járai és munkatársai (2016) alkották meg *Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála* néven, és adaptálták hazai mintán. A vizsgálatban használt másik testi tudatosságot mérő eszköz a *Testi Tudatosság Kérdőív* (BAQ) volt, melyet Shields és munkatársai (1989) a szűkebb testi tudatosság meghatározásra építve hozták létre. Ez az eszköz a fiziológiás (nem tünetekre vonatkozó, tehát nem patológiás, és nem is érzelmekkel kapcsolatos) testi folyamatokra vonatkozó szelektív figyelmet méri. A magyar változat (BAQ-H) adaptációját Köteles és munkatársai (2014) végezték el.

A stresszhatások és a megküzdési kapacitás különböző komponenseinek mérésére, és ezek egyensúlyának kimutatására a *Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív* került alkalmazásra (Rahe, Tolles, 2002). Az eredeti többdimenziós kérdőívet Rózsa és munkatársai fordították le (2005). A vizsgálatban alkalmazott tesztbattéria továbbá tartalmazta a nemre és életkorra vonatkozó kérdéseket, valamint a különböző terápiás módszerek, sporttevékenységek és saját élményű, önismereti célú (testtudati és nem testtudati) módszerek gyakorlásának és alkalmazásának részleteit.

Az interjú kutatás és a pszichológiai tartalomelemzés folyamata

Az interjúk szövegének gazdag anyagából, a pszichológiai tartalomelemzés arra a két esetre vonatkozik, melyet a terapeuta jelentősnek ítélt a terápiás munkájából. Ezek közül az egyik a terapeuta által egy sikeresnek megélt eset volt, a másik pedig egy sikertelennek (vagy nehéznek), és a két beszámoló közötti tartalmi különbségekre irányult az elemzés. Mindegyik esetről hasonló szerkezetben és tematikában 3-3 kérdés szerepelt az interjúban: az esetek minél részletesebb elmesélése után arra kértük a terapeutákat, hogy az említett páciensnél idézzék fel, hogy volt-e valamilyen változás, fordulópont a terápiás folyamatban, illetve olyan pillanat, amikor nem a szavak szintjén történt valamilyen jelentős esemény. Ezek a kérdések a találkozás pillanatok esetleges előfordulására vonatkoztak, de lehetőséget adtak a lassú előrehaladású változási folyamatok említésére is a terápiában.

A szövegek kódolásakor az elemzési egységek kialakításához az eseteket mondatokra bontottuk, és a mondatokat esetenként egy excel táblázat egy munkalapjára rögzítettük. Ezen a munkalapon történt a kódolás, és a programban lehetőség volt az eredmények összegzésére, összesítő táblázatok, leíró statisztikák készítésére is. Egy részletes Kódkönyv alapján két független kódoló végezte a mondatok releváns részeinek kategóriákba sorolását az alábbi négy fő téma mentén: *Terapeuta testi érzetek*, *Terapeuta érzelmek*, *Páciens testi jegyek* és *Kapcsolati jegyek*. A Páciens testi jegyek kategórián kívül a másik háromban elkülönítettünk pozitív és negatív kategóriákat.

Eredmények

A statisztikai elemzések során a CogStat 1.8, illetve a Statistica 13 programcsomagokat használtuk. A kérdőívek eredményeinek elemzése az alacsony elemszámok miatt inkább az interjú kutatás kiegészítéseként, főképp a pszichológiai tartalomelemzésben létrehozott mutatókkal való kapcsolatuk és a validitás vizsgálata miatt fontos.

A kérdőíves vizsgálat eredményei

1. hipotézis – A terapeuták testi tudatossága

A testtudati gyakorlás aktív vagy passzív természete kevésbé, viszont a gyakorlás rendszeressége szignifikánsan hatott a testi tudatosság szintjére a különböző kérdőívekkel mért dimenziók esetén. Mind a MAIA ($t(27) = -2,91$, $p = 0,007$), mind a BAQ-H (Mann-Whitney U-teszt $U=54,00$, $p=0,027$) esetén a nagyobb rendszerességgel gyakorló csoport szignifikánsan magasabb értékeket mutatott a ritkán vagy nem gyakorló csoporthoz képest. Továbbá mindkét kérdőívnel mutatkozott egy tendencia az aktív csoport javára is. Az egyes MAIA alskálák közül azokat vizsgáltuk meg külön is,

melyek kapcsolódtak a terapeuták figyelmi, érzelmi és megküzdési kapacitásaihoz. A rendszeresebben gyakorlók csoportjának átlaga szignifikánsan magasabb volt a *Figyelemszabályozási kapacitás* alskálában, és a testi tudatosság magasabb, fejlettebb szintjeihez való hozzáférést mérő *Test-lélek integritás tudatossága* (TLI) dimenzió alábbi 2 faktoránál: *Érzelmi tudatosság* (ÉT) és *Önszabályozás* (ÖSZ) (1. táblázat).

1. táblázat: MAIA skála és egyes alskáláinak átlagai és szórásai a gyakorlás gyakorisága szerinti csoportbontásban N=29	<i>Ritkán gyakorlók (0-3)</i>	<i>Gyakran gyakorlók (4+)</i>
MAIA összesen átlag.	3.36	3.87
szórás	0.52	0.37
3. Figyelemszabályozási kapacitás (FK) átlag	3.49	4.16
szórás	0.77	0.43
4. Érzelmi tudatosság (TLI-ÉT) átlag	3.50	4.27
szórás	0.85	0.50
4. Önszabályozás (TLI-ÖSZ) átlag	3.11	4.00
szórás	0.86	0.72

2. hipotézis – Stressz és megküzdés a terapeutáknál

A második általunk vizsgált hipotézis szerint feltételezhető, hogy a terapeuták testtudati gyakorlásának természete (aktív vagy passzív) valamint rendszeressége hatással van a stressz és megküzdési kapacitások egyensúlyára. A hipotézis tesztelésére a *Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív* mutatóit használtuk négy csoportra bontva a mintát.

A Kruskal-Wallis teszt eredményei szerint szignifikáns eltérést találtunk a négy csoport között a Globális Stressz és Megküzdési Index (GSMI) átlagaiban ($\chi^2(3, N=29)=12,22, p<0,01$). Az aktív-passzív testtudat nem befolyásolta a GSMI értékeit (Mann-Whitney U-teszt: $U=99,50, p=0,83$), míg a gyakoriság jelentős mértékben ($U=27,00, p<0,001$) (2. táblázat).

2. táblázat: GSMI átlagok és szórásaik a 4 csoportban N=29	TP0-3 Passzív ritkán gyakorló	TP4+ Passzív gyakran gyakorló	TA0-3 Aktív ritkán gyakorló	TA4+ Aktív gyakran gyakorló
Globális Stressz és Megküzdési Index átlag	1.75	6.57	2	5.14
Globális Stressz és Megküzdési Index szórás	3.86	2.06	1.69	2.42

Az interjú kutatás eredményei – A sikeres és sikertelen esetek pszichológiai tartalomelemzése

Leíró statisztikák: Az 56 beszámoló feldolgozásával 28 sikeres és 28 sikertelen (vagy nehéz) esetet kaptunk. Összesen 3835 mondat kódolása történt meg, ebből 1886 a sikertelen esetekben, és 1949 a sikeres esetekben. Egy eset átlagos hossza a sikertelen esetekben 67,36 mondat volt (szórás: 28,89), sikeres esetekben 69,61 (szórás: 28,98). A

3835 mondat 34,77 %-a tartalmazott a terapeuta-páciens kapcsolatra utaló KTP kódot (15,39 % negatív, 19,38 % pozitív tartalommal). A mondatok 8,67 %-a kapott a terapeuta érzelmeire vonatkozó TÉ (4,27 % negatív, 4,4 % pozitív érzelemről), 12,45 %-a a terapeuta testi érzeteire TT (8,99 % negatív, 3,46 % pozitív), és 6,69 %-a a páciens testi jegyeire utaló PTJ kódot.

1. vizsgálati kérdés – A testi tudatosság, a kapcsolati kompetenciák és a terápiás hatékonyság összefüggései

Ebben az összetett vizsgálati kérdésben több feltételezést is megvizsgáltunk.

1.1 A sikeres és a sikertelen esetekben a különböző mutatók gyakoriságának átlagait páros t-próbával hasonlítottuk össze. A *Kapcsolati jegyek* (KTP), a *Terapeuta érzelmek* (TÉ) és a *Terapeuta testi érzetek* (TT) mutatóinak negatív és pozitív alkategóriájában a relatív gyakoriságok tekintetében egyaránt szignifikáns különbségeket mértünk a sikeres és sikertelen esetekben, ami várható volt. Mivel a sikeres eseteknél feltételezhető egy pozitívabb terapeuta-páciens kapcsolat, így több pozitív kapcsolati jegy jelenik meg a beszámolókból is, több pozitív érzelmet és testi érzetet élnek át és idéznek fel a vizsgálati személyek, mint negatívát. A sikertelen esetekben pedig éppen fordítva, magától értetődően a negatív kapcsolati jegyekből, érzelmekből és testi érzetekből lesz jelentősen több (3. táblázat).

N=28 fő	KTP	KTP-	KTP+	TÉ	TÉ-	TÉ+	TT	TT-	TT+	PTJ
Sikeres átlag	34,99%	6,69%	28,30%	9,32%	2,44%	6,88%	8,11%	2,48%	5,63%	8,48%
Sikeres szórás	9,16%	6,24%	6,36%	6,23%	3,23%	4,47%	7,18%	3,12%	5,16%	5,56%
Sikertelen átlag	34,55%	24,09%	10,46%	8,02%	6,09%	1,93%	16,79%	15,50%	1,29%	4,89%
Sikertelen szórás	8,33%	7,50%	5,53%	5,18%	4,45%	2,05%	8,11%	7,78%	1,76%	4,86%

3. táblázat: A sikeres és sikertelen esetekben a mutatók relatív gyakoriságának átlagai és szórásai

1.2 Az azonban már egy érdekesebb szignifikáns eredmény, hogy a pozitív és negatív érzeteket is magába foglaló *Terapeuta testi érzetek* (TT) mutató relatív gyakorisága is szignifikánsan nagyobb a sikertelen eseteknél, több mint kétszer akkora a sikereshez viszonyítva, ami jórészt a negatív testi érzetek kiugró arányának köszönhető. Egyedül a TA4+ csoportban (aktív testtudati technikát gyakran gyakorlók) nem mutatkozott ez az erős tendencia. Ebben a csoportban közel azonos arányban idéztek fel a terapeuták testi érzeteket a sikeres (átlag: 18,22 %, szórás: 6,63 %) és a sikertelen esetekben (átlag: 19,36 %, szórás: 9,19 %) is, a sikeres esetekben túlnyomórészt pozitívokat, a sikertelenekben negatívokat a többi csoporthoz hasonlóan. Míg a TP4+ csoportban (passzív technikát gyakran gyakorlók), akik szintén magas testi tudatossággal rendelkeznek, a sikertelen esetek TT-je, döntően negatív testi érzetekkel, több mint négyszerese lett a sikeres esetek TT mutatójának, mely túlnyomórészt pozitív

érzeteket tartalmaz (TT sikertelen átlag: 17,73 %, szórás: 6,33 %; TT sikeres átlag: 4,39 %, szórás: 1,68 %).

1.3 A *Terapeuta érzelmek* (TÉ) mutató esetében valamennyi csoportban hasonló gyakorisággal említettek negatív és pozitív érzelmeket, mind a sikeres, mind a sikertelen esetekben, ami egybevágott azzal a várakozásunkkal, hogy a jól detektálható, közepes erősségű érzelmek észlelése viszonylagos függetlenséget mutat a testtudati jártasságtól.

1.4 Az előzetes feltevéseink szerint a *Kapcsolati jegyek* mutatók (KTP) tekintetében az aktív testtudati technikát gyakorló terapeutáknál magasabb értékeket vártunk, mint a passzív csoportnál mind sikeres, mind sikertelen esetekben. Ennek alapja az volt, hogy a passzív technikákban a gyakorló inkább saját magára és a testére fókuszál, szemben az aktív csoport technikáival, melyekben a csoporttársakra vagy az ellenfélre is figyelni kell. Ez az aktív módszereket jellemző társakra irányuló figyelem fejlesztheti a kapcsolati kompetenciákat a gyakorlóknál, valamint befolyásolhatja a kutatásban az ezzel összefüggésben lévő *Kapcsolati jegyek* mutatókat.

A sikeres esetek *Kapcsolati jegyek* mutatója (KTPS) esetében végzett faktoriális ANOVA az aktív-passzív testtudat szignifikáns főhatását mutatta ki ($F(1,24)=8,92$, $p<0,01$). Az aktív csoportok KTPS mutatója magasabb volt, mint a passzív csoportoké (KTPS: TP0-3 átlag: 27,74 %, szórás: 2,85 %; TP4+ átlag: 33,36 %, szórás: 4,55 %; TA0-3 átlag: 39,71, szórás: 10,7 %; TA4+ átlag: 41,03, szórás: 9,32 %). A gyakorlás rendszerességének nem volt szignifikáns hatása, illetve a két faktor közötti interakció sem volt szignifikáns. A sikertelen esetek mutatójában (KTPF) sem találtunk szignifikáns hatásokat. Negatív, pozitív bontásban is megnéztük a kapcsolati mutatókat, hasonló hatásokat kaptunk a sikeres és sikertelen esetekben, vagyis csak a sikeres esetekben mutatkozott meg az aktív csoport előnye.

1.5 Megnéztük különböző mutatók együttjárásait sikeres és sikertelen esetekben a testtudati technikák gyakorlásának gyakorisága szerinti csoportbontásban (0-3 és 4+), abból a célból, hogy az ebben fellelhető mintázatokból az egyik fontos kapcsolati kompetencia, a hitelesség működésére vonatkozó következtetéseket tehessünk. A hitelesség Rogers meghatározásában azt jelenti, hogy a terapeuta számára a saját érzelmei is hozzáférhetők, tudatosíthatók, átélhetők, és megfelelő időben ki is fejezhetők, vagyis a terapeuta érzései és megnyilvánulásai kongruensek egymással. Ezt a meghatározást kiegészítettük a testi érzetekkel, melyeknek szintén kongruenseknek kell lenniük a terapeuta kapcsolati megnyilvánulásaival.

A sikeres és sikertelen esetekben más szignifikáns hatások és tendenciák érvényesültek ennek a kérdésnek a kapcsán (4. táblázat). A sikeres esetekben a testtudati technikát nagyobb rendszerességgel gyakorlók csoportjában azt kaptuk, hogy a TT és KTP ($r=0,717$), valamint a TÉ és a KTP ($r=0,608$) mutatók is szignifikánsan és szorosan együttjárnak, vagyis minél több testi érzetet vagy érzelmet említett a terapeuta az eset elmesélése kapcsán, annál több kapcsolati jegyet is ki lehetett mutatni. A *Terapeuta testi érzeteknél* még negatív-pozitív bontásban is szignifikáns együttjárásokat kaptunk, vagyis a negatív testi érzetek a negatív kapcsolati mutatóval (TT-S és KTP-S), a pozitív testi érzetek pedig a velük kongruens pozitív kapcsolati mutatóval jártak együtt (TT+S és KTP+S). A *Terapeuta érzelmek* pozitív és negatív mutatói esetén már csak tendenciák jöttek ki, de hasonló irányba mutattak. A testtudati technikát ritkán vagy soha nem

gyakorló csoportnál csak a TÉ-S és KTP-S mutatott szignifikáns együttjárást, vagyis minél több negatív érzelmet említett a terapeuta, annál több negatív kapcsolati jegy volt kódolható.

A sikertelen esetekben ettől nagyon eltérő kép rajzolódott ki. A nagy rendszerességgel gyakorló csoportban (4+) a TTF és a KTPF erős negatív együttjárást mutatott ($r=-0,701$), vagyis minél több testi érzetet említett a terapeuta, annál kevesebb kapcsolati jegy volt detektálható. A ritkán vagy egyáltalán nem gyakorló csoportban pedig két összefüggés lett szignifikáns: a TÉF és a KTPF között ($r=-0,546$), valamint a TT-F és a KTP-F között ($r=0,694$). Ennél a csoportnál a terapeuta testi érzetei helyett az érzelmei jártak együtt negatívan a kapcsolati jegyek mutatójával, vagyis minél több érzelemről számoltak be a sikertelen eset kapcsán, annál kevesebb kapcsolatra utaló jegyet mértünk. A negatív testi érzetek kapcsán pedig a szoros pozitív együttjárás a negatív kapcsolati jegyekkel volt jelentős, vagyis a negatív testi érzetek gyakoribb említése több negatív kapcsolati jegyet eredményezett (4. táblázat).

Pearson-féle korrelációs együtthatók			Gyakoriság 0-3		Gyakoriság 4+	
			r(13)=	p=	r(11)=	p=
Sikeres esetek						
1	TTS	KTPS	0.269	0.332	0.717	0.006
2	TÉS	KTPS	0.233	0.403	0.608	0.028
3	TT-S	KTP-S	0.338	0.218	0.716	0.006
4	TÉ-S	KTP-S	0.594	0.02	0.511	0.074
5	TT+S	KTP+S	0.037	0.895	0.667	0.013
6	TÉ+S	KTP+S	0.131	0.642	0.484	0.094
Sikertelen esetek						
7	TTF	KTPF	0.253	0.363	-0.701	0.008
8	TÉF	KTPF	-0.546	0.035	-0.283	0.349
9	TT-F	KTP-F	0.694	0.004	-0.294	0.33
10	TÉ-F	KTP-F	-0.041	0.886	-0.076	0.805
11	TT+F	KTP+F	0.392	0.149	-0.089	0.772
12	TÉ+F	KTP+F	0.006	0.983	0.343	0.251

4. táblázat: A Terapeuta testi érzetek (TT), a Terapeuta érzelmek (TÉ) és a Kapcsolati mutató (KTP) korrelációi sikeres és sikertelen esetekben a testtudati gyakorlás rendszeressége szerinti bontásban. A mutató végén az „S” a sikerest, az „F” a sikertelent jelenti, és lehetnek a mutatók még pozitívak (+) ill. negatívak is (-).

2. vizsgálati kérdés – Találkozás pillanatok

A találkozás pillanatok, az affektív és empátiás hangolódás kiemelkedő eseményei, a sikeres terápiás beszámolók nagy részében (85,7 százalékában) megjelentek, szemben a sikertelenekben mutatkozó alacsony gyakorisággal (21,4 %). A normalitás sérülése miatt Wilcoxon tesztet végeztünk ($T=10,5$, $p<0,001$), mely erős szignifikáns eltérést mutatott a sikeres és a sikertelen esetekben a találkozás pillanatok előfordulásában. A gyakorlás rendszeressége mentén kettéosztott mintában azonban nem mutatkozott szignifikáns különbség sem a sikeres, sem a sikertelen esetekben említett találkozás pillanatok gyakoriságában.

3. vizsgálati kérdés – A testi érzetek, mint független tényezők

Az utolsó vizsgálati kérdés, mely szerint a testi érzetek nemcsak az érzelmek egyik tényezőjeként, hanem önálló jogon is figyelemre lehetnek érdemesek a terápiás hatékonyságvizsgálatokban, az eddig bemutatott eredmények alapján több szempontból is támogatást nyert. Egyrészt már abból a tényből, hogy az esetbeszámolókból nagyobb gyakorisággal említették őket a terapeuták, mint az érzelmeket, különösen a sikertelen esetekben. A sikertelen esetekről szóló beszámolókból a testi érzetek említésének gyakorisága 16,8 % volt, míg az érzelmeké csak 8 %, mely eltérés erősen szignifikánsnak bizonyult ($t(27)=-4.78$, $p<0,001$). Másrészt az érzelmek és a testi érzetek együttjárása a kapcsolati mutatóval figyelemreméltó különbségeket mutatott. A legtöbb mutató esetében a testi érzetek szorosabban jártak együtt a kapcsolati megnyilvánulásokkal, vagyis a terapeuta testi érzeteiből jobban bejósolható volt az adott terápiás kapcsolat milyensége, mint az érzelmeiből. Ez a tendencia még erőteljesebb volt a sikeres esetekben és a testi tudatosság magasabb szintjénél.

A Terapeuta testi érzetek (TT) mutató validitás vizsgálata

A validitás vizsgálatára korreláltattuk a BAQ-H, MAIA skála értékeit a sikeres TT (TTS), a sikertelen TT (TTF) és a kettő átlagából képzett átlagos TT mutatóval. A BAQ-H értékek szignifikánsan korreláltak a TT átlaggal ($r=0,38$, $p=0,045$), míg a TTS és TTF mutatóval nem, bár az is az elvárt, pozitív irányba mutatott (TTF és BAQ-H: $r=0,34$, $p=0,08$; TTS és BAQ-H: $r=0,27$, $p=0,16$). A MAIA skála értékei mind az átlagos, mind a TTF mutatóval szignifikáns mértékben korreláltak az elvárt pozitív irányba (átlagos TT és MAIA: $r=0,48$, $p=0,01$; TTF és MAIA: $r=0,42$, $p=0,027$). A MAIA és a TTS is pozitívan korrelált, bár a korreláció nem érte el a szignifikanciát ($r=0,34$, $p=0,073$).

Annak kiderítésére, hogy mit is mérnek pontosan a TT mutató egyes komponensei, még tovább bontottuk az eszközt. A sikeres és sikertelen TT mutatókban (TTS, TTF) megkülönböztettük a pozitív és negatív tartalmúakat (TT+S, TT-S, TT+F, TT-F), és ezek együttjárását néztük meg a MAIA és a BAQ-H értékeivel. Itt érdekes eredményeket kaptunk. Míg a sikeres esetek pozitív TT mutatója (TT+S) szignifikáns jó együttjárást mutatott a MAIA skálával ($r=0,499$, $p=0,007$), a sikeres negatív TT (TT-S) nem mutatott együttjárást ($r=0,14$, $p=0,479$). Ugyanez a mintázat érvényesült a BAQ-H értékével összefüggésben (TT+S és BAQ-H: $r=0,457$, $p=0,015$; TT-S és BAQ-H: $r=-0,23$, $p=0,238$). A sikertelen esetek pozitív és negatív TT mutatóinál éppen fordított volt az összefüggés a MAIA és a BAQ-H értékekkel.

Következtetések

Ebben az írásban a terápiás változás azon fő tényezőit próbáltuk feltárni, melyek a pszichoterápiák hatékonyságát fokozhatják. Különböző tanulmányok egy kiemelkedően fontos tényezőt emeltek ki a sok közül, mégpedig a kliens és a terapeuta közötti kapcsolatot. Ezt a hatótényezőt különféle terápiás megközelítések egyaránt hangsúlyozzák. A pszichoanalitikus alapokon nyugvó interszubjektív elméletek és a kognitív megközelítés embodiment teóriái hasonló folyamatokat írnak le a terápiás kapcsolatban kicsit különböző fogalmakkal. A két terület szakemberei egyaránt azt állítják, hogy a szemantikus, nyelvi kommunikáció szintje mellett, van egy testi és érzelmi szintje is a terapeuta és a kliens között zajló kommunikációnak. Ha a test és az elme nem szétválaszthatóak, akkor gondolkodásunkat, lelkiállapotunkat erősen meghatározzák a tudatos és nem tudatos testi tényezők is. Ennek következtében a terapeuták is felelősek saját fizikai és mentális állapotukért, melyek szerepet játszanak a koncentrált figyelem, az elfogadó viszonyulás, a hangolódás, a hiteles kommunikáció, és más kapcsolati kompetenciák működésében, támogatva ezzel a terápiás kapcsolat hatékonyságát. A testtudati technikán alapuló módszerek ezeken a területeken sokat segíthetnek, mert több szinten is képesek a szakemberek munkájának hatékonyságát előmozdítani.

Az interjú kutatás fő vonulatát kiegészítő kérdőíves vizsgálat eredményei, bár sok tekintetben egy irányba mutattak, csak óvatos értelmezést tesznek lehetővé az egyes csoportok alacsony elemszáma miatt. Általában elmondható, hogy mind a különböző testtudati, mind a megküzdést mérő skálákon többnyire magasabb értékeket értek el a testtudati technikát nagy rendszerességgel gyakorló terapeuta csoportok a ritkán vagy nem gyakorló csoportokhoz képest. Az aktív-passzív testtudati technikák megkülönböztetése mentén is jöttek ki figyelemreméltó eredmények, melyek azonban még megerősítésre várnak további, nagyobb elemszámú vizsgálatokkal megtámogatva.

A testi tudatosság mérésének kapcsán az volt a kiinduló feltételezés, hogy mind a testtudati technika gyakorlásának gyakorisága, mind aktív-passzív természete hatással lesz a testtudat különböző dimenzióiban mért értékekre. Ezért a mérőeszközök összesített eredményén kívül, megnéztük az eltérő csoportok egyes fontosabb alskálákon elért eredményeit is. A testi tudatosság mérésére használt két eszköz (MAIA, BAQ-H) hasonló összefüggéseket mutatott az aktív-passzív testtudat megkülönböztetésének és a gyakorlás rendszerességének tekintetében. A gyakorolt testtudati technika aktív vagy passzív természete nem befolyásolta jelentősen a testtudati skálákon elért értékeket, vagyis a testi tudatosság szintjét, a MAIA kérdőíven elért eredményekben csupán egy tendencia volt az aktív testtudati csoport javára. Az viszont minden esetben jelentősnek bizonyult, hogy a szakemberek milyen rendszerességgel gyakorolják jelenleg az adott testtudati technikát. A heti 4 vagy annál több alkalommal valamilyen testtudati technikát gyakorló terapeuták szignifikánsan magasabb testi tudatossággal rendelkeztek, mint akik csak heti 0-3 alkalommal gyakorolnak.

Kutatásunkban a MAIA többdimenziós kérdőíve jobban volt alkalmazható a terapeuták testi tudatosságának mérésére, mint a BAQ-H, mely csupán egy észlelési képességet mér a testi tudatosság mentén. A MAIA tartalmaz olyan dimenziókat is, melyek a testi tudatosság fejlettebb formáira vonatkoznak, és jobban lefedik a terapeuták

számára szükséges különböző testi tudatosság aspektusokat. A MAIA *Test-lélek integritás tudatossága* dimenzió három faktora például, mely a testi tudatosság magasabb, fejlettebb szintjeihez való hozzáférést méri jól elkülönítette a rendszeresen gyakorlókat a ritkán vagy soha nem gyakorlóktól.

A második kérdőíves hipotézisben azt a feltételezést vizsgáltuk, hogy a terapeuták testtudati gyakorlásának aktív vagy passzív természete valamint rendszeressége hatással van-e a stressz és megküzdési kapacitások egyensúlyára. A testtudati technika aktív-passzív természete nem, viszont a gyakorlásának rendszeressége itt is jelentős befolyást gyakorolt a stressz és megküzdési kapacitások egyensúlyára, valamint egyes stressz és megküzdési komponensekre is. A passzív testtudati technikát nagyobb rendszerességgel gyakorlóknak volt a legmagasabb a Globális Stressz és Megküzdési Indexe, valószínűleg azért, mivel ezek a technikák kifejezetten a stressz kezelését célozzák. A testtudati technikákat, mint hatékony megküzdési módokat azért is fontos kiemelni, mert a megküzdés szakirodalmában és a benne szereplő vizsgálatokban erősen túlsúlyban vannak a kognitív stratégiák egyéb technikái.

Az interjú kutatás megvitatását a validitás vizsgálat eredményeivel kezdjük, melyben azt néztük meg, hogy a *Terapeuta testi érzetek* (TT) mutató és különböző komponensei, mennyire jártak együtt a különböző kérdőíves testi tudatosság konstrukciókkal. A MAIA és a BAQ-H skálákon elért értékek valamint az átlagos TT mutató jó korrelációs együtthatóiból arra következtethetünk, hogy az érvényesség szempontjából egy jó mutatót sikerült létrehoznunk a *Terapeuta testi érzetek* kategóriával.

Ha tovább bontottuk a TT mutatót a sikertelen és sikeres esetekben pozitív és negatív testi érzet mutatókra, akkor azt kaptuk, hogy az adott eset sikerességével vagy sikertelenségével kongruens pozitív vagy negatív testi érzetek említése járt együtt szorosabban a MAIA és a BAQ-H által mért testi tudatossággal. Többféle magyarázat is lehetséges az eredmények értelmezésére azon túl, hogy a testtudat egy többdimenziós konstrukció. Az eredmény arra is utalhat, hogy mivel sikeres esetekben a pozitív testi érzetek a kongruensek, ezek az adott helyzetben gyakoribbak, könnyebben tudatosulnak és idézhetők fel, így ezek említése szorosabban jár együtt a testi tudatosság kérdőíves konstrukciójának értékeivel is. A sikertelen esetekben pedig a negatív testi érzetek a gyakoribbak, tudatosulnak könnyebben, és idézhetőek fel hatékonyabban, ezért ezek járnak együtt inkább a kérdőíves konstrukciókkal.

A TT mutatóban azonban voltak olyan összetevők, melyek kevésbé szoros együttjárásokat eredményeztek a testi tudatosság kérdőíves skáláival. Ezek a gyengébb korrelációk abból is eredhetnek, hogy az általunk alkalmazott TT mutatóban voltak a személyek számára alap esetben ritkán tudatosuló, a szövegben látenszen jelen lévő testi érzetre utaló tartalmak is, pl. a vitalitás affektusok. Ezeket a ritkán tudatosuló testi érzeteket a testi tudatosságra koncentráló kérdőívek nem mérik, a szöveges beszámolókból azonban jól detektálhatók. Éppen ezek a megfontolások vezettek az interjú kutatáshoz, mivel a vizsgálni kívánt komplex jelenség megragadására önmagában a kérdőíves eszközökkel nem lett volna lehetőségünk.

Az interjú kutatás első átfogó vizsgálati kérdésében arra kerestük a választ, hogy a testi tudatosságban mutatkozó különbségek (a gyakorlás rendszeressége illetve aktív-passzív természete szerint) hatással lehetnek-e a terapeuta kapcsolati kompetenciáira és ezen keresztül a terápiás hatékonyságra is. A feltételezésünk az volt, hogy a terapeuták sikeres és sikertelen esetekről szóló beszámolóiból ki lehet mutatni erre vonatkozó különböző mintázatokat. A kérdés kibontása az egyes alpontokban a következő eredmények megvitatására nyújtott lehetőséget.

A sikertelen esetekben kisebb különbséget vártunk a négy csoport között a TT és TÉ mutatókban, mivel evolúciós jelentőségük miatt a negatív testi érzeteket és érzelmeket különösebb testtudati jártasság nélkül is könnyen lehet észlelni. A sikeres esetekben nagyobb eltéréseket feltételeztünk a *Terapeuta testi érzetek* (TT) mutatóban, mert ott a finomabb testi folyamatok, vitalitás affektusok is szerepet játszanak, s ezek tudatosításának mértéke már valószínűleg függ a testi tudatosság szintjétől. Azt vártuk továbbá, hogy a *Terapeuta érzelmek* (TÉ) esetén nem lesz olyan nagy különbség a négy csoport között sikeres esetekben, mint a TT mutatónál, mivel itt a testi érzetek erősségének szempontjából a közepes erősségű, könnyen tudatosítható, kognitív értékelő aspektussal rendelkező érzetek szerepelnek, amelyek kevésbé függenek a testtudati jártasságtól.

A *Terapeuta érzelmek* (TÉ) mutatóknál megerősítést nyertek a feltevéseink. Nem láthattunk jelentős különbségeket a négy csoport között sem a sikeres, sem a sikertelen esetekben, mivel ebben a kategóriában a közepes erősségű érzetek szerepeltek, amelyek kevésbé függenek a testtudati jártasságtól.

A feltételezéseknek megfelelően a *Terapeuta testi érzetek* (TT) mutató a sikertelen esetekben a negatív testi érzetek kiugró arányának következtében az összes csoportot alapul véve szignifikánsan nagyobb gyakorisággal fordult elő, mint a sikeresekben. Azonban, ha különválasztottuk a négy csoportot, akkor csak háromra volt igaz ez a megállapítás. A negyedik csoport esetében, az aktív testtudati technikákat nagy rendszerességgel gyakorló terapeutáknál (TA4+) a sikeres esetekben is magas volt a TT mutató aránya. Ez kapcsolódik ahhoz a fent említett megfigyeléshez, hogy a negatív testi érzetek tudatosulása az átlag populációnál általában gyakoribb, mivel evolúciós értéke, szemben a pozitív érzetekével, melyekhez már (aktív) testtudati jártasság szükséges. Azért emeltük ki, hogy aktív testtudati jártasság szükséges, mivel a TP4+ csoportban, akik szintén magas testi tudatossággal rendelkeznek, a sikertelen esetek TT-je (döntően negatív testi érzetekkel) több mint háromszorosa volt a sikeres esetek TT mutatójának (túlnyomórészt pozitív érzetekkel).

Ezt az eredményt magyarázhatjuk az aktív és passzív módszerek különbözőségével, abból az okból kifolyólag, hogy ezek a technikák alapvetően másra érzékenyítik a gyakorlókat. Mivel a passzív technikák döntő többségében a stressz oldásán, a negatív testi érzetek megszüntetésén, például izomfeszültségek ellazításán van a hangsúly, ezek észlelésére nagyobb figyelem jut. Ezzel szemben az aktív technikákban sokkal nagyobb szerephez jutnak a pozitív testi érzetek, és az észlelési küszöbhez közelebb eső, finomabb érzetek, melyek a mozgásból, a környezethez és a társakhoz való kapcsolódásból erednek. Fontosnak tartjuk azonban kiemelni, hogy nem arról van szó, hogy pozitív, a pácienssel való finom összehangolódásokból eredő testi érzeteket csak a magas aktív testi tudatossággal rendelkezők élnék át, hanem arról,

hogy ők ezeket tudatosabban képesek észrevenni, és később fel is idézni az esetekről szóló beszámolóikban.

A Kapcsolati jegyek mutatójánál az aktív-passzív csoport közötti különbség csak a sikeres esetekben bizonyult jelentősnek, és a mutatók egy részében az aktív-passzív dimenzió mellett a gyakorlás rendszerességének mértéke is hatást gyakorolt az értékekre. A sikertelen esetekben tehát ennek a mutatónak a mentén is jobban hasonlítottak egymásra a csoportok, ami arra utalhat, hogy minden terapeuta számára van olyan páciens, terápiás helyzet, amely nehezíti a kapcsolati kompetenciák működtetését.

A mutatók külön tárgyalása után megnéztük, hogy a testtudati gyakorlás gyakorisága alapján két csoportba osztott terapeuták TT, TÉ és KTP mutatói hogyan járnak együtt, hogy ebből a hitelesség kapcsolati kompetenciájára vonatkozó következtetéseket vonhassunk le.

A testi tudatosság mértékének függvényében, a testi érzetek, érzelmek tudatosítása és a kapcsolati jegyek összefüggése eltérő képet mutatott a gyakorlás gyakorisága mentén szétválasztott két csoportnál. Az eredmények azt sugallják, hogy a sikeres esetekben a nagyobb rendszerességgel gyakorlók inkább a testi érzeteiket használják információnak a kapcsolat alakításában, de az érzelmek is szerephez jutnak. Ebben a csoportban minél több testi érzetet vagy érzelmet említett a terapeuta, annál több kapcsolati jegyet is ki lehetett mutatni. Továbbá a negatív testi érzetek a negatív kapcsolati mutatóval, a pozitívak pedig a pozitívval jártak együtt szorosan, valamint az érzelmeknél is hasonló tendenciák mutatkoztak, csak kisebb mértékben. A ritkábban gyakorlóknál csak a negatív érzelmek hatásának volt ilyen szoros összefüggése a kapcsolattal. Eredményeinkből arra következtethetünk, hogy sikeres esetekben a hitelesség erősen jellemzi a nagy rendszerességgel gyakorló csoportot, mind a testi érzetek, mind az érzelmek és az azokkal kongruens kapcsolati megnyilvánulások terén, és a ritkán gyakorlókat is a negatív érzelmek tekintetében.

A sikertelen esetekben azonban egészen más mintázatok jöttek ki a különböző mutatók között. A nagy rendszerességgel gyakorlóknál egy erős negatív korrelációt kaptunk a testi érzetek és a kapcsolati jegyek között, vagyis minél több testi érzetet említett a terapeuta, annál kevesebb kapcsolati jegy volt detektálható. Ugyanez volt a helyzet a ritkán gyakorló csoportban az érzelmekkel, vagyis minél több érzelmet említett a terapeuta, annál kevesebb kapcsolati jegy volt kódolható. Ennek az lehet a magyarázata, hogy ilyen esetekben a terapeuta erős negatív testi érzeteinek és érzelmeinek azonnali kommunikációja a páciens felé, mely a hitelességhez szükséges volna, nem kivitelezhető, mert az valószínűleg ártalmas lenne a páciensre és a terápiás folyamatra nézve is. Itt a hitelesség helyett feltehetően arra történnek erőfeszítések mindkét csoportban, hogy ezekkel a negatív érzetekkel megküzdjenek valamilyen formában, vagy úgy, hogy inkább kevesebb kapcsolati megnyilvánulás lesz jellemző, vagy kísérletek történnek az érzettel ellentétes kapcsolati megnyilvánulásokra, a kapcsolat javítására.

A fenti megállapítások következtében a sikertelen, nehéz terápiás esetekben inkább arra kell törekednie a terapeutáknak, hogy ezekkel a negatív testi érzetekkel valamiféle megküzdés történjen. Bár a hitelesség a hatékonyság szempontjából ezekben

az esetekben is fontos tényező lenne, megvalósulása mégsem lehetséges teljes mértékben a terápia megszakadásának veszélye miatt sem. Ennek a paradoxonnak a feloldásában segíthetnek a testtudati technikák. Ha ugyanis a terapeuta a negatív testi érzeteit a terápia folyamán valamilyen módon képes információként felhasználni, szabályozni, megküzdni vele, és átalakítani olyan formában, ahogyan már hitelesen kommunikálható a páciens felé, akkor nagy valószínűséggel a terápiás hatékonyság is fokozható lesz.

A következő vizsgálati kérdésben a találkozás pillanatok megragadását helyeztük a fókuszba, mert úgy véltük, rajtuk keresztül jól bemutathatók a testi tudatosság, mint kapcsolati kompetencia és megküzdési mód hatékony alkalmazási lehetőségei. A találkozás pillanatok, az affektív és empátias hangolódás kiemelkedő eseményei, a sikeres terápiás beszámolók nagy részében megjelentek, szemben a sikertelenekben mutatózó alacsony gyakorisággal, így arra következtettünk, hogy jelenlétüknek bejósoló ereje lehet a terápia kedvező kimenetele szempontjából. Bár a testi tudatosság gyakorlásának rendszeressége ebben a kutatásban nem befolyásolta a találkozás pillanatok említésének gyakoriságát, a jövőben érdemes lehet tovább vizsgálni a kérdést abban a tekintetben, hogy vajon a jelenség leírásának differenciáltságában mutatkoznak-e különbségek a testi tudatosság gyakorlásának mértéke és természete szerint.

Stern műve a jelen pillanatról (2010) a lehetséges veszélyekre hívja fel a figyelmet a most-pillanatok felbukkanásakor, melyek kezelése a terapeuta megküzdési kapacitásától is függ. Amennyiben egy ilyen felfokozott pillanatban nem jön létre találkozás pillanat a terapeuta és a páciens között, annak negatív terápiás következményei lehetnek a szerző szerint. Ez történhet azért, mert lemarad a terapeuta róla, vagy megtapasztalja ugyan, de túl feszült lesz tőle, és inkább technikai manőverek mögé bújik, vagy akár beléphet a pillanatba, de nem találja az autentikus, spontán, helyzetben adekvát választ. A legtöbb esetben ennek nem lesznek súlyos következményei, majd jön egy következő most-pillanat, amelyben újra lehet próbálkozni. Van, amikor azonban a terápiás folyamat veszélybe kerül, vagy akár fel is bomolhat, ha a páciens úgy érzi, a terapeuta nem érti meg őt.

Itt jönnek a képbe a terapeuta kapcsolati kompetenciái, melyeknek fontos elemei lehetnek a testtudati technikákban elsajátított képességek. A testtudati figyelem terén szerzett saját élmény tapasztalatok egyrészt az első esetben segíthetnek, amennyiben a terapeuta hatékonyabban lesz képes felismerni ezeket a pillanatok a saját testi érzeteiben bekövetkezett változások detektálásának segítségével. A második esetben, amennyiben feszültség keletkezik benne, erre is vannak olyan testtudati megküzdési technikák, különösen a passzív módszerekben, amelyek alkalmazhatóak akár a terápiás folyamat során is (pl. különböző légzéstechnikák, lazítások, vagy egyszerűen maga a tudatos jelenlét). Ebben az esetben természetesen különböző kognitív megküzdési stratégiák is sikerrel alkalmazhatók. A harmadik esetben az aktív testtudati technikákban szerzett tapasztalatok jelentősen megnövelhetik a terapeuta rá jellemző, autentikus, spontán és adekvát válaszokra való képességét.

Az interjú kutatás harmadik vizsgálati kérdése arra vonatkozott, hogy a testi érzetek nemcsak az érzelmek egyik tényezőjeként, hanem önálló jogon is érdemesek lehetnek-e a figyelemre a terápiás hatékonyságvizsgálatokban. Az interjú kutatás egyik ide kapcsolható eredménye az volt, hogy a sikertelen esetekről szóló beszámolóiban

kétszer olyan gyakran említették a terapeuták a testi érzeteiket, mint az érzelmeiket. Ha ez csupán a vizsgálati témánkból adódna, és a terapeuták azon törekvéséből, hogy egy testi érzetek tudatosításával foglalkozó kutatásban minél több ilyen érzetről szóló tartalommal lássák el a kutatókat, akkor a sikeres esetekben is hasonló mintázatot kaptunk volna. Azonban a sikeres esetekben nem ez volt a helyzet. Mint már fentebb tárgyaltuk, a sikertelen esetekben a negatív testi érzetek erős jelenléte, s az ezek könnyebb észlelése és visszaidézése lehetett felelős az eredményekért, szemben a közepes tartományba eső érzelmekkel, melyek evolúciósan kevésbé lehetnek jelentősek. A másik ide tartozó eredmény a hitelesség kapcsolati kompetenciájának tárgyalásakor került fókuszba, amely szerint az érzelmek és a testi érzetek együttjárása a kapcsolati mutatóval szintén figyelemreméltó különbségeket mutatott.

Az elméleti háttér más teóriái további támogató érveket is szolgáltatnak az utolsó vizsgálati kérdésünk mellé. A testi érzetek, mint a kategorikus érzelmektől függetlenül is vizsgálható, vizsgálandó tényezők mellett szól az a megállapítás is, hogy ezek az érzetek a terápiás folyamatban mindvégig jelen vannak, még ha nem is mindig tudatosulnak. Az ezekből kialakuló jól körülhatárolható érzelmek jóval ritkábban jelennek meg, és bennük az elsődleges testi érzet már sokszor jelentősen átalakul a kognitív értékelő folyamatok hatására. A testi érzetek elsődlegességük folytán nagy hatást gyakorolhatnak a különböző mentális folyamatokra és a viselkedésre akár észrevétlenül is, ezért ha a terapeuta időnként figyelemmel követi őket a terápiás folyamatban, ezáltal hatékonyabban működhet közre a kapcsolat és a terápia alakításában. A testi érzetek mindezekén túl azért is figyelemre érdemesek, mert több kapcsolati kompetencia működésében is fontosak, a hitelesség, az empátia és az elfogadás alapjául is szolgálnak, valamint az észlelésükre és kezelésükre alkalmazott testtudati technikákkal a megküzdés területén végzett kutatásokban is jelentős mondanivalójuk lehet. A fenti feltevések igazolásához vagy elvetéséhez azonban további vizsgálatok szükségesek. Az viszont már ezekből az eredményekből is kitűnik, hogy a testi érzetek tudatosításának vizsgálatai az érzelmek fogalmkörétől függetlenül is számos érdekes meglátással gazdagíthatják a különböző pszichológiai területeken folyó kutatásokat.

A dolgozat sok elméleti és gyakorlati megfontolást, és még több kérdést vetett fel, melyek a jövőbeni kutatási irányokra és a terápiás szakemberek képzésére is befolyással lehetnek. Ha a különböző terápiás megközelítésekben a kapcsolati tényezőknek a hatása ennyire meghatározó, akkor lehetséges, hogy a különféle módszerekre, terápiás technikákra is, mint eszközökre érdemes tekinteni, melyek segítenek a páciensnek gyakorolni a „kapcsolatban levést”. Ez esetben a terapeuták képzésében is nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a kapcsolati kompetenciák fejlesztésére, azon belül is a testtudati technikákra, melyek egyszerre több szinten is hatékonyan képesek támogatni a terápia folyamatát. Aggodalomra adhat okot, hogy jelenleg még mindig az elméleti és diagnosztikai túlsúly jellemzi a képzést, pedig már több évtizede Rogers is hangsúlyozta (1981), hogy ez inkább az empátia képessége ellen hat, mintegy professzionális szerepbe kényszerítve a terapeutát.

A hatékony képzés kidolgozásához olyan további vizsgálatokra is szükség lenne a testtudati technikán alapuló módszerek területén, melyek kifejezetten a terapeuták számára szükséges aspektusokat tárnák fel ezekben a komplex módszerekben.

Különböző szakembereknek, különböző célból más és más technikák lehetnek a leghatékonyabbak. A figyelmi kapacitások növelésére valamennyi testtudati technika alkalmas lehet. Az empátiás kapacitás úgy tűnik, hogy az aktív módszerekben, különösen a mozgás- és táncterápiákban, valamint a tai chi chuan gyakorlásában fejleszthető könnyebben. A megküzdési kapacitások tekintetében pedig mást tud adni egy passzív testtudati technikán alapuló módszer, melyben a stresszel való megküzdés célzottan jelen van, és egy aktív módszer a környezethez való kapcsolódás sokszínű módozatainak felkínálásával. Ezeknek a módszereknek a gazdagsága és hatékonysága rengeteg feltáratlan lehetőséget rejt még magában, melyekre a jövőben érdemes lehet megkülönböztetett figyelmet fordítani a pszichológiai kutatásokban.

Irodalom

- BOKOR L. (2017). Feszültség a pszichoanalízis elméletrendszerében. Az interszubbektivitás fogalmának eltérő jelentései az elméletben és a terápiás gyakorlatban. *Lélekelemzés*, 12(2). 137–152.
- BUCCI, W. (2011). The Role of Embodied Communication in Therapeutic Change. In TSCHACHER, W., BERGOMI, C. (eds): *The Implications of Embodiment – Cognition and Communication*. Imprint Academic, Exeter. 209–228.
- BUDA B. (1993). *Empátia... a beleélés lélektana*. Budapest, EGO SCHOOL BT.
- FÓNAGY, P., TARGET, M. (2005). *Pszichoanalitikus elméletek*. Gondolat Kiadó, Budapest. 256–287.
- JÁRAI, R., CSÓKÁSI, K., BÜKI, SZ., HENT, C. CS. (2016). A Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála hazai adaptációja. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(1). 123–134.
- KAMPIS GY. (2001). Az elme dinamikus modelljei. In GERVAIN, J., PLÉH, CS. (eds.) *A láthatatlan megismerés*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- KÖTELES, F. (2014). A Testi Tudatosság Kérdőív magyar verziójának (BAQ-H) vizsgálata jogász és fiatal felnőtt kontroll mintán. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 15. 373–391.
- KULCSÁR Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- LAKOFF, G., JOHNSON, M. (1980). *Metaphors we live by*. The University of Chicago Press, Chicago.
- LYONS-RUTH, K. (1998). Implicit Relational Knowing: its Role in Development and Psychoanalytic Treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3). 282–289.
- MEHLING, W. E., GOPISETTY, V., DAUBENMIER, J.J., PRICE, C. J., HECHT, F. M., STEWART, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PLoS ONE* 4. e5614.
- MEHLING, W.E., WRUBEL, J., DAUBENMIER, J.J., PRICE, C. J., KERR, C.E., SILOW, T. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6:6. <http://www.peh-med.com/content/6/1/6>

- MEHLING, W. E., PRICE, C., DAUBENMIER, J. J., ACREE, M., BARTMESS, E., STEWART, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS ONE*, 7(11). e48230.
- OATLEY, K., JENKINS, J. M. (2001): *Érzelmek*. Budapest, Osiris Kiadó.
- PETŐ K. (2003). Az implicit kapcsolati tudás. Új szempontok a pszichoterápia hatásmechanizmusának megértéséhez. *Psychiatria Hungarica*, 18(4). 217–225.
- PINTÉR G. (2015). A humanisztikus pszichológián alapuló irányzatok. In Szőnyi G. (ed.) *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina Kiadó, Budapest.
- RAHE, R. H., TOLLES, R. L. (2002). The Brief Stress and Coping Inventory: a useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9 (2): 61-70.
- ROGERS, C. R. (1981): A terápiás kapcsolat: a jelenlegi elméletek és kutatások. In: Buda B. (szerk.): *Pszichoterápia*. Budapest, Gondolat Kiadó. 181-196.
- RÓZSA S., KŐ N., CSOBOTH CS., PUREBL GY., BEÖTHY-MOLNÁR A., SZEBIK I., BERGHAMMER R., RÉTHELYI J., SKRABSKI Á., KOPP M. (2005). Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6: 275-294.
- SHIELDS, S.A., M.E. MALLORY & A. SIMON (1989). The Body Awareness Questionnaire: Reliability and Validity. *Journal of Personality Assessment* 53, 802.
- SIMON J. (2010). Az érzelemreguláció és a valódi szelf élménye a dinamikus mozgás- és táncterápia során. *Lélekelemzés*, 2010. június. 85–102.
- SIMON M., TÉNYI T., TRIKLER M. (2001). Memória-fajták a pszichodinamikus megközelítés tükrében. *Pszichoterápia*, 10. 332–341.
- STERN, D.N., BRUSCHWEILER-STERN, N., HARRISON, A., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A., NAHUM, J., SANDER, L., TRONICK, E. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3). 300–308.
- STERN, D.N. (2002). *A csecsemő személyközi világa*. Animula Kiadó, Budapest.
- STERN, D.N. (2010). *A jelen pillanat. Mikroanalízis a pszichoterápiában*. Animula Kiadó, Budapest.
- SZŐNYI G. (ed.) (2015). *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina Kiadó, Budapest.
- TSCHACHER, W., BERGOMI, C. (ed.) (2011). *The Implications of Embodiment – Cognition and Communication*. Imprint Academic, Exeter.
- VARELA, F. J., ROSCH, E., THOMPSON, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. MIT Press, Massachusetts.