

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 hatékonyságnak az összefüggései

Doktori (PhD) disszertáció

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

Budapest, 2019. július

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	2
Bevezetés	5
Elméleti háttér.....	9
A testtudat fogalma	9
Testtudati technikán alapuló módszerek	13
Passzív testtudati technikán alapuló módszerek	13
Meditáció	13
Mindfulness alapú kognitív terápia.....	15
Relaxáció, autogén tréning	17
Aktív testtudati technikán alapuló módszerek	18
Pszichodinamikus mozgás- és táncterápia	19
Tai chi chuan.....	21
Jóga	22
A passzív és aktív technikák megkülönböztetése	24
Affektusok, testi érzetek és érzelmek – elméletek és definíciók	26
Test és elme integrációjának elméletei	30
A kognitív és az interszubjektív megközelítés találkozása.....	32
Változás a terápiában	34
Hatékonyságvizsgálatok a pszichoterápia területén	34
Kapcsolati kompetenciák – Rogers.....	37
Az empátia szerepe a pszichoterápiás folyamatban.....	38
Változás az interszubjektív megközelítésben – Stern.....	45
Memóriarendszerek és a pszichoterápiás változás.....	47
Találkozás pillanatok és változás.....	48
Megküzdés és testtudat kapcsolata	51
Testtudat és kapcsolati hatótényezők a különböző pszichoterápiás megközelítésekben	57
Pszichoanalitikus és pszichodinamikus terápia	58
Kognitív és viselkedésterápiás megközelítések	61
Személyközpontú, humanisztikus terápia.....	65

Nonverbális módszerek.....	66
Érzelmelek és testi érzetek a narratív kutatásokban	68
A kutatás	72
A kutatás háttere, előzményei	72
A „Testből szőtt elmék” képzési program céljai és felépítése.....	76
A képzés tapasztalatai.....	79
A vizsgálat	80
Módszerek és eljárás.....	80
Minta.....	81
Hipotézisek és vizsgálati kérdések	82
Mérőeszközök.....	83
MAIA.....	83
BAQ-H.....	85
Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív.....	85
Egyéb kérdések	87
Az interjú	87
A pszichológiai tartalomelemzés	88
Eljárás	89
Kódkönyv – kategóriák.....	90
Eredmények a kérdőíves kutatásban.....	95
1. hipotézis - A terapeuták testi tudatossága.....	95
2. hipotézis – Stressz és megküzdés a terapeutáknál	99
Az interjú kutatás eredményei – A sikeres és sikertelen esetek pszichológiai tartalomelemzése	104
1. vizsgálati kérdés – A testi tudatosság, a kapcsolati kompetenciák és a terápiás hatékonyság összefüggései	104
2. vizsgálati kérdés – Találkozás pillanatok	120
3. vizsgálati kérdés – A testi érzetek, mint független tényezők.....	122
Diszkusszió.....	123
Zárszó.....	142
Köszönetnyilvánítás.....	143

Irodalom.....	144
Mellékletek	154
1. melléklet: A résztvevők nyilatkozatainak mintái.....	154
Beleegyezési nyilatkozat és tájékoztatás a vizsgálatról	154
Hozzájárulás adatkezeléshez.....	157
2. melléklet: Kérdőívek.....	160
Testi tudatosság kérdőív csomag	160
Rahe-féle rövid kérdőív a stresszről és megküzdésről.....	165
3. melléklet - Interjú kérdések	177
4. melléklet.....	178
Találkozás pillanatok példái	178
Elvétett vagy létre nem jövő találkozás pillanatok példái	180
5. melléklet: Adatlap.....	181

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 az írásban a terápiás kapcsolatban rejlő alkalmazási módokat fogjuk áttekinteni, 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, a dinamikus-analitikus csoportos, 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 hatótényező, amivel a terápia felgyorsítható, hatékonysága fokozható. A különböző

terápiás módszerek hatékonyságát 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 empátias 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 megtapasztalása 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 háttérében.

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. Bár a páciens intrapszichés struktúráiban ismétlődő mintázatok létezése nem kérdéses, a terápiás folyamat egésze ebből nem jósolható be, különösen nem a finom részletek, a kapcsolat hangulati elemei, és a terapeuta szubjektumából is adódó közös dinamikák (Bokor, 2017). 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, melyek meghaladnák ennek az írásnak a terjedelmét. Jelen dolgozatban a testtudati módszerek alkalmazási lehetőségei kapcsán arról is szó lesz, hogy a terapeuták kapcsolati kompetenciáinak fejlesztésén túl, milyen további előnyökkel járhatnak ezek a technikák a gyakorlók számára. Egyrészt támogatják a terapeuták 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, melynek résztvevő alanyai különböző testtudati technikán alapuló módszereket elsajátító és gyakorló terapeuták voltak. 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, empátias 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.

Elméleti háttér

A testtudat fogalma

Valamennyi testtudati technikán alapuló, testtudatosságot fejlesztő módszer, legyen az hagyományos vagy modern, lehetőséget biztosít a test és a tudat egységes működésének megtapasztalására. Különböznek azonban abban, hogy milyen eszközökkel és milyen mértékben érik el a módosult tudatállapotnak azt a formáját, amelyben hatékonyak. Vannak olyan technikák, melyekben a mozdulatlanság (pl. ülő illetve fekvő helyzetben végzett meditációs vagy relaxációs technikák), máshol éppen a folyamatos mozgásban lévő test és tudat segíti az elmélyülést (pl. tai chi chuan). Léteznek szuggesztióval (pl. hipnózis) vagy önszuggesztióval (pl. autogén tréning) dolgozó technikák.

A különböző módszerek abban is eltérőek lehetnek, hogy milyen céllal gyakorolják őket. Egyes módszerekben a testre való figyelem, fókuszálás, koncentráció önmegegyezés a cél (pl. Mindfulness), másokban bizonyos testi vagy mentális folyamatok megváltoztatása (pl. autogén tréning). Valamelyiket alapvetően egészségmegőrzés céljából alkalmazzák a nyugati kultúrákban, a fizikai erőnlét, a hajlékonyság vagy a lelki egyensúly megőrzésére (pl. hatha jóga, és más alkalmazott jóga területek), másokat éppen a betegségekkel való megküzdésre, terápiás vagy pszichoterápiás céllal (pl. pszichodinamikus mozgás- és táncterápia). Léteznek olyan hagyományos módszerek, melyeket régen katonai célokra fejlesztettek ki, de ma már csak egészségmegőrzésre használják (pl. tai chi chuan). Mindezek mellett vannak olyan megközelítések is, melyekben a testgyakorlatok arra szolgálnak, hogy a különböző tudatállapotok uralhatóvá, és végül megszüntethetővé váljanak (pl. a jóga bizonyos fajtái).

Ennyiféle módszerben 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 vizsgálatukban többek között olyan módszerek gyakorló szerepeltek (gyakorló terapeuták és pácienseik egyaránt), mint jóga, tai chi chuan, testorientált pszichoterápiák (Body-Oriented Psychotherapy), testtudatosság terápia (Body Awareness Therapy),

mindfulness alapú terápiák/meditáció, Feldenkrais, Alexander módszer, vagy légzésterápia.

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 (Mehling et al., 2011). Ebben a megközelítésben a propiocepció és az interocepció folyamatainak tudatosítható részét foglalja magában a testtudatosság koncepciója. Az előbbi az izmok feszülésének, az ízületek helyzetének megfigyelésére, illetve a testtartás, a mozgás és az egyensúly tudatos észlelésére vonatkozik, míg az interoceptív tudatosság az olyan belső testi érzetek tudatos észlelését jelenti, amelyek a fiziológias állapot érzékeléséhez járulnak hozzá (Mehling, 2009). 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, az érzelmi tudatosság, és más magasabb kognitív folyamatok is benne vannak (Mehling et al., 2012). E terület jelentősége az elmúlt évtizedekben nagy hangsúlyt kapott, azokkal a megközelítésekkel egyetemben, amelyek a testi tudatosság pozitív, adaptív természetét tárják fel (Köteles, 2014).

Egy másik tágabb definíció a testi tudatosság exteroceptív oldalát is figyelembe veszi, bevonva a testről a vizuális csatornákon érkező információkat is a fogalomba, és ennek észlelését, azaz a testképet (Mehling et al., 2011). A fogalom tágítása azonban mérésének nehézségeihez vezetett, és ellentmondásos eredményekhez a kutatásokban (Köteles, 2014; Járai et al., 2016). Bár a vizsgálatokban nehezen kezelhetővé teszi a fogalmat többdimenziós természete, a terápiás kapcsolatokban zajló folyamatok finom elemzéséhez elengedhetetlen a fogalom széles értelmezésének ismerete is.

A tudatosodó tartalmak és ezek értékelésének sokfélesége alapján három nagy kategóriát szoktak elkülöníteni a vizsgálatokban. Az első csoportba tartozik a potenciálisan patológiás testi történések észlelése, illetve ezek patológiásként való címkézése. A második csoportot az érzelmekhez kapcsolódó szomatikus történések alkotják, míg a harmadikat az előző kettőbe nem sorolható egészséges és nem érzelem

alapú testi folyamatok percepciója (Mehling et al., 2009). Ez a három kategória a gyakorlatban természetesen nem választható el egymástól élesen, példának okáért a viscerális szenzitivitás jellemzésére használt szívdobogás-detekciós képesség bármelyikbe besorolható (Köteles, 2014). Mégis érdemes elkülöníteni őket, mivel történetileg az orvosi szempontú kutatásokban a testi tudatosságot és az introspekción sokáig az első kategóriába sorolták, mint hipochondriázist vagy egészségszorongást, ezért károsnak ítélték (Mehling et al., 2009).

Az érzelmek kategóriájával is hasonló volt a helyzet, mivel leginkább a depresszió és a szorongás negatív érzelmei voltak a vizsgálatok középpontjában (bővebben ld. majd a Megküzdés és testtudat fejezetet is alább). A testtudatossághoz kapcsolódó vizsgálatok eredményei alapján arra a megállapításra jutottak a kutatók, hogy míg a diffúz, ruminatív, érzelmekhez kapcsolódó figyelem káros, a pillanatnyi érzetre irányuló vagy a szenzoros diszkriminációt célzó, érzelemmentes megfigyelés hasznos lehet (Mehling et al., 2009).

A fogalom angol nyelvű használatában még a „body consciousness” és a „body awareness” kifejezések értelmének finom különbsége is tovább árnyalja a jelenséget, és hozzájárul a definíciós és mérési problémákhoz (Köteles, 2014). Az egyes testi történések alkalmi tudatosítása, mint állapot, még korántsem azonos a folyamatos, komplex testmodellre igénylő tudatosság hajlamával (Köteles et al., 2012). Ez utóbbit a személyiségpszichológia a tudatosítás mint állapot (awareness) és a tudatosság mint vonás (consciousness) megkülönböztetéssel választja szét: eszerint a magasabb fokú személyes éntudatossággal bírók figyelme gyakrabban fordul befelé, vagyis gyakrabban vannak a személyes éntudatosítás állapotában (Fenigstein et al., 1975 id. Köteles, 2012).

Visszatérve Mehling és munkatársainak vizsgálatához (2011), a testtudatosság fogalmi koncepciójának jobb megértésén túl kvalitatív elemzésük eredményei több közös pontot is feltártak a különböző testtudatosságot fejlesztő módszerekben. Valamennyi módszerben fontos szerepe volt a légzéssel való munkának, a gyakorlásnak és ismétlésnek, a testérzetek felismerésének és megkülönböztetésének, valamint a testben, a gondolatokban, és az érzelmekben bekövetkező változások követésének.

Mindegyik megközelítésben kiemelt jelentőséget kapott a test-elme integrációja, mint terápiás cél. A kutatók megállapítása szerint közös alap ezekben a módszerekben a testtudatosság fogalmának kapcsolódása, elválaszthatatlansága a testesült

szelftudatosságtól (embodied self awareness – magyarázatát ld. lentebb), mely a környezettel való folyamatos akciókban és interakciókban mutatkozik meg. Mehling és munkatársai azt találták (2011), hogy a testtudatosságot fejlesztő terápiák feltételeznek egy veleszületett hajlamot az organizmusnál a testesült szelftudatosságra, mely a fejlődés során sérülhet, s ennek helyrehozatalára választják a páciensek az ilyen típusú terápiákat. A módszerekben fellelt közös elemek segítik az elme, a test és a környezet újraintegrálását.

Testtudati technikán alapuló módszerek

Terjedelmi korlátok miatt itt csak a legfontosabb módszerek rövid bemutatására nyílik lehetőség, melyeket a kutatásban résztvevő vizsgálati személyek gyakoroltak, és melyek alapján különböző elemzési csoportokba sorolódtak. Valamennyi módszerről és hatásairól rendelkezésre állnak tudományos igényű szakirodalmak, melyekben részletesen lehet tájékozódni az egyes módszerek hatásmechanizmusairól, ezekből több az Irodalom részben is megtalálható. Az elméletek és az objektív tudományos eredmények fontosak ugyan abban, hogy meggyőzzék az embereket ezeknek a módszereknek a hatékonyságáról és elméleti megalapozottságáról, azonban a szubjektív élménytartomány nélkül nem érthető meg egyik gyakorlat sem. Két nagy csoportban tárgyaljuk a különböző technikákat aszerint, hogy aktív testmozgást közben történik a testi érzetek tudatosítása vagy egy passzív, mozdulatlan állapotban.

Passzív testtudati technikán alapuló módszerek

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, a relaxáció vagy az autogén tréning technikáiban. Ezekben 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.

Meditáció

A meditációnak sokféle formája és meghatározása létezik. A nyugati kultúrákban gyökerező definíciók szerint a meditáció inkább egy szelf-regulációs stratégia, amely különös hangsúlyt fektet a figyelem tréningezésére (Walsh, Shapiro, 2006). A keleti meditációs hagyományokban is többféle meditációs forma létezik, de ezekben a meditáció egy tágabb spirituális vagy vallási rendszer része, s inkább a tudat fejlődését hangsúlyozzák. Walsh és Shapiro meghatározásában (2006) a meditáció az önszabályozó gyakorlatok egy olyan családjára utal, mely a figyelem tréningezésére és a tudatosságra összpontosít, hogy a mentális folyamatokat jobban a szándékos kontrol alá vonja, és ezáltal elősegítse az általános mentális jóllétet, és olyan speciális képességek fejlődését, mint például a nyugodtság és a koncentráció. Ez a meghatározás megkülönbözteti a meditációt más terápiás és önszabályozási stratégiáktól, mint pl. a

hipnózis, a vizualizáció és a pszichoterápia, melyek általában nem a figyelem fejlesztésére és a tudatosságra összpontosítanak. Inkább arra törekszenek, hogy megváltoztassák a figyelem és tudatosság tárgyait képező mentális tartalmakat, például a gondolatokat, képeket és érzelmeket (Walsh, Shapiro, 2006). A meghatározás elkülöníti a jóga, a tai chi chuan (tajcsi) és a chi gong (csikung) gyakorlataitól is a meditációt, melyek bár tartalmazznak meditációs elemeket (a tai chi chuant és a chi gong-ot sokszor mozgó meditációnak is hívják), de az aktív testmozgással és más kiegészítő gyakorlatokkal nem ide sorolódnak. A dolgozatban is a következő alfejezetben, az aktív testtudati technikák között lesznek ismertetve ezek a módszerek.

Ettől a megközelítéstől eltérően, Ospina és munkatársai (2007) egy metaelemzést végeztek a különböző meditációs technikákkal kapcsolatos vizsgálatok eredményeinek áttekintésével. Összefoglaló kötetükben beszámolnak arról az átfogó kutatásról, melyben 813 angol nyelvű publikáció analíziséből indultak ki. Ebben 5 meditációs kategóriát különböztettek meg, belefoglalva az aktív testmozgással járó meditációs gyakorlatokat is:

1. Mantra meditációk (pl. transzcendentális meditáció, klinikailag sztenderdizált meditáció)
2. Mindfulness alapú meditációk (pl. Vipassana, Zen buddhista meditáció, mindfulness alapú kognitív terápiák: Mindfulness-based Stress Reduction - MBSR, és Mindfulness-based Cognitive Therapy - MBCT)
3. Jóga
4. Tai chi chuan
5. Chi gong

A meditatio maga egy latin szó, mely azt jelenti, hogy elmerülni az elmélkedésben vagy reflexióban (Ospina et al., 2007). Az említett szerzők megkülönböztetésében a mantra típusú meditációkban a gyakorló valamilyen mantrára koncentrálni, azt ismétli repetitíven, minden mást kizárva a tudatból pl. rózsafüzér meditáció vagy a mantrázás a hindu meditációkban. Ettől eltérően a mindfulness alapú meditációkban a gyakorló egy tudatosságra törekvő tág figyelemmel fókuszál pl. a légzésére, testi érzeteire, vagy egy hangra, csendre, képre.

A legtöbb általuk vizsgált tudományos írásban a meditációs gyakorlatok hatékonyságát három gyakran tárgyalt területen végezték a kutatók: a magas

vérnyomás, a szív- és érrendszeri megbetegedések és a szerhasználat területén. A magas vérnyomásra a transzcendentális meditáció és a tai chi chuan bizonyult a leghatékonyabbnak az általuk összegzett kutatásokban, a szív- és érrendszeri betegségekre a jóga és a mindfulness. A fiziológiai és neuropszichológiai eredményeket tartalmazó 311 vizsgálat közül csak kevés volt alkalmas a metaelemzésre. Bár viszonylag sok empirikus tanulmány született a témában, ezek módszertanilag nagyon különböztek, és több módszertani kifogás is felmerült a szerzőkben velük kapcsolatban. Így eredményeiket óvatosan megfogalmazva Ospina és munkatársai (2007) arra jutottak, hogy a meditációs gyakorlatok hatékonyak a stresszhez kapcsolódó állapotok kezelésében, különös tekintettel a jógára.

Egy másik összefoglaló könyv a témában többek között a különböző meditációs gyakorlatok történeti kontextusát járja körbe, összevetve azokat a nyugati és a keleti kultúrákban. A szerző, Goleman (1988) kiemeli, hogy a meditáció minden vallásban jelen van, a keleti kultúrákban a napi gyakorlat része. A meditáció a zsidó-keresztény vallásban a belső misztikus vonulat része, lelki gyakorlatok néven. Míg a kereszténységben a repetitív, koncentratív technikák a többség napi gyakorlatában előfordulnak, a mindfulness típusú meditációs gyakorlatok csak a szűkebb rétegnek elérhetők (pl. kontemplatív jezsuita meditáció). A judaizmusban a meditáció a misztikus hagyomány, a Kabbala eleme. A buddhizmusban a napi gyakorlat része, legyen szó akár az ortodox, hinajána buddhizmusról vagy a mahajána buddhizmusról. A tibeti buddhizmus és a japán zen buddhizmus szintén kidolgozta a saját meditációs formáit, és létezik a Chan is, mely a buddhista meditáció kínai formája. Kínában még a taoista belső figyelem gyakorlatok és a konfucionizmus csendes elmélkedései is ide sorolhatók (Walsh, Shapiro, 2006). A hinduizmus a jóga hagyományba építve használja a meditációs gyakorlatokat. Az iszlámban pedig a Korán recitálása vagy a szufi tradíció gyakorlatai tartozhatnak a meditatív tevékenységekhez.

Mindfulness alapú kognitív terápiák

A hagyományos meditációs technikák előző alfejezetben részletezett sokféleségéből a mindfulness típusú technikákat tárgyaljuk most bővebben, melyek a kognitív terápiás megközelítésekben nagy népszerűsége tettek szert az utóbbi évtizedekben. A módszert Jon Kabat-Zinn írta le 1979-ben tudományosan a nyugati orvoslás és pszichológia számára. A buddhista meditációs alapú technikákból kivette a

spirituális tartalmakat, és így maradt egy hasznos testtudati eszköz, melynek alkalmazási területeit ma már az orvostudomány, a pszichológia és a pedagógia is felfedezte. A jelen pillanatban való létezés, a testi érzetekre való elfogadó figyelem, a figyelem koncentrációjának megtanulása számtalan lehetőséget rejt magában felnőtteknél és gyerekeknél egyaránt (Szondy, 2012). A kognitív terápiák keretén belül kidolgozták az MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) tréningeket, és még számos formáját, melyek hatékonyságáról többek között a depressziós és szorongásos kórképek gyógyításában, és a stresszel való megküzdésben számos tanulmány született (Shapiro et al., 2014). Price és Hooven friss tanulmánya (2018) is az interoceptív tudatosság szerepére hívja fel a figyelmet az érzelemreguláció fejlesztése és a stresszkezelés területén az MABT (Mindful Awareness in Body-oriented Therapy) módszer alkalmazásával.

A kognitív terápiák harmadik hullámához tartozó mindfulness alapú terápiákban a gyakorló radikálisan új viszonyt létesíthet gondolataival és érzelmeivel – ahelyett, hogy meg akarná változtatni a negatív tudati tartalmait, kíváncsi szemlélésüket és elfogadásukat sajátíthatja el a tudatos jelenléttel (Perczel Forintos, 2011). A légzésfigyelés és a szomatikus állapotok megfigyelése önmagában, anélkül, hogy szabályozás, vagy bármilyen erre irányuló cselekvés történne, ezeknek a negatív tartalmaknak a megszűnéséhez vezethet. Az érzelmi distresszhez és a maladaptív viselkedésekhez vezető mentális folyamatokra egy nem-cselekvő, nem problémamegoldó választ ad a módszer.

A fogalom magyar terminusát sokféleképpen használják a szakirodalomban: jelentudatosság, éber figyelem, tudatos jelenlét, belső figyelem (Perczel Forintos, 2011), de mivel még nem született egyezményesen elfogadott kifejezés, a dolgozatban az angol mindfulness szót használjuk. Bishop és munkatársai (2004) fontosnak tartották egy operacionális definíció létrehozását, mivel a módszer klinikai alkalmazása már nagyon elterjedt, de szisztematikus vizsgálata még nem történt meg. Cikkükben a jelenséget egy gyakorlással fejleszthető képességként kezelik, amely inkább állapot, mint vonásjellemző. Két összetevőjét különböztetik meg a mindfulnessnek. Az első összetevő a figyelem önszabályozása (Self-Regulation of Attention), a második az orientáció az élményre elnevezést kapta (Orientation to Experience). Az elsőbe olyan folyamatok tartoznak, mint a fenntartott figyelem, a figyelem váltásának képessége, valamint a másodlagos elaborációs folyamatok gátlása. Míg a második komponens a

jelen pillanatban zajló élményekre irányuló kíváncsi, nyitott és elfogadó orientációt foglalja magába.

Valójában a mindfulness megközelítés teljes komplexitásában nem csupán egy passzív testtudati technika lenne, mert vannak benne olyan gyakorlatok, ahol különböző aktív tevékenységek (pl. evés, zuhanyozás, testgyakorlatok) közben kell ezt a tudatos jelenlétet fenntartani. Ha mint életmódot szemléljük, és nem, mint egyfajta meditációs technikát, akkor ki lehetne terjeszteni valamennyi napi tevékenységünkre ezt az éber figyelmet. Azonban a hazai és nemzetközi gyakorlatban elterjedt rövid, pár alkalmas tréningek nem adnak arra lehetőséget, hogy ez a képesség elmélyüljön a páciensekben, inkább a passzív helyzetben végezhető technikák vannak előtérben az elsajátítása során, hiszen kezdetben ezeket könnyebb megtanulni.

Magyarországon az SE Klinikai Pszichológia Tanszéke, a VIKOTE és az Oxford Mindfulness Center indított közös képzéseket a területen terápiás szakemberek számára.

Relaxáció, autogén tréning

Relaxációnak azokat a pszichofizikai és pszichoszomatikus eljárásokat nevezzük, melyek a testi-lelki élmények tudatosításán és a testi lazításon, az izomtónus és a szervezeti működések áthangolásán keresztül érik el a testi-lelki egyensúly visszaállítását, a pszichofiziológiai működés rendezését (Németh, Szőnyi, 2015). Sokféle különböző fajtája létezik, melyek között eltérések vannak abban, hogy mire helyezik a hangsúlyt – eszerint beszélhetünk aktív (muszkuláris), passzív (mentális-befogadó) valamint integrált módszerekről. Míg Európában az autogén tréning, az USA-ban a Jacobson-féle progresszív relaxáció terjedt el a leginkább a terápiás megközelítésekben. Ma már szinte valamennyi pszichoterápiás irányzat felhasznál relaxációs elemeket, így a terapeuták képzésében is jelen vannak ezek a technikák valamilyen formában. Önállóan és más módszerekkel (pl. szimbólumterápiával) kombinálva is széles indikációs lehetőségekkel rendelkezik a technika. A pszichoterápiás felhasználáson túl a relaxáció jól alkalmazható a stressz kezelésére, egészségmegőrzésre, prevencióra, rehabilitációra valamint mentálhigiénés és személyiségfejlesztési célokra (Németh, Szőnyi, 2015).

A különböző Magyarországon használatos relaxációs módszereket Bagdy és Koronkai (1988) foglalják össze alapkönyvükben, mely már több kiadást is megélt. A relaxációs módszerek hazai elterjedésében, a schultzi autogén tréning terapeuta

képzésbe való beépítésével, mindketten úttörő tevékenységet végeztek. Az autogén tréning kifejezést Schultz, berlini pszichiáter használta először a múlt század elején analitikusan orientált pszichoterápiájában az önszuggesztióval végzett lazítás technikájára (Németh, Szőnyi, 2015; Bagdy, Koronkai, 1988). Az alap autogén tréningben, melyet a legtöbb terapeuta elvégez a hazai képzési rendszerben, 6 alapgyakorlat követi meghatározott sorrendben egymást: nehezedés, átmelegedés, szív-, légzés-, és hasgyakorlat, valamint a homlok hűvösödése (Mensen, 1981; Bagdy, Koronkai, 1988).

Míg az alapgyakorlatokban megfigyelhető egy azonnali szabályozása a testi érzeteknek, az autogén tréning felső fokának egy ellazult testi-lelki állapot, befelé forduló befogadó figyelem felel meg, mely közelebb áll a mindfulness típusú meditációkhoz. A felsőfoknak is hat gyakorlatát írják le a szakirodalomban, melyek Mensen alapján (1981) a következők:

1. személyiséghez kötött színélmény meghatározott érzelmi állapotokkal kapcsolatban;
2. konkrét képek, tárgyak, és formák belső megragadása;
3. absztrakt értékek látása (pl. nyugalom, harmónia);
4. karakterképző gyakorlatok;
5. saját ősalapélmények (pl. „út a tenger mélyére”)
6. metafizikai élmények (pl. „út a hegycsúcsra”)

A relaxáció a jógában egy komplex rendszer egyik eleme, mely az életviteli és erkölcsi irányelvek szabályozása, a fizikai gyakorlatok (ászanák), és a légző gyakorlatok után egy következő lépcsőfokot jelent, és a meditációt készíti elő. Ebben a megközelítésben a relaxáció egy éber, de passzív tudatállapotot hoz létre, amelyben optimálisan működnek a regenerációs folyamatok. Teljes benne a testi-lelki ellazulás, a figyelem visszavonódik az érzékektől, a figyelem nem csapong, de nem is rögzül semmin (Vigh, 1980; és ld. még a Jóga alfejezetet).

Aktív testtudati technikán alapuló módszerek

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.

Pszichodinamikus mozgás- és táncterápia

Vannak olyan testtudati módszerek, melyek az egészségmegőrzésen túl pszichoterápiás eljárásként is hatékonyak. Ezek egyike a test-elme egységet alapul vevő pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás (PMT) irányzat, melyet Merényi Márta dolgozott ki a 80-as években (Merényi, 2004; 2008). Ma már számos szakember alkalmazza itthon a módszert, s közel félszáz tanulmány született az alkalmazásáról. A legtöbb hagyományos és modern testtudati technika alapvetően magányos tevékenység, a gyakorló szubjektum áll a középpontban. A PMT-ben viszont a testtudati figyelem csak az egyik alappillér, a kapcsolati munka és a kiemelt tér is erős hangsúlyt kap.

A táncterápia egy olyan komplex terápiás forma, melyben a vezető testtudati valamint intenzív emocionális tapasztalatokra alapozva biztosítja a páciens pótlólagos fejlődéséhez szükséges folyamatokat, melyek lehetővé teszik a valódi szelf megtapasztalását, és támogatják a mentalizációt (Simon, 2010). A PMT olyan pszichoanalitikus szemléletű csoportterápia, feltáró és korrekatív pszichoterápiás irányzat (Merényi 2004), mely sokat magába épített a hagyományos és modern testtudati rendszerek tudásanyagából. Hatással volt rá a jóga, a tai chi chuan, a modern táncirányzatok és még számos testtudati megközelítés.

Míg a hagyományos testtudati rendszerekben kötött mozgásformákat tanulnak a gyakorlók, addig ez a módszer az improvizációra épít, és abból a tudásanyagból merít, ami a testben van elraktározva. A test azokból a korai életszakaszokból is megőriz minden emléknymot, melyekben még nem voltak szavak, és az emlékezet csupán testi érzetekre és mozgásos emlékekre hagyatkozott. Implicit memóriarendszerekben tárolódnak el a legkorábbi kapcsolati élmények ezen mintái, s ez az implicit kapcsolati tudás, ami felnőttkorban is tudattalanul befolyásolja a kapcsolatok alakítását (Pető, 2003).

A PMT-ben a terápiás munka több fázisa is a verbalitás számára nem, vagy nehezen elérhető élménytartományban zajlik (Merényi, 2007). Az egyes alkalmak verbális körrel, megbeszéléssel kezdődnek és zárulnak, a kettő között, a mozgásos szakaszban azonban a csoporttagok nem beszélnek, csak a terapeuta ad mozgásos instrukciókat. Ezeket az instrukciókat a csoporttagok szabadon felhasználhatják a különböző testtudati fókuszokkal (pl. gerinc, végtagok, támasz, egyensúly stb.) történő munka során. A testtudati munka, melyben a testre, mozgásra, érzékelésre irányul a

fókuszált figyelem, spontán tudatmódosulással jár, s ez a testi és érzelmi válaszkészség fokozódásával segíti a mozgásos kapcsolati lehetőségek megélését a páros és hármas gyakorlatokban (Merényi, 2007).

Ez a fajta kapcsolati munka a PMT másik fontos hatótényezője, az alkotással és a mozgásos improvizációkkal egyetemben. A kapcsolati munka során egyszerre figyel a résztvevő a saját mozgására, szándékaira és a másikéra, folyamatos finom hangolódás történik. A társakkal való mozgásos kapcsolatban lehetővé válik a „szelfszabályozó másikkal” való kölcsönösség és elismertség élményének átélése (Merényi, 2004), valamint az érzelemreguláció. Az érzelemreguláció a mozgásos szakaszban testi, a verbális körökben verbális szinten is megtörténik (Simon, 2010).

Más mozgás és táncterápiákkal összevetve, mint pl. az integrált kifejezés- és táncterápia (IKT, bővebben ld. Jarovinszkij, Kiss, 2016) vagy a pszichoanalitikus mozgásterápia, a fő különbség a primer testi tapasztalat során felbukkanó és alakuló benyomások és a szimbolizálható, verbalizálható tartomány integrációjának menetében van (Incze, 2008). Incze (2008) megfogalmazásában, míg az említett irányzatok a testi ráhangolódást és mozgást követően rögtön megpróbálják szimbolikus, verbalizálható szinten megragadni az élményt, addig a PMT-ben a mozgásos élmény mozgásos úton történő megdolgozását tartják alapvetőnek a szakemberek, tehát az implicit szinten való átdolgozást, míg az élmények narratívába emelésére jóval hosszabb időt hagynak.

A táncterápiás módszerek a nemzetközi szakirodalomban még színesebb képet mutatnak, és a csoportos módszerek mellett inkább az egyéni terápiás megközelítéseken van a hangsúly. A Dance and Movement Therapy (DMT) módszerének különböző pszichológiai változókra gyakorolt hatásainak feltérképezésekor egy metaelemzésben Koch és munkatársai (2014) az alábbi megállapításokat tették: a DMT hatékonyan növeli az életminőséget, csökkenti a depressziós és szorongásos klinikai tüneteket. Pozitív hatások mutathatók ki a szubjektív jóllét, pozitív hangulatok és érzelmek terén, valamint a testképben. Az interperszonális kompetenciák területén is ígéretes eredményei vannak a módszernek, de az adatok heterogenitása miatt ezen a téren még további vizsgálatokra van szükség a szerzők szerint. Mivel Koch és munkatársai metaelemzésükben túlnyomórészt az egyéni DMT módszereket tekintették át, a PMT csoportterápiás módszerében ezeknek a kapcsolati kompetenciáknak még nagyobb lehet a jelentőségük.

Tai chi chuan

Akárcsak Indiában a jóga, Kínában a tai chi chuan gyakorlása is testi, testtudati alapokról indul, utána azonban más irányt vesz, és egy harcművészeti, szellemi útban folytatódik. Öt fontos irányzata jött létre az évszázadok alatt, melyeket a stílus alapítóinak családnevei után neveztek el: Chen, Yang, Sun, régi és új Wu stílus (Han Kui Yuan, 2018). Mindegyik stílusnak megvan a maga jellemző technikája, melyben különbözik a többitől, és saját formagyakorlatokat alakított ki. A világ nagy részén a Yang stílus terjedt el a leginkább, mivel azt nem tiltották be a kínai kulturális forradalom alatt sem. Magyarországon azonban erős a képviselője a Chen stílusnak, mert a 90-es évek közepe óta itt tanít egy 19. generációs nagymester, Han Kui Yuan. Mivel a kutatásban résztvevő tai chi chuan-t gyakorló terapeuták is ebben a stílusban tanulnak, a továbbiakban ennek az irányzatnak az ismertetése következik.

A hagyományos Chen stílus mai formája két fő gyakorlatra épül. A formagyakorlatok kötött, folyamatos mozdulatsorok, melyek a stílus jellemző állásait, mozdulatait, technikáit tartalmazzák, és meghatározott alapelvek szerint kell végrehajtani őket. Ezeket a hagyomány szerint a 9. generációs mester Chen Wangting dolgozta ki az 1600-as években. A formák, az úgynevezett Első forma, más néven a 83 lépéses forma, és a Második forma, vagy más néven 71 lépéses forma. A 83 lépéses forma főként lágy mozdulatokat tartalmaz, gyakorlásában a fő hangsúly a súlypont lesüllyesztésén és a szilárd álláson van. A 71 lépéses formát gyorsan és erőteljesen kell végrehajtani, itt a hangsúly az erő kieresztésén van. A két forma kiegészíti egymást, és yin-yang gyakorlatként egymás után folyamatosan is végrehajtják a 154 mozdulatot.¹

A Chen stílusú tai chi chuan a tradicionális formagyakorlatok elsajátítása után, melyeknek az egészségmegőrzésben van nagy szerepe, a „lökő kezek” (pushing hands, tuishou) technikáját tanítja. Ez a kétszemélyes gyakorlatsor a kínai belső stílusokban² arra szolgál, hogy a gyakorló megértse a formákban elsajátított mozdulatok harcművészeti alkalmazásait. A gyakorló a páros küzdelemben megtanulja „hallgatni” a másik erejét, visszavezetni azt hozzá, és a saját erejével legyőzni az ellenfelet. Az „erő

¹ Bővebben ld.: <http://chen.hu/formagyakorlatok/index.html>

² A kínai harcművészeteket két nagy ágra oszthatjuk: a belső és a külső stílusokra. A belső stílusok jellemzője a Qi (csí) belső keringetése és felhasználása. A külső stílusokra inkább egyes izomcsoportok és a fizikális erő használata jellemző, míg a belső stílusokban az egész test mozog, az erő az egész testből jön, sosem egy részből. Külső stílus például a Shaolin stílus.

hallgatás” a lökő kezekben azt az érzékenységet jelenti, ahogy a partner szándékának irányát és erejét megérzi a gyakorló. Az érzékenység mellett szükség van még a megfelelő időzítésre, jó koordinációra és helyzet-meghatározásra. A páros gyakorlatokban a másik érzékelésén keresztül a kapcsolódás kifinomult művészete valósul meg (Ormay, 2018).

A hangolódás, a partner szándékainak érzékelése, a megfelelő időzítés vagy a koordináció fogalmai ismerősek lehetnek az előzőekben tárgyalt táncterápiák világából is. A táncterapeuta tudatos jelenléte a terápiás folyamatban párhuzamba állítható azzal a jelenléttel, ahogyan a tai chi chuan mesterek vesznek részt egy küzdelemben. Mindketten akkor járnak sikerrel, ha az „erő hallgatás” képességét jól begyakorolták. Azonban a tai chi chuan alapelveinek alkalmazása nemcsak a táncterápiákban lehet hasznos, hanem más nonverbális és verbális terápiákban is, tekintetbe véve a terápiás kapcsolat fontosságát valamennyi megközelítésben.

A tai chi chuan hatásáról írt cikkében Ormay (2015) azt állítja, hogy a pszichoterapeuták képzésében ennek a testtudaton alapuló módszernek a gyakorlása elsősorban a terapeuta személyi percepciójának, szándék felismerésének és alakításának fejlesztését támogathatja. A terapeuta személyiségének és munkájának ezt a területét a hagyományos képzési formák csak alig érintik, a módszer éppen ezeknek az implicit személyiségfunkcióknak lehet a hatékony fejlesztő módszere (Ormay, 2015).

Wang és munkatársai metaelemzésükben (2010) olyan további hatásokról számolnak be tai chi chuan gyakorlóknál, mint a pszichológiai jóllét, az önbecsülés és az étellel való elégedettség fokozódása mind egészséges, mind klinikai populációkban, valamint szignifikáns csökkenés a stressz, a szorongás és a depresszió tüneteiben.

Jóga

Az ősi indiai jógarendszerekben a testtudati gyakorlatokat, köztük a testtartásokat vagy ászanákat, eredetileg azért alkalmazták a különféle iskolák, hogy olyan kiegyensúlyozott testi-lelki állapotba kerüljenek a gyakorlók, amellyel alkalmassá válnak a meditációra, a további szellemi, spirituális fejlődésre. A nyugati emberek többsége inkább egészségmegőrzésre és a testi-lelki harmónia megteremtésére használja a jógát. Amit a nyugati ember célként tűz ki a jóga gyakorlásában, az keleten csupán a gyakorlás mellékterméke, vagy a magasabb tudati állapotok elérésének eszköze. Nyugaton sokan inkább egyfajta sporttevékenységként gyakorolják a jógát, és nem

testtudati módszerként, vagyis a testtudatra inkább a teljesítmény eszközeként tekintenek, s nem az önérzékelés és az önismeret forrásaként, mint a testtudati módszerekben (Vermes, 2015).

A klasszikus jóga komplex rendszerében a technika Patandzsali³ nyomán fiziológiai és spirituális gyakorlatok különböző osztályait foglalja magában, melyeket mind el kell sajátítani ahhoz, hogy a végső célhoz elérjen a gyakorló (Eliade, 2005). Ezek a jóga „tagoknak” is nevezett osztályok a következő nyolc lépcsőt foglalják magukba (Iyengar, 2010):

1. jama (egyetemes erkölcsi elvek, pl. a nem ártás elve);
2. nijama (életviteli elvek, pl. megtisztulás az önfegyelem által);
3. ászanák (testtartások és testhelyzetek);
4. pránájáma (légzésritmus szabályozása);
5. pratjáhára (a tudat visszavonása az érzékszervekből és a külső tárgyaktól – lényegében a relaxáció folyamata);
6. dhárana (koncentráció);
7. dhjána (meditáció);
8. szamádhi (mély meditációval elért magasabb tudatállapot, melyben a gyakorló eggyé válik a meditáció tárgyával).

A modern jóga iskolák közül a legelterjedtebbek a hatha jóga gyakorlatai (Szvámi, V. B., 2006), melyben az ászanákat a légző gyakorlatokkal és relaxációval, valamint esetenként meditációval kiegészítve gyakorolják. A relaxáció ebben a rendszerben arra szolgál, hogy az érzékeket a külső világ tapasztalásáról visszavonva egy éber, de passzív tudatállapotban előkészítse az utat a koncentráció és a meditáció számára. Akárcsak a relaxációt megelőző fent említett jóga tagok, maga a relaxáció is a zavaró tényezőket igyekszik megszüntetni, melyek a tudati folyamatok megfigyelésének útjában állnak, hogy a meditációban ezek a tudatállapotok tisztán tanulmányozhatóvá váljanak (Vígh, 1980; Szvámi Ráma és munkatársai, 2006).

Vígh Béla orvos-biológus professzor évtizedeken át tanulmányozta a jógát, ami szerinte komplementer gyógymódként hatékonyan egészíti ki a nyugati orvostudomány exteroceptív, külső érzékszervi ismeretekre építő rendszerét egy interoceptív,

³ A Jóga szútrák szerzője, aki klasszikus művében összefoglalta és rendszerezte a jóga bölcséleti rendszerét 185 tömör aforizmában, valószínűleg az i.e. 2. században (Eliade, 2005; Iyengar, 2010).

szervérzeti információkon alapuló megismeréssel (Vígh, 1980; 2007). Könyveiben részletesen leírja a hatha jóga gyakorlatainak különböző alkalmazási lehetőségeit. Az ászanák eszerint a propiocepció, a sajátmozgás-érzet tudatosítását teszik lehetővé. A légző gyakorlatok az interocepción belül a viszcerocepció (zsigeri érzetek) tudatosításával közelebb visznek a légzéshez kötődő közérzeti és érzelmi változások megfigyeléséhez, valamint a légzés szabályozásán keresztül hatékony eszközt nyújtanak a vegetatív érzelmi reakciók kiegyensúlyozásához, s a légzésre való figyelemösszpontosítással segítenek a relaxáció és a meditáció előkészítésében (Vígh, 2007). A jóga gyakorlatok hatásainak természettudományos elemzése számos vizsgálatban hozott olyan eredményeket, melyek lehetővé tették az interocepcióval nyert szervérzetekből származó tapasztalatok megerősítését, és a jóga gyakorlásával összefüggő idegrendszeri folyamatok feltérképezését (Vígh, 1980).

A közelmúltban számos tudományos vizsgálat és metaelemzés született a jóga pozitív hatásairól különböző pszichológiai változókra, például a szorongásos és depressziós kórképekben való alkalmazási lehetőségeiről (Cramer et al., 2013; Cramer et al., 2018). Büssing és munkatársai (2012) is áttekintették a jóga terápiás alkalmazásáról szóló tanulmányok egész sorát, melyekben a jóga kedvező hatásairól számoltak be a kutatók a mentális és fizikai egészség különböző tényezőire.

A passzív és aktív technikák megkülönböztetése

Az aktív és a passzív technikák megkülönböztetése nem mindig könnyű. Ahogy a fenti hagyományos jóga módszerek leírásából is kitűnik, a passzív módszerek sokszor bele vannak építve egy komplex rendszerbe, melyben a testgyakorlatok és a meditációs technikák együtt szerepelnek, s az előbbiek támogatják az utóbbiak hatékonyabb gyakorlását. Amennyiben egy testtudati technikát, pl. a relaxációt vagy a meditációt kiragadjuk abból a komplex rendszerből, amelyben kialakult, mindig fennáll a veszélye annak, hogy hatékonysága csökken. Erre példa lehet, hogy sokan a különböző ülő meditációs technikák elsajátításakor a gyakorlás elején hosszabb-rövidebb ideig küzdenek a testhelyzet fenntartásával, hát és egyéb fájdalmakról panaszkodnak, amelyek megakadályozzák a testtudati figyelem mélyebb gyakorlatait. Ezért fontos, hogy pl. a jóga rendszerében az ászanák hosszú, kitartó gyakorlásával megalapozzák azt a testi állapotot, melyben a lóbuszülés már nem okoz problémát, hanem könnyen kivitelezhetővé válik.

Amiért mégis fontos lehet elkülöníteni ezeket a technikákat, az az a feltevés, hogy bár ugyanúgy a testtudati figyelemmel dolgoznak, a terápiás alkalmazásban eltérő hatásmechanizmussal rendelkeznek. A passzív technikák a befelé, a testi érzetekre irányuló figyelemmel, s egyes módszerekben ezeknek a testi érzeteknek az azonnali szabályozásával más képességek kialakítására alkalmasak, mint az aktív technikák. Ez utóbbiban a figyelem egyszerre irányulhat befelé és kifelé, a fontos belső élmények megtapasztalása a környezettel való folyamatos interakcióban történik, és a mozgásos élményekből nyert tapasztalatok másféle képességek fejlesztését teszik lehetővé.

Bár valamennyi módszer részletes leírására most nincs lehetőség, a fenti modern és hagyományos módszerek rövid ismertetéséből is kitűnik, hogy a testi érzetek és az érzelmi folyamatok tudatosítása és kezelése, valamint a kapcsolati kompetenciák terén mindegyik másra helyezi a hangsúlyt, különböző képességek fejlesztése kerül előtérbe az egyes módszerekben. Mielőtt a testtudati szemléletű gyakorlatok mögött húzódó elméleteket tárgyalnánk, a következő részben a testi érzetek és az érzelmek kutatásait tekintjük át röviden, hogy a két fogalom munkadefinícióját létrehozzuk a jelen kutatás számára. Ez azért is szükséges, mert a testi érzeteket sokáig főképpen az érzelmek kapcsán tárgyalták a pszichológiai kutatásokban, s ez a terület sem kapott elég figyelmet sem az akadémikus pszichológiában, sem a különböző alkalmazott területeken. Mindmáig hiányoznak a terület átfogó elméletei és elfogadott definíciói.

Affektusok, testi érzetek és érzelmek – elméletek és definíciók

Dornes (2002) az affektusok szerepének történeti áttekintése során azt emeli ki, hogy az sokáig mellőzött terület volt az akadémikus pszichológiában. 1930 és 1975 között különösen kevés figyelmet szenteltek az affektusok kutatásának. Előtte a századfordulón William James pszichológus még részletesen foglalkozott a kérdéssel, de az azt követő időszakban a kísérleti pszichológia fellendülése és a behaviorizmus előretörése nagyban hozzájárult az affektusok háttérbe szorulásához. Később ugyanebbe az irányba hatott a kognitív pszichológia térhódítása, egészen a kognitív érzelemelméletek megjelenéséig.

Tovább nehezíti a téma kutatását, hogy mind a mai napig nem létezik az érzelmeknek egy közös, mindenki számára elfogadható meghatározása a pszichológiában (Oatley, Jenkins, 2001). Az érzelmeket alkotó összetevők számában és ezek egymáshoz való viszonyában sincs egyetértés. Oatley és Jenkins (2001) összefoglaló könyvükben számos szerző elméletét alapul véve leginkább egy folyamatnak tekintik az érzelmet, melyben először kiértékeljük az eseményeket abból a szempontból, hogy azok mennyire relevánsak a számunkra, majd ezt a kontextus kiértékelése és egyfajta cselekvéskészség állapota követi. Az érzelmeket ezen kívül többnyire kísérik testi változások és érzelemkifejezések, valamint más viselkedéses, cselekvéses válaszok, de több szerző szerint ezen alkotóelemek kapcsolata laza, néha együtt jelennek meg, máskor azonban nem.

Az érzelemelméletek egy része a Schachter-Singer hagyomány nyomdokait követve az érzelmeket a fentihez hasonló kognitív folyamatok következményének tartja, vagy legalábbis a kognitív folyamatokat szükséges alkotóelemeknek az érzelmek definiálásában (pl. Lazarus, 1966 és Mandler, 1975 id. Zajonc et al., 2003). Az elméletek egy másik csoportja, a szomatikus érzelemelméletek, a kognitív elemek helyett inkább a szomatikus (testi) folyamatok részvételére összpontosítja a figyelmét (pl. Izard, 1977, Leventhal, 1980, Tomkins, 1962 id. uo.). Ezek a megközelítések kiegészítik egymást, csupán hangsúlyukban térnek el. Míg az érzelmek kognitív elméletei főként az érzelmi élmény átélésére koncentrálnak, addig a szomatikus teóriák inkább az érzelmek kifejezésére (Zajonc et al., 2003).

Zajonc (2003) áttekinti ezeket az elméleteket abból a szempontból, hogy az érzelem és a kogníció viszonya hogyan jelenik meg bennük. Szerinte az érzelmi élmény

nem fordulhat elő valamiféle kogníció részvétele nélkül, ha az átélésen az önpercepció valamilyen formáját értjük, mely valamilyen tudáshoz való hozzáférésen alapul. Ugyanez vonatkozik az élményekről szóló beszámolókra. Az érzélem kifejezése azonban gyakran nem igényel kognitív folyamatokat, ha az érzélem kifejezésén a testi állapotok, változások azon aspektusait értjük, melyek a másik érzelmi állapotainak észlelésében és azonosításában segítik az egyént.

Monsen (1999) meglátása szerint az érzélemek pszichés zavarokban játszott szerepének kutatása is hosszú ideig a pszichológia mostohagyereke volt. Klinikai oldalról volt ugyan jelentősége, de elméleti elemzés és empirikus kutatás kevés született a témában. A kötődés, az empátia és a szelf-fejlődés tanulmányozása, valamint a rendszerelmélet alkalmazása kellett ahhoz, hogy jelentősége újra előtérbe kerüljön. Ezeknek a hatására ma már olyan kommunikatív jelzőrendszert értenek az affektus fogalmán, amely jelentős hatással van a személyiség viselkedésmintáinak megszervezésére és motivációs jelentőségű. Az érzélemekre összpontosító terápiás megközelítésekben az emóciók jelző- és kommunikációs értéke, az érzélemek szervezésének és integrációjának kérdései alkotják a szemlélet központi problémaköréit.

A pszichoanalitikus affektuselmélet sokáig kitartott a differenciálatlan izgalmi állapotok feltételezése mellett, amely csak a pozitív-negatív terminusokat különböztette meg az érzélemek kezdeti időszakában, hogy azokat majd az énéjlődés differenciálja tovább. Az újabb csecsemőkutatások azonban kimutatták, hogy az autonóm idegrendszer és az agy az egyedfejlődés során már egészen korán érzelmspecifikus aktivitást mutat (Dornes, 2002). Dornes számos vizsgálatot felsorol, melyek azt támasztják alá, hogy az egyes alapérzések szomatikus háttere eltérő: más szívritmus, légzés, bőrhőmérséklet és elektromos bőrellenállás kapcsolódik a különböző érzélekhez, és más agyterületek aktivitása. Tomkins szerint (1981 id. Dornes, 2002) a 9 alapérzelemhez (öröm, szomorúság, érdeklődés, meglepődés, düh, félelem, szégyen, undor, megvetés) a neuronális izgalom egy jellegzetes sűrűségi mintázata tartozik, amelyeket feldolgoz a limbikus rendszer, majd az efferens idegpályán keresztül ez bizonyos érzélem-kifejező arcizom-mozgásokat vált ki. E mozgásokat az afferens pályákon keresztül a nagyagy kiértékeli, és így jön létre a megfelelő érzés, érzélem.

Az affektusrendszert általában öt összetevőre bontják a különböző elméletekben. Dornes (2002) leírásában ezek a következők: 1. a neurológiai-fiziológiai összetevők, 2. a cselekvés-összetevők, 3. a kifejezés-összetevők, 4. az első három összetevő

megváltozásának észlelése, 5. ennek az észlelésnek az értelmezése. Sokak szerint ez az utolsó kognitív műveleti összetevő elengedhetetlen ahhoz, hogy igazán érzelemről beszéljünk, s hiányában csak érzelem-előfutárokról beszélhetünk, vagy érzelmi állapotról érzelmi élmény helyett.

Ezt a gondolatmenetet követve a pszichoanalitikus Basch (1983 id. Monsen, 1999) azt állítja, hogy affektív élményeink a fejlődés folyamán bizonyos átalakuláson mennek keresztül, az akaratlan szomatikus reakcióformáktól az összetett kognitív jelenségeket is magukba foglaló bonyolult reakcióig (affektus – érzés – emóció – empátia). Ebben a fejlődési vonalban az affektusok kommunikatív értékkel bíró adaptív szomatikus reakciók. Érzésről akkor beszélhetünk, mikor a gyermek már kifejlesztette azok azonosításának képességét, mint a szubjektív élmény egyik formáját. Ez akkor lehetséges Basch szerint, ha a gyermek már rendelkezik a szimbolikus reprezentáció képzés és reflektálás, valamint az önérzékelési képesség valamilyen formájával. Az emóciók az előbbieknél összetettebb szervezettségű állapotok. A három emóció összetevő – a kognitív értékelés, a cselekvő kezdeményezés és a szomatikus reakció-mintázat – alkot egy egységet. Az affektusok akaratlan szomatikus reakcióként indulnak, és ebben az értelemben mindig tudattalanok, míg az emóciók mindig tudatosak.

Dornes (2002) abban egyetért Basch megállapításával, hogy az én-tudat és a szimbólumképzésre való képesség megjelenése megváltoztatja az öröm, vagy harag szubjektív érzését, de szerinte ez a különbségtétel nem indokolja, hogy megkérdőjelezzük a csecsemő érzésvilágának differenciáltságát. Az affektusokat és azok változásait már a legkisebb csecsemő is differenciált érzésként érzi és észleli, a szenzoros és perceptuális adatok agyi integrációja, ami érzéshez vezet, ezen az elementáris szinten nem kognitív folyamat. Az affektusok hierarchikusan alárendelt testi szabályozórendszerekből származó információk észlelésének következményei, ahol az észlelés közvetlen, nincs ráutalva fejlett kognitív megítélési és értékelési folyamatokra. A fejlődés során az affektusok kognitív aspektusai gazdagodnak, és az affektusok egyre inkább integrálódnak, de ez nem jelenti azt, hogy a különböző érzéseknek ne lennének közös vonásaik. Ezek a közös vonások az érzelem kifejezési mintázataiban jelennek meg (pl. hang, arc, testtartás), az autonóm idegrendszer érzelemspecifikus aktivitásában, mely testi folyamatok biológiailag rögzítettek és a

szocializációs befolyások ellenére is megőrzik függetlenségüket, valamint az érzetösszetevő, vagy érzéstónus formájában.

Lang (1985) lazább kapcsolatot feltételez az egyes összetevők között, és három válaszrendszer elkülönítését javasolja: a kognitív-verbális, a testi-fiziológiai és a viselkedéses-kifejező rendszereket. Úgy véli, ezeknek a rendszereknek a változásai alacsonyan korrelálnak egymással, sőt néha még csak nem is pozitívan. Oatley és Jenkins (2001) azzal egészíti ezt ki, hogy ezeknek a rendszereknek különböző funkciója és időbeli lefutása is lehet. Az arckifejezések és sok testi változás is néhány másodpercen belül véget ér, és ezekről az emberek többsége nem tud pontosan beszámolni. Míg az észlelt érzelem, a kognitív-verbális rendszer működése folytán percekig, órákig, akár tovább is eltarthat, és ezekről könnyebben be is tudunk számolni másoknak.

Az érzelmeknek ebben a tag meghatározásában a testi érzetek is szerepelnek, melyeket nekünk most hasznos lenne a kutatásunk szempontjából elkülöníteni a komplexebb érzelem fogalomtól. Amennyiben a testi-fiziológiai összetevők nem járnak mindig szorosan együtt az érzelmek kognitív aspektusával, hanem egymástól függetlenül is előfordulnak, akkor érdemes a pszichoterápiás helyzetben is megnézni, hogy milyen relevanciája van a két jelenségnek külön-külön a terápiás folyamatokban. Alapvető kérdés, hogy vajon ezek a testi érzetek, csak mint egyfajta érzelem összetevők érdemesek a kutatás számára, vagy önmagukban is elég jelentőséggel bírnak a pszichológiai vizsgálódások számára.

Az érzelmek és a kogníció idegi hátteréről írt könyvében Damasio (1996) amellet érvel, hogy a külvilág ingereire adott elsődleges reakció nem kognitív jellegű, hanem egy olyan érzelmi reakció, amely a szomatikus markereken alapul. A szomatikus markerek, ezek az alapvető zsigeri érzetek a később bekapcsolódó kognitív folyamatokkal együtt határozzák meg az egyének válaszait a helyzetben. A testi jelzések funkciója ebben az elméletben, hogy az egyén számára rendelkezésre álló számtalan döntési alternatívát hatékonyan tudják csökkenteni, így információfeldolgozási szempontból jelentőségük kiemelkedő. Damasio elmélete csak egy azok közül a napjainkban virágzásnak indult elméletek közül, melyek az érzelmek és a testi érzetek jelentőségét újra visszahozzák a pszichológiai diskurzusba. Ezeket az elméleteket a következőkben részletesebben is tárgyaljuk.

Test és elme integrációjának elméletei

A nyugati gondolkodást és ennek mentén a betegség-egészség koncepcióját a Descartes utáni évszázadokban a dualizmus hatotta át – vagyis az az elmélet, hogy a test és a lélek két különálló létező. E megközelítések két legnagyobb hatású képviselője, Platon és Descartes megalapozta azt a gondolati keretet, ami aztán a keresztény és a tudományos gondolkodásmódban is hosszú időre meghatározta a test és a lélek szétválasztását (Vermes, 2008). Az igazi áttörést a testhez való viszonyban a fenomenológiai szemlélet hozta meg. Husserl a testi tapasztalatot a körülöttünk lévő valóságot közvetlenül létrehozó, konstruáló ágensként írta le. Szerinte a testünk nemcsak az orientáció centruma, az átélt érzelmek hordozója, hanem egy folyamatos, egységes mezőt képez, mely háttérként szolgál valamennyi tapasztalatunk számára (Vermes, 2010). A nem-karteziánus kognitív tudományok legújabb kutatásai ennél is tovább mentek, a test és lélek szétszakításából eredő dualista felfogások eltűnni látszanak eredményeik tükrében. A test jelentőségét hangsúlyozó kognitív tudományok története felfogható úgy is, mint amely egy izolált gondolkodó elme feltételezésétől halad a valóságos, érző hús-vér rendszerek felé (Kampis, 2001).

A korábbi dualista emberképen nyugodott a klasszikus pszichoszomatikus megközelítés is azzal az elgondolásával, hogy megkülönböztetett testi és lelki tényezőkre visszavezethető megbetegedéseket (Kulcsár, 2002). Az utóbbi évtizedekben azonban elszaporodtak azok a bizonyítékok és idegtudományi kutatások, amelyek szerint az elme folytonos a testtel, és mindenféle elválasztás önkényes és mesterséges (Simon, 2010). Egy új interdiszciplináris paradigma van születőben, amelyben együtt dolgoznak többek között idegtudósok, kognitív nyelvészek, filozófusok, és testtudattal dolgozó mozgásterapeuták, olyan különböző elméleteken, mint például a testesült elme hipotézis (embodiment), a metafora elmélet, az aktív elme modell vagy a dinamikus rendszer elméletek (Tschacher, Dauwalder, 2003; Tschacher, Bergomi, 2011).

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). Bár a

„megtestesült” elnevezés ontológiai szempontból félrevezető, hiszen ezek az elméletek nem arról szólnak, hogy az elme mintegy testet öltene, hanem éppen a másik irányból közelítenek a kérdéshez, és arra mutatnak rá, hogy a test hogyan tudatosul, s ebben a folyamatban hogyan jelenik meg az elme (Sheets-Johnstone, 2009). Szokták testi elme néven is nevezni az elméletet, hogy a spirituális felhangokat kivegyék a tudományos kontextusból. A megközelítés egyik fő pillérét a kognitív nyelvészet metafora elmélete adja, mely szerint a szimbólumok jelentését nem egy elvont elmetevékenység alapján lehet megérteni, hanem azokat a testi tapasztalat alapozza meg (Simon, 2010).

A metaforaelmélet megalkotói, Lakoff és Johnson (2003), szerint a gondolatnak nem a nyelvi forma ad jelentést, hanem a testi jellegű tapasztalat. A nyelv szerintük néhány etológiaiailag releváns alapvető séma jeleiből és az azokra épülő metaforákból építkezik. Ilyen séma a test, mint konténer, amiből például a bent és kint, vagy a határ fogalmai, és az egyensúly sémája is származnak (Kampis, 2001). Ezek a sémák és a rájuk épülő metaforák kora gyerekkorban épülnek be a gondolkodásba, s ezen keresztül a nyelv elsajátítása mellett sok mindenre hatással vannak. Korunkban az idegtudományok azt vallják, hogy a korai kötődési tapasztalatok mélyen meghatározzák az agy fejlődésén túl a szociális és emocionális fejlődést is. Az új neurobiológiai kutatások eredményei pedig alátámasztják a testesült megismerést, vagyis hogy a szimbolikus gondolkodás az elsődleges tárggyal való sokrétű szenzoros, emocionális és lejátszott tapasztalatokban gyökeredzik (Simon, 2010).

Vegyük példaként az egyensúlyt. A metafora elmélet szerint az ember azért képes az egyensúly elvont fogalmának a megértésére, mert gyermekkorában számtalan módon szerzett róla konkrét testi tapasztalatot. A ringatáson át a hintázásig, az egy lábon egyensúlyozástól a különböző tornagyakorlatokig megtapasztalhatta, hogy hogyan működik testében a vesztibuláris rendszer és a mozgásvezérlés segítségével az egyensúlyozás. Ezt a testi élményt, ennek működésmódját aztán összekötötte egyéb elvontabb egyensúlyi helyzetekkel (rávetítette, mint egy metaforát, innen az elmélet neve): testi-lelki egyensúlyok és azok felborulásának, majd helyreállításának megtapasztalásával. Az elme összekapcsolta ezeket egy közös reprezentációs mintázatba, melyben egyaránt szerepelnek különböző testi érzetek, agyi mozgásvezérlő mechanizmusok, valamint képek, szimbólumok, elvont fogalmak. A mintázat bármelyik elemének ingerlése hatással van a többire.

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). Bucci szerint ezek a szintek sokszor teljesen elválnak egymástól, a páciens problémát okozó érzelmi sémájából az affektív mag és a szemantikus rész külön utakat járnak be a kettejük interakciójában, és a szubjektív élményeikben is. 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).

Az interszubjektivitás szemléletéhez köthető elméletekben a fenti folyamatokat olyan jelenségekkel írják le, mint az érzelemmegosztás, az érzelemtükrozés, a reflektív funkció, vagy a mentalizáció fogalmai, melyek lehetővé teszik, hogy megértsük magunk és a másik mentális és érzelmi állapotait. A mentalizáció folyamata az érzelmi regulációban is alapvető, hogy a személy képes legyen feszültségeinek mentális úton történő szabályozására (Simon, 2010). Stern és munkatársainak már említett vizsgálata a terápiás változásról olyan ide kapcsolódó fogalmakat hozott be az analitikus hagyományba, mint a procedurális memória, az implicit kapcsolati tudás, a találkozás pillanat vagy az autentikus jelenlét, és a terápia mikroszintű leírásában ugyanazokat az illeszkedési és regulációs folyamatokat, interszubjektív cseréket hangsúlyozták, mint a

csecsemő-anya diádban (Simon, 2010). Az implicit kapcsolati tudás felnőttkorban a találkozás pillanatokban írható át a terápiában, a jelen pillanatoknak azokban a specifikus eseteiben, amikor a páciens és a terapeuta felerősítve élik meg a jelen pillanatot (Stern et al., 1998). Mielőtt mélyebben tárgyalnánk ennek a gondolatmenetnek a következményeit a terápiás változásra, megkerülhetetlen egy rövid kitérő a pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatokra.

Változás a terápiában

Hatékonyságvizsgálatok a pszichoterápia területén

A pszichoterápiás kutatások nehézségei nemcsak a hatékonyság és a változás problémakörének kérdéses voltából fakadnak, hanem számos olyan tényezőtől, amelyeket érdemes vázlatosan áttekinteni, mielőtt továbblépnénk. Az ilyen fajta kutatások egyrészt költség és időigényesek, hosszú intervallumot kell, hogy átfogjanak, valamint számos változót kell intenzíven vizsgálni ahhoz, hogy megfelelő következtetéseket lehessen levonni az adatokból. Másrészt sok esetben a kutatókat és a pszichoterapeutákat érdeklő kérdések nem esnek egybe, a kutatási kérdések nem a gyakorlatból származnak, és az eredmények nehezen visszaforgathatók az alkalmazásba (Papp, Péley, 2015).

A kutatások által felvetett módszertani problémák szintén nem elhanyagolhatóak a területen. A teljesség igénye nélkül néhány átgondolandó szempontot fogalmaz meg a pszichoterápiák kutatásában Szőnyi (2015):

- az empirikus-statisztikus és a kvalitatív-hermeneutikai megközelítések egyaránt fontosak lehetnek, igényeik ütköznek, mikor, melyiket válasszuk;
- a kutatás tárgya az egyén vagy a terápiás kapcsolat legyen-e;
- a terápia eszköze a módszer vagy az azt alkalmazó terapeuta valamennyi kompetenciájával együtt;
- a kapcsolati folyamat komplexitása megjelenik-e a választott módszerben;
- az intra- és interszubjektív világ működésének leírása hogyan megvalósítható;
- a randomizált elrendezés csak korlátozottan alkalmazható, kettős vakpróba nem lehetséges;
- kontrollcsoport sem alkalmazható minden esetben (pl. hosszú terápiákban ennek etikai vonatkozásai is lennének);
- maga a vizsgálati módszer mélysége is torzító elemként befolyásolhatja a résztvevők személyes változását;
- a sikeres terápia nemcsak helyrehoz, hanem továbbfejleszt, így az eredményesség megállapítására többnyire az adott kritériumok nem elegendők.

Péley (2008) aszerint veszi végig a felmerülő nehézségeket, hogy a hatékonyságvizsgálatban a kimenet bejósolhatóságára, a felhasználói oldalra (tehát a páciens elégedettségére) vagy a folyamatra helyezik-e a hangsúlyt a kutatók. Az első

kimenetre fókuszáló esetben gyakran alkalmaznak követéses vizsgálatokat vagy esettanulmányokat. Ezekkel szemben a legfőbb kritika a kritériumok pontosságára vonatkozik, mivel az összemérhetőséget és a megismételhetőséget nem teszik lehetővé a nem megfelelően meghatározott szempontok. Egy másik elterjedt módszer, ha ugyanazon betegcsoportba tartozó páciensek eltérő terápiás kezeléseket kapnak (pl. depressziós betegek kognitív, dinamikus pszichoterápiás kezelést, gyógyszert vagy placebót kapnak), és ezeket a csoportokat aztán valamilyen vizsgálóeljárásban összehasonlítják. A terápiás kapcsolat minőségének vizsgálatát is ebbe a csoportba sorolja a szerző, melyben a pozitív, hatékony terápiás szövetség és az ehhez szükséges terapeuta és páciens jellemzők kerülnek a kutatás középpontjába, mivel ezek a tényezők is a hatékonyság megbízható előrejelzői közé tartoznak.

A kutatások második nagy csoportja a páciensek elégedettségével foglalkozik. Ezekben azonban több olyan befolyásoló tényező is felmerül, melyek nem a terápiás kezelésből fakadnak (hanem például abból, hogy kórházi vagy ambuláns kezelésben volt-e a beteg stb.), és így az elégedettség konstrukciója nem minden esetben kapcsolódik szorosan az eredményesség konstrukcióihoz (Péley, 2008).

A terápiás folyamatra koncentráló kutatások alkotják a hatékonyságvizsgálatok harmadik csoportját. Ebbe a körbe olyan vizsgálatok tartoznak, melyek a folyamaton belül vagy csak a páciensben végbemenő változásokra összpontosítanak, vagy a terapeuta viselkedését is figyelembe veszik a változásokkal összefüggésben (Péley, 2008). A visszamenőleg elemzett terápiás ülések dinamikája, a terapeuta nem verbális viselkedése, érzelmkifejezése a verbális intervenciókhoz hasonlóan nagy szerepet kap ezekben a kutatásokban. Ennek egyik példája a korábban említett Stern és munkatársainak friss vizsgálata (1998), mely az implicit kapcsolati tudás és a találkozás pillanatok, ezen interszubjektív folyamatok mikroelemzésével új fejezetet nyithat a pszichoterápiás kutatásokban.

A pszichoterápiás kutatások nagy ívet jártak be a kezdetek óta, mikor még az egyéni esetek klasszikus leírásait, a retrospektív beszámolókat tekintették a fő kutatási eszköznek. E leírások még nem feleltek meg az empirikus vizsgálat követelményeinek, de alkalmasak voltak a terápiás kapcsolat bemutatására (Szőnyi, 2015). Ezekben még nem szerepeltek a javulás mibenlétére vonatkozó rögzített, meghatározott kritériumok (Péley, 2008). Az első szórványos eredményességi vizsgálatok az 1920-as, 30-as években jelentek meg, majd Rogers és munkatársai 1941-től már szisztematikusabban

kezdték vizsgálni a terapeuták működését különböző terapeutaváltozók mentén (Szőnyi, 2015; Péley, 2008). Friss lendületet adott a területnek Eysenck nagy port kavart vizsgálata, aki 20 év tanulmányait áttekintve arra a megállapításra jutott, hogy a pszichoterápia nem segít, a betegek maguktól gyógyulnak meg (Eysenck, 1952 id. Szőnyi, 2015).

Ma már számos tudományos vizsgálati eredmény támasztja alá a különböző pszichoterápiás eljárások hatékonyságát, eredményességét. Amint azt Bauer (2011) is részletesen kifejti könyvében, a pszichoterápiák nemcsak a lélekre, illetve a bennünk működő érzelmi sémákra hat, hanem a neurobiológiai struktúrákra is. A pszichoterápia során visszafejlődnek az olyan neurobiológiai változások, melyek valamilyen pszichés zavar kísérőjelenségeként alakultak ki. Bauer azt állítja, hogy a pszichoterápia olyan gyógyító eljárás, mely nemcsak a lélekre, hanem a testre is hat. Amennyiben a dualista test-lélek felosztást elvetjük, akkor ez az állítás még nyilvánvalóbbá válik.

A pszichoterápiák hatékonyságának kutatásai azonban olyan meglepő eredményre is vezettek a 60-as években, mely szerint a különböző irányzatok hatékonysága között nincs számottevő különbség (Buda, 2011). Ez ismét intenzívebb kutatási hullámokat hozott, melyek közül érdemes kiemelni egyrészt a már említett terapeutaváltozók koncepciójának kidolgozását, másrészt a nem specifikus hatótényezőknek a vizsgálatát a pszichoterápiákban. Ez a két terület aztán összeért abban a felismerésben, hogy a legfontosabb nem specifikus tényezőknek éppen a terapeutaváltozók bizonyultak (Buda, 2011).

Jelen kutatásban olyan nem specifikus hatótényezőknek a vizsgálatára összpontosítunk, melyek a terapeuta személyén keresztül, testtudati tapasztalatain, kapcsolati kompetenciáin keresztül hatnak a terápiás folyamatra, és ebből kifolyólag a terápiás folyamatról való beszámolóikra. Már Rogers (1981) is kitért a kapcsolati kompetenciák mérésének kapcsán arra, hogy a pszichoterápiás kutatásnak az az egyik fő nehézsége, hogy az egyének szubjektív tapasztalatainak mérésére kell objektíven leírható jeleket találnia, melyek megbízhatóan adják vissza az egyén által átélteket. Példának azt hozza fel, hogy vajon, hogyan lehet mérni a terapeuta klienssel szembeni érzéseit és őszinteségét. Úgy vélte, ha a kapcsolat jellemzőit annak korai szakaszában lemérhetnénk, akkor ebből be lehetne jósolni a fejlődésre, terápiás változásra gyakorolt hatását.

Kapcsolati kompetenciák – Rogers

A személyközpontú pszichológia alapítóját, Carl Rogers-et is erősen foglalkoztatta a kérdés, hogy mely tényezők lehetnek felelősek a személyiség és a viselkedés változásáért az eltérő pszichoterápiás irányzatokban (Rogers, 1981). Azt feltételezte, hogy a terapeutáknak vannak bizonyos közös alap-attitűdjeik, melyek minden terápiás megközelítésben, módszertől függetlenül hatnak a kliensre, s elősegítik a változást. Másképpen fogalmazva, ha a kliens és a terapeuta közötti pszichológiai kapcsolatban érvényesülnek bizonyos feltételek, akkor konstruktív vagy terápiás hatású személyiségváltozások jönnek létre a kliensnél. Ezek közül az attitűdök vagy kapcsolati kompetenciák közül Rogers hármat emel ki és empirikus kutatásokkal alá is támaszt írásában, mint amelyek nélkülözhetetlenek egy sikeres, vagyis konstruktív változást előidéző terápiás eset kibontakozásához.

Az első a terapeuta hitelessége vagy kongruenciája, amely azt jelenti, hogy a terapeuta számára saját érzelmei is hozzáférhetők, tudatosíthatók, átélhetők, és megfelelő időben ki is fejezhetők. Ez teszi lehetővé a klienssel való személyes kapcsolatot, a bizalom kialakulását kettejük között, s így a kliens személyiségének érését (Rogers, 1981). A második egy feltétel nélküli elfogadó attitűd a terapeuta részéről, melyben a klienset pozitívan és előítélet-mentesen, érdeklődő figyelemmel szemléli a terapeuta. A változás előidézésének harmadik kulcsfontosságú feltétele, hogy a terapeuta érzékeny empátiájával képes legyen a kliens világának megértésére. Mindezen attitűdök meglétén túl az is szükséges a terápiás változás előidézéséhez, hogy a kliens is érzékelje ezeket a jellemzőket a terapeutával történő interakciók során.

A Rogers által megfogalmazott feltételezések számos empirikus vizsgálatot indítottak el, melyekben a kutatók ezeket a terápiás hatótényezőket több mással együtt különféle módon határozták meg és operacionalizálták. Ezeknek a kutatásoknak a jelentősége azon túl, hogy támogatják a szerző feltételezéseit a kapcsolati kompetenciák és a terápiás változás összefüggéseiről, az, hogy a terapeuták képzésére vonatkozó következményekkel is járnak. Maga Rogers is kiemeli (1981), hogy az elméleti és diagnosztikai túlsúly a képzésben inkább az empátia képessége ellen hat, mintegy professzionális szerepbe kényszerítve a terapeutát.

Az egyik sokat vizsgált pszichológiai konstrukció a terápiás kapcsolat alakulása szempontjából az empátia, mely a további témánk szempontjából különösen fontos, ezért röviden kitérünk definiálásának és mérésének nehézségeire.

Az empátia szerepe a pszichoterápiás folyamatban

Kulcsár (2002) az egészségpszichológia és a segítő viselkedés nézőpontjából veszi végig a különböző empátia definíciókat és a vele rokon fogalmi konstrukciókat, hogy a pszichoterapeuta és a segítő kapcsolat elemzéséhez újabb adalékkal szolgáljon. Mindezeket azért tartja fontosnak, mert az egészségpszichológiában elhanyagolt területnek gondolja a segítő hivatások pszichológiáját, ami abban is megnyilvánul, hogy a terület szakirodalma a kiégésen kívül nem tárgyalja a segítőkre háruló pszichológiai feladatokat. Nagyrészt az ő gondolatmenetét követve mutatjuk be az empátia fogalmi sokféleségét, kiemelve azokat a témákat, melyek a jelen dolgozat szempontjából figyelmet érdemelnek.

Az empátiának a különböző pszichoterápiákban betöltött szerepéről Buda is írt a fogalomról szóló alap könyvében (1993), mely évtizedekre meghatározta a hazai empátiakutatásokat. Ő is kiemeli, hogy a mivel egy pszichoterápiás folyamatban annyi tényező hat egyidejűleg, nagyon nehéz megmondani, hogy mi eredményezi a bekövetkező változást. Úgy tűnik azonban, hogy valamennyi eljárásban alapvető jelentőséget kap az empátia a folyamat egyes fázisaiban, mint nonspecifikus hatótényező, még ha egyes pszichoterápiás módszerekben nem is tudatosul az empátia szerepe (Buda, 1993). A pszichoanalízisben és a Rogers által kidolgozott non-direktív terápiás eljárásban különösen nagy hangsúlyt kapnak az empátia és a vele rokon jelenségek.

Kulcsár (2002) az empátia terápiás megközelítéseinek tárgyalása során érdekes okfejtésében összefűzi a különböző rokon pszichoanalitikus fogalmakat: Ogden projektív identifikáció értelmezését, Hedges felfogását a viszont-indulatátvitelről és Stern affektív ráhangolódás fogalmát. Valamennyiben közös, hogy funkciójukat tekintve hasonló szerepet töltenek be a segítő kapcsolatban: a terapeuta szerepét a feldolgozatlan tapasztalattal való megküzdés folyamatában tartják döntőnek. Témánk szempontjából most Stern affektív ráhangolódás koncepcióját emelnénk ki, és járnánk körbe alaposabban.

Stern (2002) az affektív ráhangolódást megkülönbözteti az empátiától. Mindkettő egy emocionális rezonanciával indul, ezt követően azonban az affektív ráhangolódásban az emóció kifejezése egy új modalitásban történik meg, és nem minden esetben lesz egy empátiás, kognitív szintű válasz az eredménye. Példaként az anya-gyerek kapcsolatban létrejövő hangolódási folyamatokat említi a szerző. Mikor a

gyermek önérzékelése és interperszonális fejlődése eljut abba az időszakba, hogy az affektív állapotok megoszthatóakká válnak az anyával (9-15 hó), és az affektusok interszubjektív cseréje megindul, akkor válnak különösen jelentőssé ezek az anyai tükröző funkciók, és empátiás válaszkészségek. A ráhangolódás egyik fő jellemzője, hogy intermodális illeszkedés jön létre az anya és a gyerek között (pl. a gyerek hangadással kísért játékát az anya egy másik modalitásban, a gyerek hátát simogatva, ugyanolyan ritmusban és intenzitással teszi). Ami a terápiás folyamatok megértése szempontjából is fontos, hogy Stern rendszerében az egyes szelf-fejlődési szakaszok nem zárulnak le, hanem rájuk rétegződnek a fejlődés újabb és újabb stádiumai. Tehát van rá mód, hogy visszatérjünk valamilyen, a korábbi fejlődési fázishoz hasonló állapotba, mely a terápiában meg is történik (Stern, 2002).

A terápiás kapcsolatban lejátszódó hasonló folyamatok klinikai jelentősége felbecsülhetetlen. Mivel ezek a ráhangolódások újraszervezik az élményt (itt kapcsolódnak a projektív identifikációs és a viszont-indulatáttétel koncepcióihoz), és a figyelem fókuszát a viselkedés mögött meghúzódó, megosztandó érzelmi minőségre irányítják (Kulcsár, 2002). Kulcsár szerint a terapeutának akkor van esélye, hogy személyes jelenlétével gyógyító légkört teremtsen, ha valamely metakommunikatív csatornán keresztül ennek az affektív ráhangolódásnak a jelét adja, átveszi a beteg „hullámhosszát”, hogy aztán ki tudja mozdítani ebből a nehéz lelkiállapotból a páciens saját forrásainak a segítségével. Itt léphetnek be megint a testtudati technikák a terápiás kapcsolatba, egyrészt, mint az affektív hangolódás képességét feltételezhetően fejlesztő technikák, másrészt, mint a terapeuta forrásainak, eszközeinek körét bővítő eljárások.

A pszichoanalitikus empátia leírások közül érdemes még Reik megközelítését megemlíteni, aki a folyamat négy jellemzőjét az alábbi fogalmakból bontja ki: identifikáció, inkorporáció, reverberáció és leválás (Buda, 1993). Az identifikáció folyamatában a terapeuta figyelmet fordít a páciense élményvilágára, az inkorporáció során internalizálja ezeket a tapasztalatokat, de ez a regresszív munkamód mindvégig egy akaratlagos szabályozás alatt marad (Kulcsár, 2002). Fontos szempontként kiemeli még Kulcsár Reik nyomán (2002), hogy egyfajta reverberáció jön létre a terapeuta és a páciense között, vagyis a terapeuta a páciens élményeinek megtapasztalása közben mindvégig saját kognitív és affektív asszociációira is figyel. Ez a koncentrált figyelem, vagy figyelemváltási képesség nagy terhet róhat a terapeutára, különleges intellektuális

és emocionális kapacitást igényel, de a testtudati figyelem gyakorlataival véleményünk szerint hatékonyan fejleszthető.

Éppen e megterhelő jellege miatt, az empátiás munkamód csak időleges lehet, és szerves részét képezi a kapcsolatról való leválás is (Reik, 1949 id. Kulcsár, 2002). Kulcsár megfogalmazásában, amennyiben időről-időre nem tér vissza a saját identitásába a terapeuta, nem tud a támasznyújtó szerepének eleget tenni, melyben egyszerre kell megértését és önálló létezését is kommunikálnia a páciens felé. Az empátiás kapcsolat potenciális veszélyeivel többen is foglalkoztak, különös tekintettel a kiégés kérdésére. Ha ugyanis a szakembernek nincs lehetősége a terápiás helyzetből kiválni, amikor azt igényelné, hogy feldolgozza szupervízióban (vagy egyéb módon pl. testtudati technikákkal) az őt ért hatásokat, akkor előbb-utóbb kiég (Bagdy, Wiesner, 2005). Egy másik, nem kevésbé elhanyagolható veszély lehet a súlyos testi betegségben vagy pszichiátriai kórképben szenvedő betegekkel való együttérzés. Ennek során szinkron fiziológiai jelenségek játszódhatnak le a terapeuta és a páciens között, nagyon megterhelő érzelmek és testi érzetek kerülhetnek át a terapeutára, és jelenhetnek meg a saját érzései között (Riskó, 2017). Marcia (1987 id. Kulcsár, 2002) ilyen esetekben azt javasolja, hogy a szenvedéssel való együttérzés helyett, ami empátiás distresszhez vezetne, a terapeuta próbáljon meg a betegnek a helyzet fölötti kontrollért folytatott küzdelmével empatizálni, ami az empátiás törődés fogalmi konstrukciójával írható le.

Rogers empátia megközelítése (1981) sokkal pozitívabb színben tünteti fel a fogalmat, mint a terápiás helyzet egyik legfontosabb elemét. Az általa kialakított személyiségelméletben, és a hozzá kapcsolódó személyközpontú pszichoterápiában az elfogadás és a nyitottság légkörében a kliens igényei szerint haladnak a folyamatok. Ez nem történhetne meg anélkül, hogy a terapeuta folyamatosan ne észlelné pontosan a másik személy érzelmeit, gondolatait. Amikor a terapeuta belehelyezkedik egy másik személy perzeptuális világába, ráérez olyan dolgokra is, amelyeknek esetleg a másik sincs tudatában. Kulcsár (2002) szerint ez a megközelítés az empátia komplex jelenségének egy fontos aspektusát ragadja meg, de sok tényezővel, pl. a jelenség genezisével, feltételeivel és szélsőséges élethelyzetekben (pl. nehéz terápiás esetekben) megjelenő formáival nem foglalkozik.

Kohut (2001) az empátiára fontos megismerési módként, vagy másképpen fogalmazva információforrásként tekint a pszichoterápiában, hasonlóan a kognitív megközelítésekhez, és megkülönbözteti a magyarázó, értelmező viselkedéstől,

amelynek követnie kell a terápiás folyamatban. Az introspekciót és az empátiát egyenesen a pszichoanalízis lényegének tartja a szerző, és az analízis tárgyát, határait éppen abban határozza meg, hogy mi az, ami az empátiás megfigyelő módszerrel elérhető (Kohut, 2007). A szerző szerint a szabad asszociációs módszernél az introspekcióval változtatott empátia hatékonyabb, mert élményközelibb, jobban megtapasztalható vele a páciens élményvilága. Az értelmezést Kohut is fontos gyógyító eszköznek tartja az analízisben, azonban szerinte ezt meg kell előznie a megértés szakaszának.

Az empátia kérdéskörének közel kétszáz éves tanulmányozása során a fogalmi konstrukció hangsúlyának ide-oda tolódása két fő megközelítés mentén haladt (Buda, 1993; Kulcsár, 2002). Az egyik a kognitív, a másik az affektív elemeket tartotta meghatározónak a fogalom definiálásakor és vizsgálatakor. A két irányzat integrálására csak az elmúlt évtizedekben tettek kísérletet a kutatók és az elméletalkotók (Kulcsár, 2002).

Az egyik integrációs elmélet alkotója, Davis szerint az empátia olyan konstruktumok készlete, amelyek az egyik individuumnak a másik élményeire adott válaszaival vannak kapcsolatban (1994, id. Kulcsár, 2002). Davis átfogó organizációs modelljét Kulcsár részletesen ismerteti könyvében (2002), ennek alapján fogjuk itt is bemutatni az elméletet. Davis a tipikus empátiás epizódból kiindulva négy egymásra épülő szakaszt különít el, melyek együtt szerves egységet képeznek: az előzményeket, a folyamatokat, valamint az intraperszonális és interperszonális kimeneteleket. Az előzményekbe olyan feltételeket sorol, melyeket elkülönít személyváltozókra (pl. empátiás kapacitás – a perspektívaelfvétel kognitív képességének mértéke és az érzelmi élmény megélésének kapacitása; szocializációs előtörténet) és szituációs változókra (pl. a szituáció ereje; a célszemélyhez való viszony).

Az empátiás válaszok (kimenetelek) háttérben speciális folyamatokat feltételez Davis, melyeket a bennük jelenlévő kognitív funkciók mértéke szerint három csoportba oszt: nonkognitív, egyszerű és bonyolult kognitív folyamatok. A legegyszerűbb, nonkognitív folyamatok biológiailag meghatározottak, mint pl. a motoros mimikri (a célszemély utánzásának automatikus, nem tudatos tendenciája a megfigyelőben), mely feltehetőleg felelős a paralel emocionális válasz létrehozásáért a megfigyelőben (Kulcsár, 2002). Ez a folyamat lényegében megegyezik azzal, amelyet az 1920-as évek

elején Titchener leírt, és először az empátia elnevezéssel azonosított (Goleman, 1995), valamint amely mind ontogenetikusan, mind filogenetikusan a legelőször megjelenik.

Davis modelljében az egyszerű kognitív folyamatok körébe tartozik a klasszikus kondicionálás, a direkt asszociáció, és a címkézés. Az empátiás választ megelőző bonyolult kognitív folyamatok pedig olyan jelenségekben ragadhatók meg, mint az elaborált kognitív hálók, a szerepfelvétel vagy a perspektívaelfelvétel konstrukciói.

Az intraperszonális kimeneteknek két fajtájáról ír Davis, az affektív és a nem-affektív válaszokról. Az affektív válasz, vagyis a megfigyelő által átélt emóció lehet parallel (illeszkedés a másik érzelmi állapotához, hasonló érzélem átélése, pl. személyes distressz) és reaktív (participációs empátia: a célszemély érzésére reagál a megfigyelő, nem ugyanazt éli át, pl. részvét, empátiás törődés). Az elmélet szerint a kognitív feldolgozás egyszerűbb formái személyes distresszhez vezetnek, míg a finomabb folyamatok, mint pl. a perspektívaelfelvétel, nagy valószínűséggel empátiás törődéshez. Míg az empátiás törődés elsődlegesen a másikra irányul, így a terápiás segítő munka alapfeltétele, a személyes distressz az énre irányuló empátiás válasz. Az empátiás distressz nagyfokú empátiás érzékenységet jelent, de a segítő viselkedéssel negatívan korrelál, mivel az együttérző személy figyelme a saját, a helyzet által keltett negatív érzelmi állapotára szűkül be (Kulcsár 2002).

Akárcsak az érzelmek korábban tárgyalt elméleteiben, itt sem eldöntött a vita a kutatók között arról, hogy az affektív válasz vagy a kognitív válasz az elsődleges, s olyan megközelítések is vannak, melyek szerint a kognitív és affektív reakciók közös neurofiziológiai háttéren alapuló, egymással szoros kölcsönhatásban álló válaszok (Kulcsár, 2002). A nem affektív intraperszonális kimenetek fogalmi konstrukciója a hitelesség és a kognitív hibák köré csoportosuló kutatásokat fogja össze. Ha az intenzív nonkognitív folyamatok erős affektív válaszokat, vagyis empátiás distresszt okoznak, a valósághű kogníció torzulhat, kognitív hibák léphetnek fel, azaz az empátiás hitelesség sérülhet. Levenson és Ruef (1992 id. Kulcsár, 2002) az találták, hogy a megfigyelő és a célszemély közötti fiziológiai kapcsolat, az empátiás szinkronjelenségek jelentősen javították a kognitív empátia pontosságát, az empátiás hitelességet.

Hogy mi állhat ezek mögött a szinkronjelenségek mögött, vagyis az empátia és az idegtudomány által is kutatott úgynevezett rezonanciajelenségek, a filozófiai, pszichológiai és orvostudományi érdeklődés homlokterébe kerültek az elmúlt

évtizedekben (Horvát, Szabó, 2013). Bár az idegsejtek szintje nem képezi jelen elemzésünk tárgyát szorosan, egy rövid kitekintést érdemes itt tenni, mert a tükroneuronok felfedezése a rezonancia szubjektív élménytartományba tartozó jelenségét természettudományos fogalmakkal teszi leírhatóvá.

A tükroneuron-rendszer működését Rizzolatti olasz neurobiológus és Hutchinson kanadai agykutató munkáiból ismerhetjük meg (Bauer, 2011). A tükroneuronok által kínált naturalista magyarázat a személyközi viszonyokra azt állítja, hogy vannak olyan idegsejtek az agyban, melyek akkor is aktiválódnak, ha teszünk egy mozdulatot, és akkor is, ha azt mástól látjuk (Cattaneo, Rizzolatti, 2009). Hutchinson az érzésekre beállított tükroneuronokat talált a limbikus rendszerben, melyek lehetővé teszik az érzelmi beleélés és együttérzés tapasztalatait, vagyis az empátia idegrendszeri alapjainak tekinthetők (Bauer, 2011). A tükroneuronok többféle funkciót is betölthetnek a személyközi helyzetekben: egyrészt szerepet kapnak a testtartás és a mimika összehangolásában (rezonanciaviselkedés); másrészt segítségükkel a másik érzelmi-cselekvési folyamatairól egyfajta „mintha-élményt” hozható létre; s végül mindez anticipációs jelentőséggel bír, bejósolhatóvá teszi a másik szándékait (Bauer, 2011; Horvát, Szabó, 2013).

Visszatérve az empátia Davis-féle integrált modelljéhez, az empátia lehetséges interperszonális kimenetelei között az utolsó tényező az altruizmus. A valódi segítő, altruista viselkedés hátterében, mely nem a megfigyelő belső egyensúlyát szolgálja, a másakra irányuló figyelem (perspektíva felvétel) és az empátiás aggodalom áll (Kulcsár, 2002). A segítő hivatásban az altruista és empátiás élménymód nagy érzelmi és intellektuális kapacitásokat igényel a szakembertől, amely, ha nincs lehetőség a regenerálódásra, a kimerülés, a kiegész veszélyét is magában hordozza. Kulcsár (2002) a kiegészzt az empátiás kapacitás kimerülésére vezeti vissza, és idézi Farrenkopf munkáját (1992) az emocionálisan megterhelő, nehéz esetekben jellemző alkalmazkodási fázisokról a terapeutáknál.

Eszerint a modell szerint, három szakasz különíthető el a „nehéz esetek” kapcsán. Az első fázisban a terapeuta megdöbbenést, zavart, sérülékenységet, kiszolgáltatottságot él át. A második szakaszban ez nagy erőfeszítésekre készíti a szakembert, szakmai küldetésének, előítélet mentességének tudatos vállalására, és az empátia átélésre. Ebben a szakaszban a terapeuták bíznak a munkájuk hatékonyságában. A következő szakaszban a reményteli, heroikus munkát egy idő után erős (esetenként

elfojtott) emóciók előretörése, düh és cinizmus megjelenése követi, amely gyakran vezet általános kimerüléshez, illúzióvesztéshez. Egy másik tanulmány öt szakaszt különít el: irreális elvárások (kiegésre veszélyeztető attitűd), stagnáció, frusztráció, apátia, intervenció (kritikus állapot megoldása, kiegész megelőzése) különít el (Fekete, 1991 id. Kulcsár, 2002).

Általános a szakirodalomban, hogy a kiegész megelőzésében leggyakrabban a munka változatosabbá tétele mellett a szupervíziós támogatást említik (Bauer, 2011; Bagdy, Wiesner, 2005). Jelen tanulmányban emellett a testtudati technikák fontos szerepét emelnénk ki a kiegész megelőzésében és a nehéz helyzetekkel való megküzdésben, melyek feltételezhetően az előzőekben említett módszerekhez hasonló hatékonyságban képesek hatni, és az empátiás és figyelmi kapacitások megújításában, feltöltésében közreműködni, amennyiben rendszeresen gyakorolják őket a terapeuták.

Az empátia fogalmának ebből a komplex rendszeréből a kutatások sokáig inkább a kognitív folyamatokra koncentráltak. A 40-es, 50-es évek szociálpszichológusai a megismerés, a személypercepció összefüggésében vizsgálták az empátiát. A 60-as évektől az emocionális oldal újra előtérbe került az empátiás hitelesség, vagyis az empátiás úton nyert információk megbízhatóságának kutatásai kapcsán (Kulcsár, 2002). Azonban egészen a 90-es évekig nem foglalkoztak szisztematikusan a kutatók az empátia és fiziológiai mutatóinak kapcsolatával, vagyis azokkal a már többször is említett szinkronjelenségekkel, melyek a pszichoterápiás munkában is megjelennek, és az empátiás észlelés megbízhatóságát fokozzák (Levenson, Ruef, 1997).

Levenson és Ruef (1997) számos kutatás eredményeinek áttekintése után arra jutottak, hogy a fiziológiai szinkronizáció egyértelműen összefonódik az érzelmi szinkronizálási folyamatokkal, különösen az érzelmi összhang és érzelmi megismerés területén. A szerzők szerint a folyamat kétirányú: az érzelmi szinkronitás fiziológiai szinkronitáshoz vezethet, a fiziológiai szinkronitás pedig érzelmi összehangolódáshoz. Megállapításaikat többek között olyan kutatásokra alapozva hozták meg, melyek pl. anya-gyerek diádok fiziológiai mutatóit (szívritmus) vagy kiscsoportok GBR-reakcióinak együttváltozásait vizsgálták.

Riskó (1997) az onkológiai betegekkel végzett terápiás munka kapcsán számol be arról, hogy akár zsigeri szintű kommunikáció is észlelhető a terapeuta és a páciens között, amely a terapeutában váratlan testi érzeteket válthat ki, vagy rossz közérzetet

okozhat. Éppen ezért itt az intenzív szupervíziós támogatás mellett még fontosabb a szerepe annak is, hogy a terapeuta a saját testi (és lelki) érzeteire fokozott figyelmet fordítson (Riskó, Tari, 2017).

De a testi érzetek nemcsak ezekben a szélsőséges esetekben, erős, nehéz testi érzetek önkéntelen kommunikációjában jelenhetnek meg a pszichoterápiában, hanem az egész finom hangolódások, akár a szívritmus, akár a légzés, akár a vitalitás affektusok szintjén is. Autogén tréning, relaxáció vezetésekor a terapeuták gyakran átéli pl. a légzésritmusok összehangolódását a páciensekkel. Szili (2010) ír arról a táncterápiás (PMT) testi viszontátvételi folyamatok elemzése kapcsán, hogy a terapeuta és a páciens testi érzeteinek nyomon követése, a terapeuta testi élményeinek tudatosítása, hogyan vezethet a verbális terápiákban is mélyebb megértéshez és változáshoz.

A hipnóziskutatók is beszámolnak hasonló jelenségekről az interakciós szinkronitás témakörében a nyílt viselkedés, a fiziológiai mutatók és a szubjektív élmények megfigyelésében egyaránt (Varga, 2019). A következő részben ezeket a finom fiziológiai és érzelmi összehangolódásokat az úgynevezett „találkozás pillanatokon” keresztül vesszük szemügyre, mivel ezekről az empatikus összehangolódást elősegítő jelen pillanatokról a szakirodalom azt tartja, hogy nagyon erős pszichoterápiás hatással bírnak (Horváth, Szabó, 2013).

Változás az interszubjektív megközelítésben – Stern

Az interszubjektív szemléletben annak a kérdése, hogy mi okozza a terápiás változást, mi minden befolyásolja egy terápiás folyamat hatékonyságát, új megvilágításba kerül. Stern *A jelen pillanat* című írásában (2004) részletesen leírja a terápiás változás kétféle lehetséges útját a terapeuta és a páciens szubjektív tapasztalatának, a jelen pillanatok megélésének a középpontba helyezésével. Egy terápiás ülés szerinte a jelen pillanatok sorozatából áll, amelyet a személyközi kapcsolat, a megosztott interszubjektív mező elmélyítése motivál. Ahogyan megy előre, fejlődik a kapcsolat a terapeuta és a páciens között, a jelen pillanatok összekapcsolása zajlik, és a másikkal való együttlét új formái bontakoznak ki. Ezek az új tapasztalások tudatossá, explicitté válhatnak, bár erre nincs mindig szükség, maradhatnak az implicit tartományban is. A jelen pillanatok, ezek a szubjektív tapasztalást alkotó 3-4 másodperces tudatosság egységek, aztán összeadódnak, és ezek okozzák a járulékos terápiás változás nagy részét, mely „lassú, progresszív és hangtalan”.

Ez a lassú, kapcsolati lépésekből álló folyamat ágyaz meg azonban Stern szerint egy olyan másfajta változási módnak, mely gyorsabb és drámaibb fejleményekhez vezet a terápiás folyamatban. A jelen pillanatok különleges formái, melyeket Stern (2004) most-pillanatoknak nevez, a tudatosság kitágulásának olyan élményei, melyek hirtelen jelennek meg, és azonnali akciót igényelnek, egyfajta „kairosz” pillanatok vagy kulcspillanatok, melyek jelentős változást hozhatnak a terápiában egy új kapcsolati és személyközi helyzetet létrehozva. Pl. mikor a páciens hirtelen felül a kanapén, és a terapeutára néz, hogy mit csinál, amíg ő beszél. Amikor ezek a speciális jelen pillanatok bekerülnek a személyközi mátrixba, és a kapcsolatot új kihívások elé állítják, azt a terapeuta és a páciens is megoldásra váró helyzetként, krízisként éli meg.

Itt lépnek a képbe a találkozás pillanatok, melyek megoldást adhatnak erre a krízisre, vagy éppen hiányuknál fogva tovább mélyülhet a krízis, ami akár a terápia megszakadásához is vezethet. Stern (2004) a találkozás pillanatokát a pszichoterápiás változás csomópontszerű tapasztalásainak tekinti, melyek sokszor a legemlékezetesebb pillanatokká válnak, sok év múlva is könnyen felidézhetők. A terapeuta és a páciens együtt vannak mentálisan, érzelmileg az összehangolódásnak, együttes tevékenységnek ezekben a különleges pillanataiban. Létrejöttének feltételei, hogy egymásra fókuszáljanak a terapeuta és a páciens, erős érzelmek, és vitalitás affektusok mentén közösen legyenek jelen a pillanatban.

A vitalitás affektusok fogalmának megragadására Stern (2004) a kategorikus affektusoktól való megkülönböztetést használja. Definíciója szerint számos olyan érzelmi minőség létezik, mely ott van mintegy háttérként a szubjektív élményekben, de nem ragadható meg az affektív kategóriákkal. Ezek a nehezen megfogható, bizonytalan minőségek elválaszthatatlanul együtt járnak valamennyi alapvető életfolyamattal, mint amilyenek a légzés, megéhezés, emésztés, kiválasztás, elalvás, felébredés vagy az érzelmek és gondolatok keletkezésének és elmúlásának érzése (Langer, 1962 id. Stern, 2004). A vitalitás affektusok dinamikus, folyamatosan változó, mozgékony érzelmi minőségei leginkább kinetikus fogalmakkal adhatók vissza (pl. puha, erőteljes, robbanó, felgyorsuló, lelassuló), és mindig jelen vannak a szervezetben. Ezekből emelkednek ki alkalmasszerűen a jól elkülönülő kategorikus érzelmi megnyilvánulások, melyek már könnyebben tudatosíthatók, és kognitív értékelő aspektussal is rendelkeznek.

Ha csupán a ritkábban előforduló kategorikus érzelmekre korlátozódna az összehangolódás a terapeuta-páciens (vagy anya-gyerek) diádban, akkor nem lehetne

folyamatos ez az összehangolódás (Stern, 2004). Az érzelmek és a vitalitás affektusok egyaránt képezhetik az alapját a szubjektív belső állapotok összehangolódásának. Stern szerint azért is különösen alkalmasak a vitalitás affektusok erre, mert az intenzitás és az idő amodális minőségeiből tevődnek össze, és egyfajta aktivációs kontúrként benne vannak minden viselkedésben.

Mielőtt részletesen belemennénk abba, hogy mi idézi elő a terápiás változást a találkozás pillanatokban, egy kis kitérőt kell tenni az explicit-implicit memóriarendszerekkel kapcsolatos legújabb kutatások területére.

Memóriarendszerek és a pszichoterápiás változás

Stern (2002, 2004) interszubjektív szemléletében a pszichoterápiás változás egyrészt explicitté váló új kapcsolati tapasztalatokban, másrészt az emlékezet implicit tartományában átíródó kapcsolati tudáson keresztül mutatkozhat meg. E két folyamatban eltérő idegrendszeri funkciók, párhuzamosan, de egymástól nem függetlenül működő emlékezeti rendszerek vesznek részt (Simon et al., 2001). Simon és munkatársai (2001) a memóriefajtákról írt tanulmányukban kiemelik, hogy mivel a pszichoterápiákban az idő nagy részében emlékek mentén folyik a terápiás munka, ezeknek az emlékezeti rendszereknek a tanulmányozása több szempontból is jelentős lehet.

A hosszú távú memóriarendszerek két fajtáját írják le a szerzők a szakirodalomban régóta használatos fogalmakkal. Egyrészt van egy ún. explicit vagy deklaratív memória, mely a szemantikus (tények, adatok) és az epizodikus (átélt események) alrendszerekből tevődik össze. Az ezekben tárolt emlékek tudatosan felidézhetők, rögzülésük gyors, és szintén lehet tudatos. Az explicit emlékek felidézése egy aktív, rekonstruktív folyamatban történik, vagyis a felidézett emlék nem pontosan azonos az eredetivel, ezért van lehetőség a változtatására például pszichoterápiában.

A másik fajta memóriarendszer, az implicit emlékezet is több alrendszert foglal magába, melyek a priming, a procedurális, és az emocionális memória neveket viselik. Ezekben a rendszerekben közös, hogy passzív módon íródnak bele az emlékek egy nem tudatos folyamat során, rugalmatlanabb, lassan vagy alig változtatható emléknymok vannak benne, melyek előhívása kevésbé akaratlagos. Mivel előhívásukat a beíródás körülményeit utánzó ingerek idézik elő, legtöbbször anélkül befolyásolnak bennünket, hogy ezzel tisztában lennénk (Simon et al., 2001).

A korai kötődés kapcsolati mintáit is az implicit procedurális memória rendszer kódolja, s ezek az automatikussá vált tárgykapcsolati minták aztán a felnőttkori kapcsolatokat, köztük a pszichoterápiás kapcsolatot is erősen befolyásolják (Pető, 2003). Az érzelmi emlékek egy része az epizodikus memóriában tárolódik (tények, körülmények), más részük viszont, egy esemény érzelmi töltése, az implicit emocionális emlékezetben. Ezekre az érzelmileg hangsúlyos eseményekre általában jobban emlékszünk, már csak az evolúciós jelentőségük miatt is (Simon et al., 2001). Az érzelmileg jelentős események felidézésének kérdésére a narratív módszerek kapcsán még vissza fogunk térni.

Simon és munkatársai (2001) a memóriarendszerek jelentőségét összefoglalva a pszichodinamikus megközelítésekben számunkra is fontos megállapításokat tesznek. A pszichoterápia során véleményük szerint mindkét szint megjelenik. A verbális értelmezésben az explicit, deklaratív szint, az interszubjektív kapcsolatban az implicit „találkozás pillanatai”. A terápiás folyamatban a tudatos verbális anyag deklaratív újrendezésével egyidejűleg a kölcsönös megértés és az interszubjektív környezet megosztása alakítja az implicit tudást is, amit a szerzők a non-interpretatív terápiás tényezők körébe sorolnak. A terápiás változás szempontjából fontos, hogy mind az explicit, mind az implicit tartalom megjelenjen. Ha csak az explicit jelenik meg, akkor a racionalizálás, az okos beszélgetés lesz a jellemző, de változás nem fog bekövetkezni. Ha viszont csak az implicit résszel folyik a munka, akkor erős érzelmi élmények jelenhetnek meg anélkül, hogy újrendezés és megértés következne belőle, ami szintén a változás elmaradásához vezet.

Találkozás pillanatok és változás

Visszatérve Stern elképzeléséhez, hozzá hasonlóan sokféle pszichoterápiában figyelmet fordítanak az „itt és most”-ra, legyen szó akár az egzisztencialista, a Gestalt- és encounter-irányzatokról, a rendszerszemléletű irányokról, vagy a mozgás- és táncterápiákról, és más önkifejezésre építő terápiás megközelítésekről. Ezekben azonban Stern szerint (2004) sokszor a kapcsolatban bontakozó jelen pillanat fókusz csak a terápiás anyag feltárására, felhozatalára használják, majd esetenként túl hamar megfogalmazzák verbálisan. Még a nonverbális megközelítésekben is pszichodinamikusan használják, nem foglalkoznak a mikrotörténekek kibontásával, a fenomenológiai élmény leírásával.

A változás mechanizmusának megragadásában Stern (2004) azért hangsúlyozza a szubjektív tapasztalást a jelentéssel és az explicit értelmezéssel szemben, mert úgy véli, ha meg akarunk változtatni egy múltbéli tapasztalatot a terápiában, akkor újra kell tudni írni egy ugyanolyan idő-kerettel bíró új tapasztalással például egy találkozás pillanat során. Mivel a nyelvi és narratív tartalmak absztrahált tapasztalatok, amiket egyszer már leválasztottunk a közvetlen élményről, és annak időfolyamáról, más idő dinamikával rendelkeznek, mint a közvetlen tapasztalat. Éppen ezért csak az explicit múlt átírására képesek a nyelvi tartalmak, az impliciten megtapasztaltak átírására nem. Amikor a hangsúly eltolódik az explicit tartalomról az implicit tartomány felé, akkor a terápiás célok is eltolódhatnak a tapasztalás elmélyítése felé, és kevésbé fog a jelentés megértésével foglalkozni.

Ebben a megközelítésben a terapeutának egyszerre kell megfigyelnie, és egyforma súllyal kezelnie a nem verbális, implicit eseményeket, és az explicit, verbális tartományt, ami nem könnyű, viszont a lehetséges terápiás intervenciók számát jelentősen megnöveli (Stern, 2004). A verbális terápiákban az értelmezés, a jelentés keresés, a narratív tartalmak kibontása szintén fontos eszköz, melyek segítségével a terapeuta és a páciens „valamit közösen csinálnak” (Stern, 2004), ami gazdagítja a tapasztalást és változást hoz abban az implicit kapcsolati tudásban, ahogyan a másikkal együtt lehet lenni. Mindemellett a verbális jelentés keresés, a megfelelő időben és gyakorisággal adott értelmezések és az élettörténet narratív konstruálása is magyarázó ereje révén változást hozhat a terápiás folyamatban, ezt Stern is kiemeli. Jelen vizsgálatban azonban azokon a változást okozó terápiás tényezőkön van a hangsúly, melyek az implicit tartományban, drámai és intenzív találkozás pillanatokban nyilvánulnak meg, és ezekben fogjuk áttekinteni a testtudati tapasztalatok kiemelt szerepét.

Az interszubjektív szemléletet a terapeuta aszimmetrikus, neutrális megfigyelői szerepe helyett egy olyan megközelítés jellemzi, melyben a terapeuta és a páciens egy közös tevékenységben egyenrangú felekként vesznek részt, és a terapeuta hitelességéhez elengedhetetlen egy bizonyos mértékű önfeltárás (Fónagy, Target, 2005). A terapeuta neutralitása ebből a nézőpontból inkább káros, mert akadályozza az érzelmek cseréjét és az implicit kapcsolati emlékek helyreállítását (Pető, 2003). A találkozás pillanatokban és az interszubjektív cserék folyamatában a terapeuta hitelessége (kongruencia)

kiemelkedően fontos, vagyis hogy a szavai és a nem verbális magatartása között érezhető harmónia legyen (Pintér, 2015).

Ehhez tudnak segítséget nyújtani a testtudati technikákon alapuló különböző módszerek önismereti, saját élmény céllal alkalmazva a szakemberek képzésében. A különféle módszerek eltérő mértékben, különböző módokon tudják támogatni a terápiás folyamatokat a terapeuta személyén keresztül. Vannak olyan módszerek, melyek a terapeuta empátiás és figyelmi kapacitásának kiterjesztését, mások a terápiás folyamatban keletkező testi érzeteinek és érzelmeinek tudatosítását és szabályozását teszik lehetővé, például a stresszel való megküzdés támogatásával. Megint mások az implicit kapcsolati tudás átdolgozását vagy a kapcsolati kompetenciák fejlesztését segítik elő. Ezeknek a módszereknek a terápiában való alkalmazásáról a páciensekkel számos tanulmány született az elmúlt években, melyek eredményeire röviden már kitértünk a korábbi fejezetekben. Jelen dolgozatban ezen túlmenően egy egészségpszichológiai megközelítéssel arra helyezzük a hangsúlyt, hogy a terapeuták a saját testtudati gyakorlásukkal és a testtudati szemléletnek a terápiában való alkalmazásával, hogyan tudják fokozni a terápiás folyamat hatékonyságát.

A fejezet befejezéseként idézzük Horváth és Szabó (2013) szavait az interszubjektivitásról a megtestesülés paradigmájában:

„A pszichoanalitikus terápia alfája és ómegája az áttételi jelenségek értelmezése. A fent említett úgynevezett „találkozás pillanatok” egyfajta implicit, affektív összehangolódásként értelmezhetők. A megtestesülés paradigmájában az elmeolvasás egyben mindig testolvasás is; a személyközi interakciókat áthatja az affektivitás (9). A Stern és a Boston-csoport munkáival fémjelezhető terápia a megtestesült elme perspektívájából egyfajta motoros rezonanciára, vagy motoros empátiára épül. Egy mosoly vagy egy gesztus időbeli lefolyása és formája úgynevezett vitális affektusokat kelt a megfigyelőben; a megfigyelő belső (proprioceptív) testsémája affektivitással reagál a megfigyelt gesztusokra. Mindez természetesen direkt és azonnali módon zajlik az implicit tudás szintjén. Ezek a mikro-interakciók az affektív összehangolódás (és az áttétel) olyan intenzív élményét nyújthatják, ami kiszabadíthatja a klienst a múltbéli traumák rabságából. Az intellektuális értelmezés ebből az alulról építkező perspektívából nézve az egész terápiás viszony felszíni rétegévé válik.”

Megküzdés és testtudat kapcsolata

A pszichoterápiás változás természetéről szóló elméletek után a megküzdés és a testtudat látszólag távoli területeinek összekapcsolására teszünk kísérletet. Ehhez szükséges a megküzdés munkadefiníciója, mivel ez a koncepció is számos különböző értelemben használatos a pszichológiai elméletekben. A megküzdés modelljei az elmúlt évtizedekben nagy átalakuláson mentek keresztül a kutatások eredményeinek fényében, együtt fejlődtek a pszichológiában éppen uralkodó áramlatokkal. Oláh (2005) a megküzdés modelljei közül a pszichoanalitikus, az állatpszichológiai, a trait-modell és a tranzakcionista felfogásokat emeli ki, mint legmeghatározóbb megközelítéseket.

A klasszikus analitikus értelmezésben a megterhelő helyzetekre adott reakciók, vagyis a külvilágból érkező fenyegetésekre adott megküzdő válaszok egyfajta ego-manőverek. Míg ezek tárgya és célpontja a külvilág, a belső veszélyek, intrapszichés konfliktusok ellen az elhárító mechanizmusok védik az eget (Oláh, 2005). Míg egyes szerzők szerint ezek a mechanizmusok nagymértékben hasonlítanak egymásra, mások erőteljes különbségeket tételeznek fel e folyamatok között. Míg a patológiásnak tekintett elhárítások múltbéli eseményekhez kötődő, tudattalan, a valóságot torzító, rigid mechanizmusok, addig a megküzdések a jövőre orientáltak, rugalmasak, nagyrészt tudatosak és figyelembe veszik a realitást (Hahn, 1977 id. Tringer, 2007). Az első érdekes momentum, mely a kutatásunk szempontjából fontos lehet, hogy a jelenre való orientáció, a jelen pillanat kimarad ebből a felosztásból.

Tringer (2007) kiemeli, hogy a korai megküzdésre vonatkozó kutatások középpontjában az életet fenyegető, traumatikus eseményekre adott reakciók álltak, melyet később a krónikus betegségekkel és a mindennapos krónikus megterhelésekkel szembeni megküzdés vizsgálata egészített ki. Ez talán magyarázhatja, hogy a testtudati technikák, mint a jelen pillanatra összpontosító megküzdési módok, miért nem kerültek bele a kutatásokba. A testi fájdalmak, traumák, életveszély megnehezítheti a testre való figyelem technikáinak alkalmazását, az elsődleges reakció inkább az lenne, hogy a testét sérülékenynek megélő ember az „elméjébe menekül”. Ezzel szemben a mindfulness alapú megközelítések közül az MBSR tréninget például kifejezetten súlyos betegségben szenvedők számára fejlesztették ki, hogy az a stresszel való megküzdést segítse. Nagy körültekintéssel végezve még a fájdalmakkal küzdő betegek esetében is hatékonyan

alkalmazható, mert meglepő módon a fájdalmas testi érzetek értékelésmentes megfigyelése nem növeli, hanem csökkenti a fájdalom szubjektív érzetét.

A különböző modellekhez visszatérve, az állatpszichológiai megközelítés szerint coping-nak tekinthető minden olyan viselkedéses válasz, amely kontrollálni képes az averzív környezeti hatásokat azáltal, hogy csökkenti az arousalt, a félelmet vagy egyéb drive-okat (Oláh, 2005). A terület kutatói a megküzdő viselkedés menekülő, támadó vagy passzív módjait elkülönítve azt nézték, hogy az állatok fenyegető helyzetekre adott válaszai eredményesek voltak-e, és ez milyen szomatikus következményekkel járt (Oláh, 2005). A stresszre adott szomatikus válaszok vizsgálatának emberek esetén is nagy irodalma van. Fontos egészségpszichológiai relevanciája lehet a megelőzésben annak, ha a testtudati figyelemmel ezek a szomatikus válaszok, testi tünetek korán kiszűrhetővé és kezelhetővé válnak.

A megküzdés hagyományos felfogásában két elméleti irány fejlődik egymás mellett, mindegyikben az az alapvető kérdés, hogy bizonyos megküzdési módok adaptívabbak-e másoknál, eredményesebben használhatók-e (Tringer, 2007). A diszpozicionális megközelítés vagy a megküzdés trait-modellje, azt vizsgálja, hogy bizonyos megküzdési stílusok, vonások egymástól eltérő helyzetekben hasonlóvá teszik-e az egyén reakcióit, vannak-e az egyéneknél konzisztens vonások, stratégiák, védekező manőverek a különböző konfliktushelyzetekben (Oláh, 2005). A szituatív megközelítés a megküzdés folyamatára koncentrál, és az van a vizsgálódása fókuszában, hogy leírhatók-e egy adott helyzetben a specifikusan hatékony megküzdési módok. Míg az előbbi irány azért lehet érdekes számunkra, mert a vonás jellegű testi tudatosság (body consciousness) területéhez kapcsolható, amennyiben azt feltételezzük, hogy a testi tudatosság jelenléte különböző konfliktushelyzetekben egyfajta megküzdési stratégiaként alkalmazható. A szituatív megközelítések pedig a terápiás helyzetben specifikusan hatékonyan alkalmazható megküzdési módok tárgyalásában lehetnek hasznosak.

A kognitív tranzakcionista modell Lazarus széles körben elfogadott definíciójára épül, melyben megküzdésnek tekinthető „minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemésztenek aktuális személyes forrásait” (Lazarus, 1966:76 id. Oláh, 2005). Oláh ismertetését követve Lazarus modelljéről (2005), e felfogás szerint egy adott személy-környezet

interakcióban mind az érzelem erőssége és a minősége, mind a megküzdés módja kognitív értékelés következménye. Míg a korábbi megközelítések úgy tekintettek a megküzdésre, mint egy válaszra, melyet az érzelmek váltanak ki (pl. az elhárító mechanizmusokat a szorongás), ebben az elméletben az érzelem helyett a kognícióé az elsőbbség. A kognitív értékelésnek két egymáshoz dinamikusan kapcsolódó szakasza különíthető el a szerző szerint, az elsődleges és a másodlagos értékelés. Az elsődleges értékelés arra vonatkozik, hogy az adott személy-környezet interakciónak van-e jelentősége a személy életére nézve, míg a másodlagos azokat a forrásokat veszi számba, melyek a megküzdés során az egyén rendelkezésére állnak, és attól függően, hogy kontrollálhatók vagy nem, lehetnek problémafókuszú vagy az érzelmek regulációját lehetővé tévő beavatkozások. Lazarust és munkatársait elsősorban a folyamatorientált kutatások foglalkoztatták, és a megküzdő viselkedést abból a szempontból elemezték, hogy az milyen szerepet játszik a környezet és a személy közötti tranzakcióban (Oláh, 2005).

Smith és Lazarus (1990) összefoglalva a terület legfontosabb kutatási eredményeit, arra jutottak, hogy sokféle helyzetben, sokféle megküzdési módot használnak az emberek, de vannak bizonyos helyzetekhez köthető speciális megküzdési módok is. A problémafókuszú azaz a környezetre irányuló megküzdési stratégiákat többnyire akkor alkalmazzák a személyek, ha a megterhelő helyzet befolyásolhatónak tűnik (pl. kihívás). Ha kontrollálhatatlannak tűnik a személy számára a helyzet (pl. kár vagy veszteség esetén), akkor inkább érzelemfókuszú azaz a szelfre irányuló megküzdési módok kerülnek előtérbe. Az, hogy milyen stratégiát választ a személy, és az mennyire lesz eredményes, függ egyrészt a szituációtól, másrészt a személy jellegzetességeitől, a kognitív értékeléstől, és az egész tranzakcionális folyamat lényeges tényezőitől (Oláh, 2005).

Bár az érzelemfókuszú megküzdést a szakirodalom hagyományosan problémásnak tartotta, újabb funkcionista megközelítések pozitív folyamatnak tekintik az érzelmek használatát a megküzdésben, mivel azok például az önszabályozást támogatják (Tringer, 2007). A korábbi vélekedésnek az is lehetett az oka, hogy a kutatások során az érzelemfókuszú megküzdést mérő skálákban ezt a típusú coping stratégiát többnyire összemosták a kimeneti változóként vizsgált érzelmi állapottal, például az alkalmazkodási problémákkal, és elkerülő tételekkel mérték (Stanton, 1999 id. Tringer, 2007). Vagyis az érzelmi kifejezés tételeinek jóváhagyása egyben az

érzelmi kifejezés maladaptív jellegét erősítette (pl. „attól tartok, hogy nem vagyok képes megküzdni a helyzettel”). Stanton szerint (1999 id. Tringer, 2007) az aktív érzelmi megközelítő coping során nem az érzelmek kontrollálják a személyt, hanem sokkal inkább ő használja az emócióit az alkalmazkodásban: a megterheléshez való habituációhoz, jelzőfunkcióként, a kognitív újraértékeléshez, a viselkedés irányításához és a társas környezet szabályozásához. Az érzelmek ilyen megközelítése a megküzdésben közel áll ahhoz az elképzeléshez, ahogyan a testi érzetek tudatosításának szerepére tekintünk a terápiás kapcsolatban, mint amelynek többek között fontos jelzőfunkciója van a terapeuta számára.

A megküzdés és a helyzetben domináló érzelmi állapotok szorosan együtt járnak, vagyis a pozitív és negatív érzelmi állapotok jellegzetes megküzdési stratégiákat mobilizálnak (Oláh, 2005). Ebből kiindulva Lazarus (1991 id. Oláh, 2005) a 80-as évektől kezdve a stressz és emóciókutatások integrálását javasolja, és elméleti alapvetésében a stresszt úgy tekinti, mint ami része annak a nagyobb tárgykörnek, amit emóciónak nevezünk.

Snyder megküzdési koncepciója (2001 id. Tringer 2007), mely Lazarus definíciójánál tágabb, mindazokat a gondolatokat, érzéseket és viselkedésformákat magába foglalja, melyek a lelki egyensúlyt veszélyeztető tényezők kezelésére irányulnak. A szerző nem javasolja az „erőfeszítés” kifejezés használatát, mely a Lazarus féle definícióban szerepel, mert úgy véli, hogy számos olyan megküzdési helyzet van, amikor a lehető legkevesebb aktivitás jelenti a legcélszerűbb erőfeszítési szintet. Ha példaként erre a relaxáció vagy más passzív testtudati technikák alkalmazását tekintjük a stressz kezelésére, akkor ez a tágabb definíció tűnik használhatóbbnak jelen kutatásunkban. Miután felvázoltuk azokat a legfontosabb tényezőket a megküzdés témájában, melyekre építhetünk elemzésünkben, összekapcsolhatjuk a megküzdés témáját a dolgozatban eddig tárgyalt elméletekkel.

Stern már sokat emlegetett műve a jelen pillanatról (2004) a most-pillanatok felbukkanásakor lehetséges veszélyekre hívja fel a figyelmet, melynek 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 lesznek. 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, hogy a terapeuta nem érti meg őt.

Ezért fontosak a terapeuta már korábban többször tárgyalt kapcsolati kompetenciái. A testtudati figyelem terén szerzett tapasztalatok egyrészt az első esetben segíthetnek, amennyiben a terapeuta hatékonyabban lesz képes felismerni ezeket a pillanatok a saját testi érzeteiben bekövetkezett változások tudatosításának segítségével. A második esetben, amennyiben feszültség keletkezik benne, erre is vannak olyan testtudati megküzdési technikák, 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 képességet, készségét.

A terapeutának ez a spontán és autentikus válasza a jelen pillanatban, ami leginkább elkülönítheti az implicit kapcsolati tudás ilyenfajta átdolgozását az analitikus munkamódban jellemző áttételi-viszontáttételi dinamikák megdolgozásától, és minőségi ugrást hozhat a terápiában (Stern, 2004). Ha a most-pillanatot a terápia normális menetéhez tartozónak tekinti a terapeuta, akkor megváltozik a beállítódása azzal a feszültséggel szemben, amelyet kelt, jobban képes megküzdni a helyzettel, és adekvátabb, autentikusabb választ képes adni rá.

Az empátiás szinkronjelenségek korábban tárgyalt eseteinek kutatása is érdekes hozzáadékkal szolgálhat a megküzdés szempontjából. Eisenberg és Fabes (1990 id. Kulcsár, 2002) a kísérleti empátiakutatások egyik kulcsfogalmát, az empátiás distresszt vizsgálva arra jutottak, hogy a személyes distressz többnyire kevesebb segítő viselkedéssel és magasabb fiziológiai arousallal jár. Tehát ha valakiben nincs segítő szándék, az empátiás szinkronjelenségek fokozottabban érvényesülnek. A jelenség hátterében zajló folyamatokat Kulcsár (2002) úgy írja le, hogy elsőként a mimikri és a fiziológiás szinkronjelenségek jelennek meg egy interakcióban, melyek impulzusként szolgálnak a megküzdés komplexebb formáinak előhívásában. A szerző szerint, amennyiben a személy válaszrepertoárjában a segítőkészség képessége a domináns, és a célszeméllyel jó a kapcsolata, akkor ezek a szinkronjelenségek átadják a helyüket a

figyelemnek, az arousal szintje lecsökken, vele az empátiás distressz is, és az empátiás törődés válik uralkodóvá. Ez utóbbi válaszforma, bár sosem válik el élesen az előbbitől, fiziológiai szinten tehermentesítheti a megfigyelőt, viszont véges kapacitással rendelkezik.

A terápiás folyamatban a terapeutának több forrásból származó negatív testi érzetekkel és érzelmekkel is meg kell küzdenie, hogy visszaállítsa a lelki egyensúlyát, vagy a testesült elme hipotézis szemléletében a testi elme egyensúlyát. Ezek a feszültségek egyaránt eredhetnek a pácienssel való kapcsolódás nehézségéből, de abból is, hogy éppen erős fiziológias szinkronjelenségek, affektív összehangolódások zajlanak közöttük. Bármelyik eset áll is fenn, a terapeuta teste, testi elméje, nem hagyható figyelmen kívül a magyarázó modellekben. A megküzdés egy lehetséges útja a testi érzetek szabályozása testtudati technikák bevonásával, alkalmazhatók más kognitív stratégiák is, de az előző bekezdésből az is kiderül, hogy maga a segítő viselkedés, mint megküzdés is csökkentheti az empátiás distresszből eredő feszültségeket.

A következő fejezetekben a főbb terápiás irányzatokban nézzük meg, hogy azokban milyen szerepet játszik a terapeuta teste, testtudata, és ez hogyan befolyásolja a kapcsolati hatótényezőket az adott módszerben.

Testtudat és kapcsolati hatótényezők a különböző pszichoterápiás megközelítésekben

Az előzőekben ismertetett gondolatmenetből felmerül a kérdés, hogy milyen módon lehet a segítő viselkedésben a figyelmi, empátias és megküzdő kapacitásokat növelni a terápiás folyamaton belül és kívül. A különböző testtudati technikák terápiás alkalmazásának kutatásai mind arra irányulnak, hogy a páciensre tett hatásokat mutassák ki. Hiába az új interszubjektív szemlélet, amelyben a terapeuta és a páciens egyenrangú felekként, kölcsönös egymásra hatásban működnek közre a személyközi mezőben, és együtt alakítják a terápiát, a terapeutát ért hatások, a szakember testi érzetei, érzelmei, szubjektív élménye még mindig nem kapnak elegendő figyelmet. Erősen tartja magát az a hagyományos nézet, mely a terapeutától azt várja el, hogy fehér lapként vegyen részt a terápiás folyamatban. Ebben a hagyományos megközelítésben, minden eltérő működésmódot, főleg a terapeuta érzelmeit, valamiféle hibaként tekintik (ld. lentebb pl. az enactment jelenségét a klasszikus analitikus irodalomban).

Különböző szemléletben dolgozó terapeuták személyes beszámolóiból az derül ki, hogy akik alkalmaznak valamilyen testtudati technikát a terápiás ülésen, pl. relaxációt, autogén tréninget vagy egyéb meditációs eljárásokat, az instrukciók elmondásakor saját maguk is könnyen belekerülnek a páciensben létrehozni kívánt módosult tudatállapotba. Továbbá ezt nemcsak azért teszik, hogy ezzel a ráhangolódással a páciensnek hatékonyabban tudjanak segíteni, hanem egyben a saját figyelmi kapacitásukat is megnövelik, mintegy pihennek ez alatt az idő alatt.

Varga (2019) fenomenológiai szinkron kutatásai szintén arra mutatnak rá, hogy a hipnotizőr tudatállapota is módosul az interakció során, a hipnózis reciprok, kétirányú jellegű – legalábbis az élmények tükrében. Ez megfelel annak a szemléleti elmozdulásnak, hogy a hipnózis inkább interszubjektív keretben konstruált, és nem (egyirányúan) intraszubjektíven okozott jelenség (Baker, 2000 id. Varga, 2019). A hipnotizőr és alanya kölcsönösen hatnak egymásra, ám a hipnotizőr tartja magát a szerepe elvárásaihoz: figyelme inkább az alanyra irányul, kevésbé engedi bele magát a relaxált módosult tudatállapotba. A fenomenológiai szinkron a szerző szerint számos rokon jelenséggel, más olyan hangolódási formával is összekapcsolható, mint amilyenek a rezonancia, az empátia vagy az áttétel. Nézzük tehát, hogyan jelenik meg a testtudati szemlélet és a kapcsolat az egyes főbb terápiás megközelítésekben.

Az enactment (bemozdulás) jelensége a pszichoanalitikus irodalomban régóta vitatott jelenség. Nehéz egy egységes definícióját megfogalmazni, mert a különböző meghatározások más-más elméleti modellből indulnak ki a terápiás helyzet, a terapeuta szerepe és fő funkciói tekintetében (Flaskay, 2010). Egy lehetséges meghatározás szerint enactment akkor történik a terápiában, mikor egy tudattalan szándék, érzés vagy más mentális tartalom megjelenik egy reflektálatlan cselekvésben, verbális vagy nem verbális aktusban. A kétszemélyes interakciós helyzethez tartozik, gyökerei mindkét fél tudattalanjában vannak (Rocchi, 2003 id. Flaskay, 2010). Szűkebb értelemben az analitikus bevonódásának cselekvéses megnyilvánulása a páciens belső tárgykapcsolati viszonyaiba, amely a páciens projektív identifikációja révén valósul meg. Tágabb értelemben olyan cselekvéses megnyilvánulás, amely a tudatos kontrollt megkerülve megjelenik a terápiás helyzetben, akár a páciens, akár az analitikus viselkedésében.

Az enactment jelensége az acting out révén került először az érdeklődés előterébe. Az acting out jelenségével kapcsolatos felfogás hasonló átalakuláson ment keresztül, mint az áttétel és a viszontáttétel felfogása (Sandler, 1992 id. Flaskay, 2010), vagyis eleinte az analitikus munkát akadályozó tényezőknek tűntek, később pedig nélkülözhetetlen összetevőknek. Az acting out először az ellenállás eszközének látszott, mint az emlékezés helyettesítője, később kiderült, hogy fontos információforrás, különösen az áttételre vonatkozóan (uo.). Hasonló a helyzet az enactmenttel, mely nyomást gyakorol az analitikusra, hogy bizonyos érzéseket átéljen, észleljen, amelyeket korábban nem állt szándékában.

Halász (2008) a hagyományos pszichoanalitikus nézetekben a bevonódást úgy határozza meg, mint az analitikusnak minden olyan megnyilvánulását, ahol ő a saját szubjektivitását nem ismeri fel, ami az áttételi kapcsolat kibontakozásának, a páciens megértésének egyértelmű akadálya. Márpedig a szubjektív jelenlétet nem tudjuk hatékonyan kontrollálni, sőt éppen bevonódásunk jelzi szubjektív jelenlétünket (Halász, 2008). A szerző szerint a pszichoanalitikus technikának magában kell foglalni az analitikus részéről a személyes részvétel folyamatos monitorozását, reflektálást, de úgy, hogy a figyelmi perspektíva középpontjában a páciens áll. A kölcsönös egymásra hatásról a kapcsolati pszichoanalízis azt mondja, hogy ha már úgyis megkerülhetetlen, hogy az analitikus tudattalan tendenciái megnyilvánuljanak, egyszerűbb és kontrollálhatóbb a helyzet, ha az analitikus nem kerüli a személyes megnyilvánulásokat,

hanem kinyilvánítja gondolatait, érzéseit. A terapeuta túlzásba vitt feltárulkozása viszont, amit a kapcsolati pszichoanalízis képviselői megengedhetőnek, sőt szükségesnek tartanak, inkább a terapeuta vágyteljesítését, szorongáscsökkenését szolgálja (Flaskay, 2010).

A korábban kártékonynak tartott enactment jelentheti azt a drámai pillanatot is, amikor az analitikus helyzetben valami kölcsönösen megvilágosodik, anélkül, hogy az adott pillanat lényegi elemei tudatosodnának (Minolli, Tricolli, 2004; Ogden, 2004 id. Halász 2008). Az interszubjektív nézőpont szerint a bevonódás tehát természetes állapot, mivel az analitikus mindig beletesz, sőt bele kell, hogy tegyen valamit önmagából is az értelmezésbe. Az interszubjektív nézőpont szerint az analízis minden résztvevőjére érvényes, hogy a megnyilvánulások a kapcsolati tudattalan hatását tükrözik, éppen ezért az analitikusnak nem arra kell törekednie, hogy szubjektív reakcióitól elhatárolódjon, hanem arra, hogy azokat a kapcsolat jobb megértésében fel tudja használni (Halász, 2008).

Ezek hatására megszületett a kontrollált szubjektivitást fogalma, ami azt jelenti, hogy semmiképpen nem lehet kiszűrni az analitikus kapcsolatból az analitikus szubjektumát. A görcsös objektivitásra törekvés pedig, a defenzív rigiditás inkább káros, mivel szorongást kelt és beszűkíti a reflektálás tartományát (Flaskay, 2010). Az acting out és az enactment a kontrollált szubjektivitás szemléletében úgy tekintendő, mint ami nem kerülhető el, és ha bekövetkezik, a reflektálás és az analitikus intervenciók segítségével terápiás nyereségre váltható. Feltételezhetően kapcsolat van a testtudati figyelem kapacitásának növekedése, és a kontrollált szubjektivitásra való képesség fejlődése között.

A legújabb mentalizációs megközelítések ennél is tovább mennek. Fónagy és Target (2005) tapasztalaton alapuló megfigyelések és kidolgozott elméletek alapján arra jutottak, hogy a szelf szerveződésében és az érzelmi szabályozásban meghatározó tényező a személyközi viselkedés mentális állapotok fogalmaiban való megértésének képessége, vagyis a mentalizáció. Modelljükben a mentalizáció tehát az a képesség, amelynek segítségével megértjük mások tudatát, és úgy kezeljük a másikat, mint akinek vágyai, szándékai vannak, vagyis a viselkedésüknek oka van. Ezeknek a tudati állapotoknak a tulajdonításával a másik viselkedése értelmessé és elővételezhetővé válik.

A pszichoterápia legkülönbözőbb formái szólnak a mentalizáció újraélesztéséről (Fónagy, Target, 2005). A klasszikus pszichoanalízissel szemben itt nem a belátás és a tudatosítás a cél, hanem a reflektív folyamatok megerősítése, az implicit kapcsolati tudás reprezentációjának megváltoztatása (Simon, 2011). Nem a múlt rekonstrukciójával törődik, hanem azzal, hogy az „itt és most”-ban, a terápiás kapcsolatban létrehozson egy olyan kötődési kapcsolatot, egy olyan interperszonális kontextust, amelynek középpontjában a mentális állapotok megértése van, és a terapeuta-páciens kapcsolatban megjelenő érzelmek tisztázása (Fónagy, 2004).

Bár az elméletből származó terápiás elveket eredetileg súlyos személyiségzavarral küzdő páciensek terápiájára fogalmazták meg, megállapításai érvényesek lehetnek kevésbé súlyos esetekben is (Simon, 2011). Korábban láthattuk, hogy még a terapeuták sincsenek mindig teljesen tudatában azoknak az érzelmeknek, testi érzéseknek, melyek befolyásolják a terápiás megnyilvánulásait. Éppen ezért a páciensek mentalizációját támogató munka a terápiás esetek széles körében alkalmazható lehet. Segítségével a beteg jobban megértheti és címkézni tudja saját érzelmi állapotait, azaz erősíteni tudja a másodlagos reprezentációs rendszerét (Fónagy, Target, 2005). Ebben támogató lehet annak a mintának a megfigyelése, ahogyan a terapeuta hasonló mentalizáló tevékenységet folytat a testtudati figyelem, az affektív és empátiás hangolódás és más kognitív munkamódok bevonásával.

Az elmélet épít Gergely és Watson vizsgálataira (1998), akik a szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modelljében rámutatnak arra, hogy milyen fontos szerepe van a szülők tükröző megnyilvánulásainak. Ezek teszik lehetővé a csecsemő számára, hogy a korábban nem tudatos procedurális szelf-állapotai (pl. alapérzelmek) tudatosan detektálhatóvá váljanak. Az élet kezdetén a csecsemő veleszületett kategóriális alapérzelmei még nem tudatosak. A korai empátiás szülői „tükröző” megnyilvánulások az érzelemszabályozó interakciók során alapvető szerepet játszanak a csecsemő érzelmi tudatosságának kialakulásában (Gergely, Watson, 1998).

Fónagy és Target (2005) kiemeli, hogy a terapeuta feladata analóg a szülőkével, vagyis egy olyan a mintha-játék kereteinek kidolgozására van szükség, melyben a teleológiai modelleket át lehet dolgozni intencionálisakká. A terapeuta mentalizáló hozzáállása segít ebben, mely képessé teszi a páciens, hogy önmagát, mint gondolkodó érző lényt találja meg a terapeuta tükrében, s ezt a képet integrálja a szelfjébe. A páciens a terapeuta mentalizáló attitűdjét internalizálja (Fónagy, Target, 2005). A reflektív

funkciók aktív használata a terápiában segíti az integrált reprezentációk kialakulását és a reflektív szelffunkciók fejlődését, mely a kapcsolati mintázatok és a kapcsolati viselkedés átalakulását is magával hozza a procedurális memóriában (Flaskay, 2010).

Target (1998) kiemeli még, hogy a terápiás dialógus fontos előfeltétele, hogy a páciens a terapeutát olyan intencionális lénynek lássa, mint akinek saját mentális élete van. A hangsúly a nem klasszikus értelemben vett áttételben zajló munkán van. Vagyis nem az van előtérben, hogy milyen eredetileg másnak szóló érzések tevődnek át a terapeutára, hanem az „itt és most”-ban a páciensnek a terapeutával kapcsolatos érzések tisztázása a leghatékonyabb módja a mentalizációs képesség megszerzésének (Target 1998). Target szerint ahhoz, hogy a terapeuta a saját érzelmi reakcióit a páciens szubjektív világának jobb megértése érdekében használni tudja, szükséges a pszichoanalitikus képzés mellett a személyes terápia és a szupervízió. A mentalizációs képesség megfelelő működéséhez elengedhetetlen a testi érzetek és érzelmek tudatos figyelemmel való követését is elsajátítani. A saját élmény tekintetében itt a különböző testtudati technikán alapuló módszerek, ezek közül a PMT különösen, jól támogatják a verbális módszerekkel dolgozó terapeuták tapasztalatszerzését is.

Összefoglalva az eddigieket, a modern terápiaelméletek, melyeket a csecsemő megfigyelések, a kognitív fejlődéslélektani, az attachment kutatások és a modern szelffejlődés teóriák ihlettek, az analitikus kezelések hatásmechanizmusairól szóló korábbi elképzeléseket végleg megváltoztatták (Simon, 2011; Flaskay, 2010). Flaskay (2010) rámutat, hogy a korábban szupportív faktorok közé sorolt empátia, a Bion-féle tartalmazás vagy holding fogalmai, mára már a kapcsolati paradigma előretörésével a figyelem középpontjába kerültek. A pszichoanalitikus terápia mai állása szerint a nonverbális elemeket is magába foglaló, érzelmi hangolódásra, affektív illeszkedésre, interszubjektív kapcsolódásra, és az ún. implicit kapcsolati tudásra épülő terápiás munka kiemelt hangsúlyt kap. Ebben a folyamatban az érzelemreguláció és a megfelelő mentalizációs kapacitás növelése is fontos szerephez jut (Simon, 2010, 2011).

Kognitív és viselkedésterápiás megközelítések

Bár a kapcsolati történések monitorozása és a hangolódás folyamatai nem tartoznak a viselkedésterápiák specifikus hatótényezői közé, a háttérben itt is hasonló folyamatok működnek, még ha a figyelem nem is mindig irányul rájuk. A magyar viselkedésterápiás képzés is azzal indul, hogy a nem specifikus rogersi hatótényezőkről,

az empátikus, támogató hozzáállásról tanulnak a terapeuták (Unoka, 2015). A viselkedésterápia hatását a problémás viselkedés kívánt irányba történő tartós változása mutatja, melyet a nem specifikus hatótényezőkön túl a tanuláslélektani alapelvek segítségével érnek el a szakemberek. Unoka (2015) a terápiás kapcsolat leírását a viselkedés-lélektanban a modelltanulás terminusaiban fogalmazza meg. Eszerint a terapeuta egy modell a páciens számára, a vele való jó kapcsolat egy megváltoztató ingerként hathat a terápiában. Ez úgy következik be, hogy a terapeuta az operáns kondicionálás elvei szerint a páciens viselkedésére különféle megerősítő vagy büntető ingerként ható válaszokat ad, melyek egy része szándékos, más része önkéntelen, és ez utóbbiak tudatosítása fontos terapeutai feladat (Unoka, 2015).

A testi érzetekkel és az érzelmekkel való munka azonban ezekben a megközelítésekben is hangsúlyos, legalábbis, ami a páciens testi folyamatait illeti. A pavlovi klasszikus kondicionálás elveinek alkalmazása a szorongás kezelésére vezetett az első viselkedésterápia kidolgozásához az 50-es években, melyet Wolpe a szisztematikus deszenzitizáció elnevezéssel vezetett be a terápiás eljárások körébe (Oatley, Jenkins, 2001). Az eljárás során a páciens egymást követően egyre nagyobb intenzitású negatív érzelmet kiváltó helyzettel lép kapcsolatba, és közben egy ezzel ellentétes állapotot előidéző tevékenységet folytat, pl. izomlazítást (Unoka, 2015). A relaxáció során a páciens testi tüneteire összpontosítanak, végigmennek a test minden izmán, a légzésre koncentrálnak, és közben hagyják, hogy az aggasztó gondolatok elmúljanak (Oatley, Jenkins, 2011).

A továbbfejlesztett viselkedésterápiás módszerek alkalmazásakor nem a képzeletben próbálják a szorongási zavarokat kezelni, mint Wolpe módszerében, hanem valódi vagy virtuális szorongató helyzeteknek teszik ki a páciens (Unoka, 2015; Oatley, Jenkins, 2011). Ezekben az expozíciós helyzetekben a páciens előzetes felkészítése mellett döntő lehet a terapeutának az a képessége, hogy megfelelően fel tudja mérni a páciens erőforrásait, és a kapcsolatuk megfelelő bizalomra épüljön. A terapeuta kapcsolati kompetenciái, ezen belül az empátias hangolódás általunk most kiemelten fontosnak vélt képessége itt is fontos szerepet játszik tehát. Unoka (2015) kiemeli, hogy a terapeutának arra is fel kell készülnie, hogy deszenzitizáció közben nyílt terepen erős szorongás vagy pánikroham törhet a páciensre, s ilyen esetekben megfelelő lélekjelenléttel kell tudni alkalmazni a szorongásoldó technikákat, illetve azok sikertelensége esetén nyugodt és empátikus jelenléttel elviselni a páciens rosszullétét.

Bár a terapeuta saját feszültségének oldásáról nem esik szó nyíltan ebben a leírásban, a „megfelelő lélekjelenlét” kifejezés utalhat arra, hogy ilyenkor a terapeuta részéről is szükség lehet egyfajta feszültségszabályozásra, a stresszt keltő helyzettel való megküzdésre.

A kognitív paradigma előretörésével a 70-es évektől mind hangsúlyosabb lett a kognitív személetű terápiák alkalmazása a gyógyításban. Ez a konstruktivista megközelítés egy olyan emberképpel dolgozik, aki képes és tud felelősséget vállalni önmagáért, a döntéseiért, képes a pszichés problémáinak hátterét megérteni, és a változtatásra energiákat mozgósítani (Perczel Forintos, 2011). A kognitív terápiákban a terápiás kapcsolat során a terapeuta és a páciens úgy dolgoznak együtt, mintha egy kutatócsoport tagjai lennének, vagyis közösen alkotnak hipotéziseket az automatikus gondolatok és a kognitív sémák érvényességéről, valamint a viselkedésminták hatékonyságáról, majd tesztelik ezeket a hipotéziseket (Unoka, 2015).

A kognitív terápiák második hulláma a komplex problémák, személyiségzavarok kezelésének elősegítésére létrehozott egy hosszabb ideig tartó és szorosabb kapcsolatot igénylő módszert, a sématerápiát. Erre azért volt szükség, mivel a klasszikus kognitív terápiák kifejezetten olyan páciensek kezelésére alkalmasak, akik képesek az együttműködés és a bizalom kiépítésére, súlyosabb kapcsolati zavarban szenvedők számára módosítani kellett az eljáráson, és nagyobb hangsúlyt kellett fektetni a terápiás kapcsolat kezelésére. Jelenleg már a képzésben is nagyobb szerepet kap a terápiás kapcsolatban felmerülő problémák felismerésének és kezelési készségeinek a fejlesztése (Unoka, 2015). A viselkedésterápiás, pszichodinamikus és Gestalt-terápiából származó technikák integrálódásával egy sokat ígérő sémafókuszú (SFT) eljárás született (Bauer, 2011). Ebbe a hullámba tartozik még Beck kognitív terápiája (2002) és Linehan dialektikus viselkedésterápiája is (Linehan, 2010).

Young sématerápiás elmélete szerint a korai maladaptív sémák nagyban hozzájárulnak a mentális zavarok kialakulásához és fenntartásához (Unoka, 2011). A terápiás kapcsolat elsődleges fókuszát kap a sématerápiában, fontos benne a pácienssel való egymásra hangolódás még a napirend átbeszélése előtt (Unoka, 2015). Unoka (2011) ezt úgy írja le, hogy a terapeuta folyamatosan monitorozza a páciens alapvető szükségleteit, és ennek mentén határozza meg a lehetséges intervenciókat. Ez a terápiás hozzáállás, melyet korlátozott szülői újragondoskodásnak (limited reparenting) neveznek, a terápiás kapcsolat jelenében tud a leghitelesebben közvetítődni, ezért a

terapeuta már az első interjútól kezdve reflektál a terápiás kapcsolatban megjelenő nehézségekre (Unoka, 2011, 2015). Mindehhez a terapeuta saját sémáinak és megküzdési stílusának az ismerete, elismerése és ezek aktiválódásának folyamatos monitorozása elengedhetetlen feltétel, különösen hogy a személyiségzavarban szenvedő páciensek folyamatos kihívás elé állítják a terapeutát súlyos kapcsolati problémáik miatt (Unoka, 2011).

A kognitív terápiák fontos részét képezik még a kognitív technikák mellett az élményalapú technikák is, pl. az imaginatív és a dramatikus eszközök, melyekben lehetősége van a páciensnek új tapasztalatok megszerzésére (Unoka, 2015). Ezekben a testi tapasztalatok jelentősége fokozottabban jelenik meg, mint a hagyományos beszélgetős terápiás formákban.

A kognitív terápiák harmadik hullámáról azt írja tanulmányában Perczel Forintos (2011), hogy a metakognitív eljárások mellett a mindfulness alapú kognitív terápiák kerültek a figyelem középpontjába, melyet már korábban tárgyaltunk a passzív testtudati technikákról szóló fejezetben. Ezeknek a módszereknek a jelentősége abban áll, hogy míg a hagyományos kognitív terápia célja az automatikus negatív kiértékelések tudatosítása és megkérdőjelezése, a mindfulness alapú terápiás elmélet szerint ez a fajta törekvés továbbra is fenntartja a figyelmet a negatív gondolatokon, ezért kevésbé hatásos, mint a tudatos jelenlét értékelésmentes szemlélése a jelen tapasztalatban felmerülő élményekre való fókuszálással (Unoka, 2015).

A kognitív tudományokból érkező embodiment megközelítés implikációi már a terápiás alkalmazásban is megjelennek. Bucci (2011) írásában egy olyan folyamatos testi kommunikációról beszél (embodied communication) a terapeuta és a páciense között, mely a narratív feltáró beszélgetések érzelmi kontextusát adja a terápiás kapcsolatban. A szerző szerint ez a kommunikáció minden terápiás eljárásban működik, akár kognitív, akár viselkedésterápiás vagy személyközpontú módszerről van szó. A terapeuta fontos információkat nyer ezen a „testesült” érzelmi rendszeren keresztül (embodied emotional system) a páciens disszociált sémáiról, és fordítva is jelentős a hatása. A terapeuta *valódi* érzelmi élményei a pácienssel kapcsolatban, azokat is beleértve, melyeknek esetleg nincs tudatában, szükségszerűen meg fognak érkezni a pácienshez, és egy testi szinten választ is fognak kiváltani a páciensből az érzelmi rendszerén keresztül.

Személyközpontú, humanisztikus terápiák

A humanisztikus lélektan, a pszichoanalízis és a viselkedés-lélektan mellett létező harmadik fő pszichoterápiás irányzatként, a harmincas években indult útjára olyan elméletekkel, mint Goldstein organizmikus elmélete, Maslow önmegvalósítás motiváció elmélete, Perls Gestalt pszichológiája vagy Fromm és Lewin elméletei az ember társas természetéről (Pintér, 2015). A fenomenológiai alapokról induló megközelítésben mindig is nagy hangsúly került a közvetlen testi tapasztalásra, a szubjektív élményre, s mindezt egy kapcsolati élmény megtapasztalásán keresztül képelték el a terület elméletalkotói és gyakorlati szakemberei.

Rogers, amerikai pszichológus személyközpontú pszichoterápiája is ebből a szemléletből indult útjára, és mára a humanisztikus irányzatok központi elemévé vált Moreno pszichodramájával együtt (Pintér, 2015). Rogers a nondirektív terapeutai attitűd, valamint az encounter, a találkozás, és az átélés fontosságát emelte ki munkájában. Terápiás elméletének megértéséhez a fejlődés alapú pszichopatológiai koncepciót ismertetni röviden Pintér (2015), melynek lényege, hogy a gyermeki fejlődés során a perceptuális mező egy része önálló struktúrává rendeződik szelf formájában, s ennek alapja a csecsemő saját testével, élményeivel kapcsolatos szubjektív (organizmikus) észlelése. A szülők és a környezet állandó visszajelzései is beépülnek a szelfbe, s ezek sokszor torzult mintaként ellentétbe kerülnek a mindenkori tapasztalattal (organizmikus észleléssel). A személyközpontú terápiában elsősorban a személyiségfejlődés akadályait számolják fel egy a növekedést támogató együttlétben, kapcsolatban, amelyben a kliens tulajdonképpen saját magán segít (Pintér, 2015).

A legfontosabb kapcsolati készségekről, melyekre ebben a megközelítésben szüksége van a terapeutának, már részletesen írtunk a *Változás a terápiában* részben. Az empátia, a kongruencia és az elfogadás terapeutaváltozói (Rogers, 1981) valamennyi pszichoterápiás irányzatban fontosnak bizonyultak a kutatások alapján, és nemspecifikus tényezőkként hatással voltak a terápiás gyakorlatokra és a terápiás képzések felépítésére. Mivel ebben a szemléletben a kapcsolatnak központi szerepe van a terápiás folyamatban és a változás elősegítésében, és ehhez illeszkedve pontos szabályok vonatkoznak a verbalizáció és a tükrözés technikájára, a kapcsolati kompetenciák specifikus hatótényezővé válnak (Rogers, 1981; Pintér, 2015). Bár Pintér (2015) kritikai hozzáállásában arra is kitér, hogy a terápiás kapcsolat nemspecifikus alapfeltételként való meghatározása, amelyre az egyes módszerek technikai

jellegzetességei ráépülnek, nem feltétlenül helyes, mivel a kapcsolat milyensége épphogy erőteljesen módszerspecifikus tényező.

A rogersi személyközpontú megközelítésben ez a specifikus mód azt jelenti, hogy egy empátiás típusú kapcsolat jön létre a terapeuta és a kliens között, egy „itt és most”-ban történő találkozásban (encounter), melyet a terapeuta hitelessége és közvetlensége tesz lehetővé (Pintér, 2015). A terapeuta empátiásan tükrözi a klienst, vagyis a gondolatait és érzelmeit reflektálja, szelektíven visszajelzi számára, mintegy tesztelve azt, hogy helyesen értette-e meg a kliens megnyilvánulásait. A másik fontos szerepe a tükrözésnek, hogy folyamatosan kifejezze az empátiás megértést a kliens felé (Rogers, 1981). Nyilvánvaló lehet a szerepe a testtudati technikáknak ebben a szemléletben, amennyiben a terapeuta segítségükkel pontosabb megfigyeléseket tehet az empátiás ráhangolódás folyamatában, és a tesztelés során pontosabb visszajelzéseket adhat a kliensnek.

Nonverbális módszerek

Az eddig tárgyalt pszichoterápiás megközelítések technikai eszköztárában, bár használnak nem verbális eszközöket is, túlsúlyban vannak a verbális elemek. Az ezeket kiegészítő nonverbális módszerekben a terápiás folyamatba az önkifejezés és a kommunikáció nem verbális formáira nagyobb hangsúly kerül (Merényi, 2015). Merényi összefoglalójában (2015) a legismertebb formái között említi a zeneterápiát, a képzőművészet-terápiát (rajz, festés, agyagozás stb.), a meseterápiát és a színházterápiát is. A meseterápiáról, mint nonverbális módszerről, s ebben a test szerepéről Korbai és munkatársai írtak bővebben (2010, 2015). Ezeken kívül a testi élményre alapozó mozgás- és táncterápiák (PMT, IKT – integrált kifejezés- és táncterápia), vagy a pszichodráma kifejezetten használja a testi, testtudati élményeket a terápiás változás előmozdítására (Merényi, 2004, 2007, 2008).

Tényi (1997) a nonverbális pszichoterápiák esetében azt fogalmazza meg, hogy ezekben a terápia folyamatának „bal féltekei” ok-okozati dinamika mentén történő folyamatos és tudatos monitorozása nem kivitelezhető. Szerinte a legújabb terápiás törekvések arra mutatnak rá, hogy a döntően „jobb féltekei” irányítottságú és az affektusokra fókuszáló nonverbális folyamatok leírására, melyek még a verbális pszichoterápiák jelenségvilágának egy jelentős részében is előtérben vannak, a nemlineáris, dinamikus rendszerekre vonatkozó ún. káosz elméletet érdemes használni.

A pszichoterápia, mint sok független tényezővel bíró komplex rendszer felfogása Stern írásában is megjelenik (2004). Ezekben a dinamikus rendszerekben a változás természete nem lineáris (bővebben ld. még Kampis, 2001), hanem inkább ugrás jellegű, vagyis nem mondható meg pontosan, hogy mely ponton következik be a változás, és mi lesz a formája. Változás akkor jön létre Stern szerint (2004), ha a különféle tényezők oly módon összegződnek, hogy a rendszerben egy új minőség generálódik, ami a rendszer önszerveződéséből következik, és a rendszert új állapotba juttatja. Másképpen megfogalmazva, ha a terapeuta képes az affektív hangolódás megvalósítására és megfelelően interveniál, a páciens és a terapeuta, mint két nemlineáris dinamikus rendszer szinkronizálódni fog, s a terapeuta ráhagyatkozhat a pszichoterápiás ülés káoszstruktúrájára (Schore, 1994 id. Tényi, 1997).

Érzelmek és testi érzetek a narratív kutatásokban

Az eddigiekben azt tekintettük át, hogy a terápiás kapcsolatban hogyan jelenhetnek meg a különböző testi folyamatok (testi érzetek, érzelmek, affektív hangolódás), hogyan lehet kezelni őket, és ezek miképpen befolyásolhatják a terápiás változást. A továbbiakban az ide kapcsolódó vizsgálati módszerekről lesz szó. A pszichoterápiák hatékonyságvizsgálatai kapcsán már előkerültek azok a nehézségek, melyekkel a kutatóknak szembesülniük kell ezen a területen. Stern folyamatkutatása, a jelen pillanatok mikroelemzése kiváló módszere lehet a terápiában zajló hangolódások és találkozás pillanatok felderítésére, és ezeknek a terápiás változásban játszott szerepének elemzésére. De a módszer megvalósítása nagy erőforrásokat igényel, amelyek mozgósítására nincs mindig lehetőség. Lehetséges-e olyan vizsgálati módszerek kifejlesztése a területen, melyek egyszerűbb módon engednek bepillantást a terápiában megjelenő testi érzetek, érzelmek és a találkozás pillanatok világába?

A pszichoterápiák hatékonyságának kutatásban Papp és Péley (2015) felvetik a narratív módszerek alkalmazhatóságának hasznosságát. Tanulmányukban többek között arra keresik a választ, hogy mi legyen a mérés tárgya a pszichoterápiában, mi az, amiből a terápiás változás jól kimutatható. Véleményük szerint a tünetek, mint a mérés tárgyai használhatók ugyan, de meglehetősen szubjektívek. A jelenleg elfogadott DSM-V és a BNO-11 rendszerek ugyan sokkal megbízhatóbbak, mint a régebbiek, és diagnózisok alkotására megfelelőek, viszont kérdéses, hogy a patológiák leírásában elégségesek-e egy kutatásban. Éppen emiatt a tüneti fókuszon túl számos kutatásban, főként a terápiás folyamatokra összpontosító vizsgálatokban, a kutatók sajátos jelenségeket és a páciens mélyebb rétegeit érintő állapotváltozásokat is néznek, tartalmi elemzéseket végeznek. Fontos adatforrás lehet a terápia alatt keletkezett szövegek tartalma (pl. terapeuta jegyzőkönyvek vagy páciens naplók), melynek változásai szintén sokat elárulhatnak a terápia hatékonyságáról.

A harmadik lehetőség, melyet Papp és Péley (2015) összefoglaló cikkükben említenek, az a formai elemekre összpontosító narratív pszichológiai vizsgálat. A narratív pszichológiai elemzések abból indulnak ki, hogy az elbeszélések szövegei jellemzik az elbeszélőt, annak mentális reprezentációiról árulkodnak, különböző lelki folyamatok (beállítódás, szándék, motiváció, értékelés stb.) mutathatók ki belőle (László, 2005). A társadalomtudományokban bevett tartalomelemzési módszereken túl,

a tudományos narratív pszichológia a tartalmi jegyek mellett a pszichológiai és a formai jegyeket is vizsgálja egy szövegben (Papp, Péley, 2015).

A szöveg struktúrája, az elbeszélések formai sajátosságai ugyanis legalább olyan jellemzőek lehetnek az elbeszélő személyére, pszichológiai állapotára, mint a tartalmi elemek. Ebben a megközelítésben többek között olyan narratív elemek vizsgálhatók és ruházhatók fel pszichológiai jelentéssel, mint a szereplői funkciók, téri-érzelmi távolságszabályozások, az elbeszélői perspektíva, az időélmény, a narratív értékelés, a narratív koherencia, a szelf-referencia vagy a tagadás formulái a szövegben (László, 2005).

Ezeknek a tartalmaknak az elemzésére már a folyamatot automatizáló, és a kutatók munkáját nagymértékben megkönnyítő számítógépes programok is rendelkezésre állnak (bővebben ld. Ehmann, 2002). A nagy szövegbázisokon végezhető számítógépes tartalomelemzések a pszichológiai tartalmakat hordozó narratív kategóriákat a nyelvi mintázatok szintjén képesek azonosítani (László, 2005). A szöveg nyelvi jegyeinek elemzése a szubjektív értékelés problémáját is kiküszöböli, amennyiben a tartalomelemzés kvalitatív módszerét, a köznapi szövegek gazdagságát, élményszerűségét ötvözi az általános értelemben vett tudományossággal, kvantitativitással (Papp, Péley, 2015).

Ehmann (2002) a pszichológiai tartalomelemzés szekvenciális-transzformatív modelljében azt javasolja, hogy a kvalitatív és kvantitatív adatokra ne dichotóm változókként tekintsünk egy vizsgálatban, és ne is dialektikus módon, mint amelyek oda-vissza potenciálisan átalakuló viszonyban vannak egymással, hanem szekvenciálisan. Megközelítésében a kvalitatív adat kezdetben rejtett adat, melyet egy szövegben úgy fedezünk fel, hogy egy korábban adatként nem létező jelenséghez valamilyen minőséget rendelünk hozzá. A kvalitatív adat keletkezhet induktív és deduktív módon is, ez utóbbira példa, mikor egy pszichológiai konstruktumot vezetünk be változóként az elemzésbe. A szekvenciális-transzformatív modell ezután azt tételezi fel, hogy a kvalitatív adat átranszformálódik kvantitatívba, mikor különböző értékeket rendelünk hozzá a szövegből. Tehát csak keletkezésének folyamatában kvalitatív, a végtermék már kvantitatív lesz, a transzformáció egyirányú.

A narratív módszerek sokrétű lehetőségeinek bemutatását érdemes lehet Pennebaker jelentős kutatásainak (2001, 2011) egy példájával kezdeni, melyeket az

elbeszélés terápiás funkciójával, illetve az elbeszélés minőségei alapján a lelki egészség állapotára vonatkozó következtetésekkel kapcsolatban végzett. Pennebaker lelki és testi panaszokkal rendelkező vizsgálati személyeit arra kérte, hogy az őket érzelmileg megterhelő események történetét időről-időre írják újra, majd az elbeszéléseket a szavak tartalmi kategóriái és a történet minősége szempontjából (koherencia, szervezettség, struktúra) elemezte. Eredményei szerint azon kísérleti személyek egészségi állapotában állt be a legtöbb javulás, akik folyamatosan kifejezték szorongásukat, bánatukat, és negatív érzelmeket kifejező szavakat használtak (Pennebaker, 2001). Azonban a történetek időbeli változása azt mutatta, hogy a kiinduló történetekben a szavak szintjén mért pozitív érzelmi töltés és a történetek szintjén megállapított koherencia sokkal kevésbé jelezte előre az érzelmi állapot rendeződését, mint az a különbség a kiinduló és a többszörösen újraírt történet között, amelynél a változás az érzelmi pozitivitás és a koherencia tekintetében pozitív irányú volt (László, 2005).

Pennebaker (2001) számos kutatás eredményeit elemezve rámutatott arra, hogy miért lehet mind pszichológiai mind fizikai értelemben jótékony hatású a stresszt keltő események kapcsán a felkavaró érzelmekről való beszéd vagy írás. A különböző tanulmányok egyaránt arra a következtetésre jutottak, hogy a negatív és pozitív érzelmek nyelvi jelölői vagy a róluk alkotott értékelések a szövegekben függetlenek voltak a kognitív dimenzióktól. Az, hogy az érzelmi és kognitív faktorok önmagukban is az egészségi állapot javulását vetítik elő, arra utalhat, hogy egyaránt fontos a katarzis és a belátás szerepe a terápiás folyamatban. Egy másik érdekes megállapítása a szerzőnek, hogy a rövid távú autonóm idegrendszeri aktivitás (stresszkeltő eseményekről szóló beszámolók hatásaként) hosszú távú egészségi állapotbeli javulást valószínűsít. Tehát a nyíltan felszínre hozott negatív érzelmeknek lehet egy fiziológiailag élénkítő hatása az autonóm idegrendszerre, így bár pszichológiai rövidtávon felkavaró a szembenézés a nehéz élményekkel, de hosszú távon ez összefüggésbe hozható a pszichikai és testi egészség javulásával (Pennebaker, 2001). A szupervízióban a terapeuta is megtapasztalhatja a nehéz esetekről való beszámolók kapcsán ezt a jelenséget.

A narratív kutatásokban felmerült a kérdés, hogy a teljes élettörténetek vagy inkább a jelentős életeseményekről szóló beszámolók alkalmasabbak-e a szövegek olyan elemzésére, melyekből az élmények minőségére, az identitás szerveződésére és állapotaira is lehet következtetni. Mivel az élettörténeti epizód a teljes élettörténethez

képest kevésbé reflexív, inkább élményszerű, kevésbé konvenciókhoz kötött, jobban kifejezi az intrapszichikus állapotokat, ezért alkalmasabb lehet egy ilyen elemzésre (László, 2005). Ehhez azonban olyan életesemények szükségesek, melyekben jelentős élettörténeti epizódok kerülnek elő, melyek jelentős érzelmi dimenziókat érintenek.

A jelentős életesemények elbeszéltetésének technikáját Fitzgerald (1988 id. László, 2005) vezette be az önéletrajzi emlékezet kutatásába. Ebben a vizsgálati személyektől olyan események elbeszélését kéri, melyek számára fontosak, melyeket szerepeltetne egy róla szóló könyvben. Pataki (2004) ennek a technikának az alkalmazásával arra jutott, hogy a jelentős életesemények háromnegyede besorolható négy típusba. Leggyakrabban a személyek olyan történeteket említnek, amelyek valamilyen teljesítményhez kötődnek, ezt követik gyakoriságban az antropológiai őselmények (mint születés, halál), majd a kapcsolati történések (barátság, szerelem) és a kudarctörténetek. Mivel ezek a történetek nyilvánvalóan erős érzelmet implikálnak, a bennük foglalt érzelmek és érzések mentén az énszerveződés, a személyes jelentések élményszintű, mélyebb rétegeihez is eljuthatunk a vizsgálatukkal (László, 2005).

Az érzelmek vizsgálatára a pszichológiai és a narratív tartalomelemzés egyaránt nagy figyelmet fordított az elmúlt évtizedekben (bővebben ld. Pennebaker, 2011; Fülöp, László, 2006). Viszont a testi érzetek vizsgálata kapcsán ugyanazzal a tendenciával találkozunk, mint amit a korábbi fejezetekben már említettünk, hogy csupán az érzelmek fogalmi körén belül, az érzelmek egyik tényezőjeként kapnak figyelmet, önálló jogon nem. Az alábbiakban egy olyan kutatás bemutatása következik, melyben a testi érzetek és azok tudatosítása kiemelt figyelmet kap, mint a terápiás kapcsolatot támogató és a terápiás változást elősegítő tényező. Mielőtt jelen kutatásra rátérnénk, az ahhoz vezető előzmények ismertetésével bepillantunk abba a többéves és sok terápiás szakember tapasztalatait magába építő folyamatba, melynek eredményeképpen létrejött ez az írás.

A kutatás

A kutatás háttere, előzményei

Miközben az test-elme integritását hangsúlyozó elméletek számos tudományterületen terjednek új, izgalmas kérdéseket felvetve, a kapcsolódó vizsgálati módszerek és az alkalmazási területekben rejlő lehetőségek feltárása még kezdeti szakaszban jár. Feltevésünk már a jelen kutatást megelőző években az volt, hogy a test-elme cirkularitás elméleti modelljének alkalmazásával, és a gyakorlatba való átültetésükhöz szükséges testtudati technikák bevonásával a verbális és nonverbális terápiás módszerek széles körének hatékonysága fokozható, továbbá a különböző technikákat gyakorló szakemberek a terápiában hasznosítható eljárások mellett egy önismeretet és kapcsolati kompetenciákat fejlesztő eszközt is kapnak.

A kutatás közvetlen előzménye egy képzés volt, melynek ötlete a Mosoly Alapítványban együtt dolgozó terápiás szakemberek műhelyéből indult el. Az alapítvány terapeutái már több évtizede tartanak mese- és művészetterápiás foglalkozásokat különböző pszichés problémával küzdő, illetve kórházban fekvő krónikusan vagy súlyosan beteg gyerekeknek egyéni és csoportos formában is (Korbai et al., 2010). A Mosoly terapeutái (pszichológusok és különböző művészetterapeuták) workshopokon, továbbképzéseken, szakmai napokon vesznek részt, adnak elő, és módszereiket folyamatosan tovább fejlesztik a speciális gyerekcsoportoknak és kórházi körülményeknek megfelelően. Eközben évente több száz jegyzőkönyv születik a mese- és művészetterápiás foglalkozásaikról szerte az országban, melyek elemzéséből már született egy összefoglaló írás (Korbai, 2010). Az eredmények további értelmezése vezetett egy olyan képzés kidolgozásához, melyben a terapeuták saját élményen és elméleti alapon keresztül sajátíthatnak el egy új testtudati szemléletet, és tanulhatnak különböző hatékonyságot fokozó terápiás eljárásokat.

A súlyos beteg gyerekek kórházi körülmények között végzett terápiája több szempontból is nehéz kihívások elé állítja a szakembereket. Az onkológiai betegekkel végzett pszichoterápiás munkáról az onkopszichológia területén dolgozó terapeuták tapasztalatai alapján összeállított gyakorlati szemléletű kötetben sokféle problémáról, megfontolásról lehet olvasni (Horti, Riskó, 2017). Ezen tanulmányokban többször előkerül, hogy a betegek pszichológiai támogatása során a terapeutának fokozottan kell

figyelnie saját érzéseire (testiekre, lelkiekre egyaránt), melyek valós tájékoztatást adnak a beteg pszichés állapotáról és segítenek a lelki konfliktusok feldolgozásában. A daganatos betegekkel végzett terápiás helyzetben a beteg halálfélelme, szorongásai és depresszív érzései olyan mértékűek lehetnek, melyek a terapeutát – tudattalanul - egyfajta "konténer"-ként (tartályként, tartalmazó eszközként) használva, jelentősen megterhelőek (Riskó, Tari, 2017). Intő jelként említik a szerzők, ha a beteg fáradtsága, reménytelensége, halálfélelme, és egyéb negatív testi-lelki érzetei, érzelmei a terapeuta saját érzései között is megjelennek. Hasonló folyamatok merülnek fel más súlyos vagy krónikus betegségcsoport esetén is a terápiában.

A testtudati technikákon alapuló módszerek ezekben az esetekben különösen hasznosak lehetnek mind a terapeuta saját, mind a páciens testi érzeteinek és érzelmeinek tudatosításában és kezelésében. Sok hazai kórházi intézményben hiányoznak a keretek egyes módszerekhez, vagy a páciensek állapota nem engedi meg például a mozgás- és táncterápiás módszerek alkalmazását, más testtudaton alapuló eljárások azonban, mint a mindfulness, autogén tréning vagy különféle relaxációs technikák, szórványosan jelen vannak a kórházi terápiás munkában. A nonverbális, művészetterápiás eljárások is mind nagyobb hangsúlyt kapnak a testi betegségekkel küzdők pszichés ellátásában, de a verbális terápiák túlsúlya (ha egyáltalán van pszichés támogatás is a testi betegségek kezelésében) a jellemző ezen a területen is, mint a pszichoterápiás ellátás egyéb eseteiben.

Különösen fontos lehet a terapeuta testi érzeteinek, munkamódjának tudatosítása, ha gyerekekkel dolgozik (Korbai, 2019). Mivel a gyerekek a kamaszkor előtt a világ megismerésében kevésbé a racionális és elemző, verbális bal agyféltekét használják, sokkal hangsúlyosabb náluk a testi tapasztalatokat is magába foglaló jobb féltekés működés. Ennek következménye, hogy a szavak helyett a mozgásos-testi tapasztalatokon keresztül sokkal többet tudhatunk meg róluk, és könnyebben segíthetünk problémáikon, megfigyelve mozgásukat, és ellátva őket megfelelő mennyiségű testtudati élménnyel (Campos, 2016). Az interszubjektív nézőpont használata a gyerekterápiában a gyermek jelenlétére, állapotára és aktivitására való hangolódás mellett a terapeuta érzelmi részvételét, jelenlétét emeli ki, s ezek mentén egy folyamatos párbeszédet kettejük között, mely jelentős részben nem a szavak szintjén zajlik, s az értelmezés jóval kisebb szerepet játszik benne, mint a közös kapcsolati élmények (Campos, 2016; Jarovinszkij, Kiss, 2016).

Bár a verbális terápiás módszerek túlsúlya a szakemberek képzésében és így a módszerek elterjedésében is megnyilvánul, az eddigiekben tárgyaltak azt mutatják, hogy a testtudati gyakorlatok vagy akár csak a szemlélet alkalmazása sok hasznos következménnyel járhatna egymástól nagyon különböző megközelítésekben is, hiszen a terapeuta sosem csak a fejével, hanem egész testi valójával vesz részt a terápiás kapcsolatban (Korbai, 2019). A Mosoly Alapítvány szakmai stábjában ezért felmerült a kérdés, hogy lehetséges-e egy olyan alap testtudati képzési program létrehozása, melyben a különböző testtudati technikákon alapuló módszerekbe saját élmény szinten is rövid betekintést nyerhetnek a szakemberek, hogy aztán könnyebben eldönthessék, hogy a speciális szakterületükön való hatékony működéshez, mely módszereket lenne érdemes mélyebben elsajátítaniuk.

A képzési program kidolgozásának első lépéseként 2014 októberében a Mosoly Alapítvány terapeutáinak szerveztünk egy workshopot, melyen különböző testtudati módszereken keresztül az egyensúly sémájával dolgoztunk. A workshop célja egyrészt az volt, hogy a terapeuták egy saját élményen, tapasztalati tanuláson keresztül ismerkedjenek meg a testesült elme hipotézissel működése közben, s közelebb kerüljenek a testtel, testtudattal való munkához. A másik cél az volt, hogy a különböző terápiás módszerekben képződött szakemberek megoszthassák egymással tapasztalataikat arról, hogy saját módszerükön belül hogyan jelenik, jelenhet meg a testtudattal való munka. Mindezt egy példával, a meseterápia módszerén keresztül be is mutattuk a terapeutáknak, mivel ez a módszer volt az, melyben valamennyien képződtek korábban a Mosoly Alapítványnál, s melyet hatékonyan lehetett alkalmazni nehezített kórházi körülmények esetén is.

A Mosoly Alapítványban alkalmazott Metamorphoses Meseterápiás Módszer (Boldizsár, 2010) a testi érzetek kiérzékenyítésére és tudatosítására nagy hangsúlyt fektet. Így jól demonstrálható egy ilyen módszerrel végzett eset részlettel, hogy hogyan lehet a testtel dolgozni egy nem kifejezetten a testi aspektusra koncentráló terápiás formában, és ezzel a terápiás hatékonyságot támogatni (Korbai, 2010). Sok évvel ezelőtt az egyik gyermekkorházban meseterápiás foglalkozást tartottak a Mosoly terapeutái.⁴ A foglalkozáson egy olyan, onkológiai beteg kamasz fiú is részt vett, akinek sürgős műtétre lett volna szüksége, de mivel nem tudott enni és az éhezés miatt túlságosan le

⁴ Az alábbi eseteleírást részletesebben ld. Korbai (2010), a Mosoly Terápiák sorozat 2. kötetében.

volt gyengülve, nem lehetett megműteni sem. A meseterápiás foglalkozás során olyan mesét kerestek számára a szakemberek, amely az étvággal, evéssel kapcsolatos fantáziákat hív be, így jött elő a Terülj-terülj asztalkám című mese. A mese elmondása után a terapeuták az asztalkás jelenettel dolgoztak tovább, amelynél a gyerek elképzelhette a saját Terülj, terülj, asztalkáját, és hogy mit kívánna rá. A munka fontos eleme volt, hogy az asztalkáról nem csak beszéltek, hanem az összes érzékszervet bevonták a terápiás folyamatba, ezáltal a testi szintet is érzékenyítették. Ez olyan kérdésekkel történt, mint például: milyen ételek vannak a te asztalodon, milyen a színük, milyen az illatuk? Ha kézbe vennéd, milyen lenne a tapintásuk? Milyen ízeket érzel a szádban? A testi érzeteket is tudatosító terápiás munka során a szóban forgó fiú is elképzelte a gulyáslevest, és olyan részletességgel írta le, hogy a paralel empátiás reakció következtében még a terapeuták szájában is összefutott a nyál. A foglalkozás végére a fiú is megéhezett.

A fenti eset arra példa, amikor egy alapvetően nem testi terápiás módszer mozgás nélkül is behozza a testi érzeteket, a testi aspektust. A testi érzetekkel való munka pedig ilyen esetekben akár fontosabb is lehet a meseterápiában, mint az explicit szinten zajló értelmezés. Ezzel a módszerrel sikerült az „étel” jelentését a gyermek számára átírni, és a rosszullétekhez kapcsolódó jelentéstartományt újra a táplálás felé elmozdítani. Az eset egy lehetséges magyarázata szerint, mely a metafora elméleten alapul, ez azért lehetséges, mert az elme összekapcsolja az étellel kapcsolatos jelentéseket egy közös reprezentációs mintázatba, melyben egyaránt szerepelnek különböző testi érzetek, agyi mozgásvezérlő mechanizmusok, valamint képek, szimbólumok, elvont fogalmak. A mintázat bármelyik elemének ingerlése hatással van a többire. Ennek a mentális és motoros reprezentációs mintázatnak a dinamikus működése során a szimbolikus és képi reprezentációk mozgattak meg hozzájuk kapcsolódó testi érzeteket, ezek ingerlése testi folyamatokat változtatott meg, az étel jelentésének pozitív átírása meghozta az étvágyat is.

Jelen írásban a terápiás hatékonyság és a testtudati szemlélet összekapcsolásakor azonban nem az egyes módszerekben alkalmazható konkrét testtudati gyakorlatokon van a hangsúly, sokkal inkább azon, hogy a terapeuta milyen kompetenciáit tudja ezek a testtudati technikák támogatni. Ez azért is kiemelkedően fontos, mert a fiziológiai szinkronjelenségek és az empátiás reakciók következtében a terapeutában megjelenő páciens testi érzetek egészen szélsőséges formában is megjelenhetnek. Az onkológiai

példánknál maradva, az állandó hányingerrel, evési nehézségekkel küzdő gyerek páciensekkel végzett terápiás munka során az is előfordult egy terapeutával, hogy egy ideig nem tudott szilárd ételt enni, csak ahhoz hasonló folyékony ételeket, mint a páciensei. Az állandó nehéz testi érzetek automatikus szinkronizációja felveti azt a kérdést is, hogy a testi érzetek tudatosításának milyen formája segítheti a terapeutákat a munkájukban, hogy ne ellentétes hatást érzünk el az érzetek kiérzékenyítésével.

A fent említett workshop tapasztalatai is azt támasztották alá, hogy a terapeuták testi és érzelmi élményei, bármilyen módszerben elkötelezett a szakember, állandóan jelen vannak a terápiában, s ezeket a terapeuta különböző mértékben tudatosítja és használja fel a terápiás kapcsolat alakításában. Ha ezekre ráirányítjuk a terapeuta figyelmét, már önmagában ez a testtudati szemlélet segítheti a terápiás folyamatokat és a hatékonyságot, anélkül, hogy konkrét testtudati gyakorlatokat vinnénk be a terápiába. A kiegészítés megelőzése és a figyelmi, empátiás és megküzdési kapacitások feltöltése érdekében azonban érdemes továbbgondolni azokat a terapeuta kompetenciákat, melyeket a különböző testtudati technikák hatékonyan fejleszthetnek.

A szakemberek testtudati érzékenyítésén való további ötletelés hívta életre 2015 áprilisában a Mosoly Kreatív Napokat, „Test és testtudat a mese- és művészetterápiákon” címmel, melyen nemcsak különböző pszichoterápiás módszereket alkalmazó terapeuták, művészetterapeuták vettek részt és adtak elő, hanem pedagógusok, és más gyerekekkel dolgozó szakemberek, civil szervezetek is. A kétnapos előadás sorozat és a workshopok színes tapasztalataiból az szűrődött le, hogy a kórházi terápiás munkánál jóval szélesebb alkalmazási lehetőségei vannak a testtudati szemléletnek a különböző módszerekkel dolgozó, gyerekekkel foglalkozó segítő szakemberek körében, és a szakemberek kompetenciáinak továbbfejlesztésében. A Kreatív Napok több mint száz résztvevője közül többekben felmerült az igény arra, hogy egy hosszabb gyakorlati folyamatban is elmélyülhessenek ebben az új megközelítésben.

A „Testből szőtt elmék” képzési program céljai és felépítése

Ennek az igénynek a mentén 2015 szeptemberében Hoppál Dorottya művészetterapeutával egy 100 órás tanfolyamot indítottunk a testtudat témájában, hogy lehetőséget biztosítsunk az érdeklődő szakembereknek a közös alkotó gondolkodásra, a saját élményű gyakorlásra, valamint mind gyakorlati, mind elméleti ismeretek átvételére

(Korbai et al., 2019). A „Testből szőtt elmék – Testtudati technikák alkalmazása a gyerekekkel foglalkozó segítő területeken” című képzési program hosszú távú célja az volt, hogy a jövőben minél több gyerekfoglalkozáson helyet kaphasson ez az új szemlélet, és a testtudattal való munka ne csak a kifejezetten testtudattal dolgozó módszerekben legyen jelen, hanem minél szélesebb körben elterjedhessen szervesen beépülve a különböző szakterületekbe.

Rövidtávú célkitűzése a programnak az volt, hogy a résztvevő szakemberek több szinten is be tudják integrálni a személyes életükbe és a munkájukba a testtudati technikákat. Egyrészt, mint a terapeuták vagy más segítők mentális és fizikai egészségi állapotát javító eljárásokat, melyekkel a szakemberek csökkenthetik az őket ért stressz hatások negatív következményeit, megelőzhetik a kiégést, és megfelelő testi-lelki állapotban tudják a munkájukat végezni. Másrészt, mint a segítő kapcsolat folyamán a szakemberben és a kliensben lejátszódó testi és mentális folyamatok tudatosabb kezelését lehetővé tevő kompetenciafejlesztő módszereket. Ez utóbbi azért lehetséges, mivel a különböző testtudati technikák elsajátításával a szakemberek olyan képességek birtokába is juthatnak, vagy már meglévőket tovább fejleszthetnek, mint például a figyelem koncentrációja és fenntartása, az empátia, a hitelesség, az elfogadás, az érzelemreguláció, vagy az érzelmek tartalmazásának képessége, és más kapcsolati kompetenciák. Harmadrészt, a testtudati technikákat, mint jó gyakorlatokat be lehet építeni különböző verbális vagy nonverbális terápiás vagy egyéb segítő módszerekbe. Ez utóbbi célnak csak a megalapozását, a szakemberek érdeklődésének felkeltését tűzte ki célul a tanfolyam, mivel valamennyi testtudati technika biztos alkalmazásához hosszú évek gyakorlata van szükség, mint ahogy annak kialakításához is, hogy a különböző terápiás eljárásokba hogyan illeszthető bele egy-egy testtudati technika, gyakorlat.

A képzési program résztvevői között volt pedagógus, pszichológus, klinikai szakpszichológus, művészetterapeuta, meseterapeuta, bábművész, gyógypedagógus, pszichopedagógus és egyéb gyerekekkel foglalkozó segítő szakember, összesen tíz fő. A tanfolyam előtt interjút készítettünk a jelentkezőkkel, melyben többek között rákérdeztünk korábbi testtudati és egyéb önismereti módszerekben szerzett tapasztalataikra, valamint arra, hogy mit várnak a tanfolyamtól, milyen önismereti és szakmai céllal érkeztek. Az önismereti cél valamennyi résztvevőnek fontos volt, míg a tanfolyamon elsajátított tapasztalatokat valamilyen formában beépíteni a munkájukba a tízből nyolcan tervezték a folyamat elején. Az interjú részét képezte egy szabad

asszociációs gyakorlat, melyben a testtel és a mozgással kapcsolatos szavakra asszociáltattuk az interjúalanyokat, hogy feltárjuk személyes mintázataikat, sémáikat egyes fogalmakkal kapcsolatban. Ezekkel később a képzés során dolgoztunk a különböző gyakorlatokban.

A tematika két 50 órás blokkra oszlott. A foglalkozások kéthetente 5 órás időtartamban zajlottak, összesen 10-10 alkalommal a két blokkban. Az első 50 órás blokkban a szakemberek a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás módszert (PMT, ld. az *Aktív testtudati technikán alapuló módszerek* részben) ismerhették meg egy saját élményű önismereti csoportban. Ebben a szakaszban azokat a testtudati tapasztalatokat alapoztuk meg különböző fókuszokkal, melyekről a második blokkban az elméletek és különböző módszerekből származó gyakorlatok során elmélyültebben tanultak a szakemberek. A fókuszok között voltak konkrét testrészekkel, testi érzetekkel kapcsolatosak (pl. gerinc, légzés, egyensúly, erő), és elvontabb témák (pl. tér, idő), valamint a kapcsolati aspektust behozó fókuszok is (pl. támasz, vezetés). Az egyes alkalmak végén a résztvevők átélt élményeiket egy naplóban jegyezték le, melyet maguknak vezettek. Az átélt élmények egy részét a foglalkozások végén a visszajelző verbális körökben egymással is megoszthatták. Ezekről az alkalmakról a csoportvezetők is jegyzőkönyvet készítettek. A saját élmény szakasz zárásaként egy újabb interjúbeszélgetésben a csoportvezetők a résztvevők által kitűzött önismereti célok megvalósulásáról kérdezték a csoporttagokat.

A második 50 órás szakasz során elméletben és gyakorlatban is megismerkedhettek a résztvevők a hagyományos és modern testtudati technikák alkalmazási lehetőségeivel a különböző területeken. A bemutatott módszerek között szerepeltek tradicionális testtudati módszerek (pl. jóga, tai chi chuan, meditáció, shiatsu) valamint modern technikák is (pl. mindfulness, Body Mind Centering, kontakt improvizáció, pszichodinamikus mozgás és táncterápia, autogén tréning, relaxációs eljárások).

Az önismereti részben testi szinten átélt fókuszokkal ebben a szakaszban tovább foglalkoztunk elméleti szinten, nemzetközi és magyar szakirodalmak feldolgozásával, valamint az egyes módszerek gyerekekre szabott gyakorlatainak bemutatásával. A különböző módszereket elsősorban aszerint válogattuk be a képzési anyagba, hogy a tanfolyam vezetőinek mely módszerekben volt sokéves saját élmény vagy oktatói tapasztalata, de teret adtunk a résztvevők által hozott módszerek ismertetésének is.

Mivel a képzési anyag meglehetősen nagy ismerethalmazt fogott át, az egyes 5 órás foglalkozásokon mindig volt egy kiemelt módszer, melyet az adott fókuszon keresztül mutattunk be, és még egy-két kisebb gyakorlaton keresztül más technikákat is megnéztünk, hogy hogyan dolgoznak az adott témával.

A tanfolyamot egy záró dolgozattal fejezték be a résztvevők, melyben arra kértük őket, hogy írjanak a tanfolyam hatásáról személyes életükre és a munkájukra, valamint a testtudati technikák alkalmazási lehetőségeiről a saját módszerükben.

A képzés tapasztalatai

Az írásos anyagok – jegyzőkönyvek, interjúszövegek és záró dolgozatok – feldolgozása arra mutatott rá, hogy a képzésben szerzett testtudati, önismereti élmények, gyakorlati és elméleti tapasztalatok, kompetenciák több szinten is befolyásolták a képzésben résztvevő szakemberek munkáját. Ezek a különböző szintek továbbá egymásra is befolyással lehettek. Ez egyrészt abból adódik, hogy a szakemberek mentális és fizikai egészsége, aktuális figyelmi és érzelmi kapacitása mind hatással vannak a kapcsolati kompetenciákra is, vagyis arra, hogy hogyan tudnak fókuszált figyelemmel, elfogadóan, hitelesen, empátiával jelen lenni a segítő kapcsolatban. A kapcsolati kompetenciák erőssége befolyásolhatja akár az alkalmazható konkrét gyakorlatok körét és hatását is.

A kísérleti képzés egyik meghatározó tapasztalata az volt, hogy a testtudati technikák már ilyen rövid idő alatt is képesek változásokat elindítani a gyakorló szakemberekben, mind a személyes életükben, mind a munka területén. Felmerült azonban egy szisztematikusabb vizsgálat igénye is, melyben a különböző testtudati módszerekben való elmélyülés és azok gyakorlásának rendszeressége finomabb következtetésekre adhat lehetőséget a szakemberek kapcsolati kompetenciájával és a terápiás hatékonysággal összefüggésben. Ehhez olyan terápiás szakemberek bevonására volt szükség, akik már hosszabb ideje gyakorolnak valamilyen testtudati technikán alapuló módszert.

A vizsgálat

A dolgozat központi kutatását egy olyan félig strukturált interjú módszerrel végezett és kérdőívekkel kiegészített kvalitatív és kvantitatív elemeket is magába foglaló vizsgálat alkotja, melynek célja az volt, hogy a testtudati technikán alapuló módszerek gyakorlásának hatásait feltárja elsősorban a különböző verbális terápiás eljárásokban. A kutatás központi feltevése, 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. A különböző testtudati technikákon alapuló módszereknek a hatásait a páciensekre már több nemzetközi és hazai vizsgálatban is feltárták, azonban a terapeuta által gyakorolt technikák hatásáról a terápiás folyamatokra kevés kutatás áll a rendelkezésünkre.

Módszerek és eljárás

A vizsgálati módszerek megtervezésekor fontos szempont volt, hogy ezt a komplex terápiás jelenséget a terapeuták oldaláról valahogyan mérni tudjuk. A legtöbb kérdőíves mérőeszköz az átlag populációra lett kidolgozva akár az empátia, akár a megküzdés területén, és a terapeuták speciális, finomabb kompetenciáinak mérésére nem megfelelő. További probléma a kérdőívekkel, hogy többnyire a testi érzetek, érzelmek, megküzdési stratégiák kognitív oldalával, a könnyen tudatosítható tartalmakkal foglalkoznak, és nem fordítanak elég figyelmet más jelentős aspektusokra. Ezért döntöttünk az interjú kutatás mellett fő módszerként, hogy feltárjuk a terapeuta testi érzeteinek, kapcsolati kompetenciáinak és a terápiás hatékonyságnak a lehetséges összefüggéseit, és ezzel akár megalapozzuk egy jövőbeni új mérőeszköz kidolgozását a területen.

A vizsgálatban résztvevő terápiás szakemberek különböző e-mail-es szakmai levelezőlistákon, valamint konferenciákon toborzódtak, majd a megfelelő tájékoztatással, és az adatvédelmi nyilatkozatok (1. melléklet) aláírásával köteleződtek el a kutatásban való együttműködésre. Ezt követően már kicsi volt a lemorzsolódás, a 32 főből 29 kitöltötte és visszaküldte a kérdőíveket (2. melléklet), és 28 fővel megtörtént az interjú (3. melléklet). A kérdőíveket a résztvevők e-mailben kapták meg, és így is küldték vissza elektronikusan kitöltve. Az interjúk előzetes, e-mailben vagy telefonon történő időpont egyeztetés után személyesen, egy esetben Skype-on történtek.

A kb. 1-1,5 órás interjúk diktafonnal lettek rögzítve, majd legépelésüket egy adminisztrátor végezte. A kutatás az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottságának engedélyével zajlott.

Minta

A kutatásban végül 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. Alapképztségüket tekintve pszichiáter orvosi végzettsége 6 főnek, pszichológusi végzettsége 23 főnek volt. A 6 pszichiáterből 5-en már pszichoterapeutaként dolgoztak, és a 6. szakember is a pszichoterapeuta képzés vége felé járt. A 23 pszichológusból 17 klinikai szakpszichológus, 1 tanácsadó szakpszichológus, 2 végzett pszichoterapeuta és 2 képződő pszichoterapeuta 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 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.

A vizsgálatban a testtudati gyakorlás szempontjából megkülönböztettük azokat a szakembereket, akik valamilyen aktív testmozgással járó testtudati technikán alapuló módszert gyakorolnak jelenleg vagy tanultak korábban (TA – testtudat aktív csoport, N=14), és azokat, akik passzív testtudati technikát (TP – testtudat passzív csoport, N=15). Egy további csoportosító változó a heti gyakorlások számából generálódott, a medián mentén szétválasztva a mintát két közel egyforma méretű csoportra. E szerint a változó szerint azok kerültek egy csoportba, akik hetente 0-3 alkalommal (0-3 csoport, N=15), és akik legalább egy éve már 4 vagy annál több alkalommal (4+ csoport, N=14) gyakorolnak valamilyen testtudati technikán alapuló módszert.

A passzív testtudati csoport terapeutái közül a legtöbben (9 fő) a legfontosabbnak az autogén tréninget említették, amit jelenleg is gyakorolnak a terápián kívül saját egészségi állapotuk megőrzése érdekében, hárman emellett még mindfulness gyakorlatokat is végeznek, és egy ember egyéb típusú meditációt. Négy ember semmilyen testtudati technikát nem gyakorol jelenleg, de régebben passzív

technikát tanult a képzése során. A 15 emberből 12 végez emellett hetente legalább egyszer valamilyen aktív mozgásformát is, ami nem testtudati alapú (pl. tornát, jóga gyakorlatokat tornaként és nem testtudati módszerként, futást, gyaloglást, úszást, biciklizést). Az aktív testtudati csoport tagjai közül a legtöbben, a 14-ből összesen 9 terapeuta, valamilyen mozgás- és táncterápiás megközelítésben gyakorolnak (PMT, IKT, egyéb), négyen a tai chi chuan-t nevezték meg az elsődlegesen fontos testtudati gyakorlásként, és 1 fő gyakorol egy speciális jóga irányzatot. Ebben a csoportban is említették második, kevésbé fontos módszerként az autogén tréninget hárman, egyéb relaxációs formát ketten, és különféle meditációs tevékenységeket négyen. Itt is 1 fő kivételével mindenki gyakorolt még további aktív mozgásformákat is (torna, jóga, bicikli, úszás, futás, gyaloglás).

Egy-két szakembernél a besorolás az aktív-passzív csoportba nem volt egyértelmű, mert hasonló heti gyakorisággal említették a különböző csoportba tartozó módszereket. Ezekben az esetekben az interjúbeszélgetés segített tisztázni, hogy melyiket tartják jelentősebbnek a gyakorlásukban, és milyen módon gyakorolják az adott technikát. Végül ezek a vizsgálati személyek az aktív csoportba kerültek, mert az aktív technikák hangsúlyosabbnak bizonyultak, nagyon más minőséget képviseltek.

Hipotézisek és vizsgálati kérdések

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 háttérében az áll, hogy a különböző technikák elsajátításával a szakemberek olyan képességek birtokába juthatnak, vagy már meglévőket tovább fejleszthetnek, mint például a figyelem koncentrálása, fenntartása, az empátia, a hitelesség, az elfogadás, a testi érzetek szabályozása, az érzelemreguláció, vagy az érzelmek tartalmazásának képessége, és más kapcsolati kompetenciák. E feltevések alapján a következő hipotéziseket és vizsgálati kérdéseket elemezzük a kutatásban.

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 a különböző kérdőíves módszerekkel mért 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, amelyet a későbbiekben részletesebben kibontunk, 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 empátias hangolódás kiemelkedő eseményei, kimutathatók-e a terápiás beszámolókból, és ha igen, milyen indikátorok alapján, valamint hogy alkalmazhatóak-e a terápiás hatékonyság bejósolására.

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.

Mérőeszközök

MAIA

A testi tudatosság mérésére két kérdőívet töltöttek ki a vizsgálati személyek. Az egyik a *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)*, melyet Mehling és munkatársai fejlesztettek ki (2012) a tágabb testi tudatosság definíció alapján. A magyar változatot Járai és munkatársai alkották meg (2016) *Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála* néven (ld. 2. melléklet), és adaptálták hazai mintán. Az

eredeti kérdőív a www.osher.ucsf.edu/maia honlapon ingyenesen elérhető, lefordítható és módosítható a szerzők írásos engedélye nélkül. A mérőeszköz 32 itemet tartalmaz, amelyből 27 egyenes és 5 fordított tétel (5., 6., 7., 8., 9.). A válaszadóknak egy 6 fokú Likert-skálán kell bejelölniük, hogy milyen gyakran tapasztalják az adott jelenséget (0=soha, 5=mindig). A tételek 8 faktorba és 5 dimenzióba sorolhatók. Járai és munkatársai alapján az 5 dimenzió a következő (2016):

1. *Testi érzetek tudatossága*, mely a testi folyamatokban bekövetkező pozitív, negatív vagy semleges változások passzív vagy aktív észlelésének képességére utal (4 tétel).
2. *Testi érzetekre adott érzelmi és figyelmi válaszok*, mely dimenzió 6 tétele 2 faktorra bontva arra vonatkozik, hogy amennyiben ezek a testi érzetek tudatosulnak (ld. előző dimenzió), akkor milyen módon reagál rá a személy, érzelmi (pl. érzelmi distressz vagy aggodalmaskodás – 1. faktor) vagy kognitív válasszal (pl. figyelmen kívül hagyás – 2. faktor).
3. *Figyelemszabályozási kapacitás* dimenziójának 7 tétele arra utal, hogy a vizsgálati személy mennyire képes a figyelmét bizonyos testi érzetekre irányítani és fenntartani.
4. *A test-lélek integritás tudatossága* dimenzió 3 faktora a testi tudatosság magasabb, fejlettebb szintjeihez való hozzáférést méri. Azt, hogy a személy mennyire van tudatában a testi érzetei és az érzelmi állapotai közötti kapcsolatnak (*Érzelmi tudatosság* faktor 5 tétele), mennyire képes a testi érzetei által kiváltott érzelmi válaszokat és a viselkedését szabályozni (*Önszabályozás* faktor 4 tétele), valamint milyen mértékben éli meg a testi, érzelmi és mentális folyamatainak (pl. döntési folyamatok) szoros összekapcsolódását (*Testi érzetek monitorozása* faktor 3 tétele).
5. *A testi érzésekbe vetett bizalom* utolsó dimenziója arra vonatkozó tételeket tartalmaz, hogy a személy a testét egy biztonságot nyújtó, kellemes és megbízható helynek érzi-e, és mennyire tartja fontosnak a teste jelzéseit (3 tétel).

A többdimenziós skála egyes faktoraiban elért értékekhez a hozzá tartozó itemek értékeinek átlagát kell kiszámolni.

A Járai és munkatársai által adaptált magyar változat szerkezete, faktorstruktúrája némiképp eltér az eredeti mérőeszköz dimenzióitól, ettől eltekintve azonban a kérdőív a szerzők szerint érvényesen és megbízhatóan méri az interoceptív tudatosságot. A validitás vizsgálatai rámutattak, hogy dimenziói jól elkülönülnek, de nem függetlenek egymástól, és leginkább a testi egészséggel és a pozitív érzelmekkel hozhatók összefüggésbe (Járai et al., 2016).

BAQ-H

A vizsgálatban használt másik testi tudatosságot mérő eszköz a *Testi Tudatosság Kérdőív (BAQ-H)* volt. Az eredeti kérdőívet (*Body Awareness Questionnaire, BAQ*) Shields és munkatársai (1989) a szűkebb értelemben vett testi tudatosság, a fizioiógias (nem tünetekre vonatkozó, tehát nem patológiás, és nem is érzelmekkel kapcsolatos) testi folyamatokra vonatkozó szelektív figyelem mérésére dolgozták ki. A magyar változat adaptációját Köteles és munkatársai végezték el (2014), melyben az eredetileg 18 tétéles angol változatot 17 tétélesre rövidítették le (ld. 2. melléklet, BAQ-H), és az eredetileg többdimenziósra kidolgozott skálát egyfaktoros változatban ajánlják kezelni.

Az eredeti BAQ kérdőív kidolgozói inkább egyfajta észlelési képességként definiálták a testtudatosságot, szemben az előzőekben tárgyalt többdimenziós interoceptív tudatosságot mérő eszközzel, melyben a testi folyamatok feletti kontrollal magasabb szintű képességek is összekapcsolódnak (Járai et al., 2016). A BAQ-H a 17 tételt egy 7 fokú Likert-skálán méri, melynél az 1-Egyértelműen nem igaz., a 7-Teljes mértékben igaz. Az egyes tételeken elért értékek összeadódnak, és a magasabb összpontszám a magasabb testi tudatosságot jelenti.

A pszichometriai jellemzők tekintetében a 17 tétéles, egyfaktoros magyar változat jó belső konzisztenciával bír, és a validitás vizsgálatok is azt mutatták, hogy a mérőeszköz jól alkalmazható a testi tudatosság kutatásában (Köteles et al., 2014).

Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív

A stresszhatások és a megküzdési kapacitás különböző komponenseinek mérésére, és ezek egyensúlyának kimutatására a *Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív* került alkalmazásra, melyben gyors, egyéni kiértékelésre van lehetősége a vizsgálati személyeknek (Rahe, Tolles, 2002). Az eredeti többdimenziós önjellemző kérdőívet Rózsa és munkatársai fordították le és adaptálták hazai mintán

(2005). A rövidített változatot, melynek kitöltése kb. 15 percet vesz igénybe, a hosszabb, több már meglévő kérdőívből összeállított *Stressz és Megküzdés Kérdőív*ből fejlesztették ki Rahe és munkatársai (Rózsa et al., 2005, ld. 2. melléklet). A mérőeszköz első része a stresszt keltő életeseményekre kérdez rá, és a következő skálákat tartalmazza: *Gyermekekori traumák és szülői bánásmód, A közelmúlt életeseményei, Testi tünetek, Pszichológiai tünetek, Magatartás és érzelmek*. A kérdőív második részében a megküzdés különböző skálái kerülnek mérésre: *Egészségmagatartás, Társas támogatottság, Stresszre adott válasz, Elégedettség az élettel, Életcél és kapcsolatok*.

Az alábbiakban Rózsa és munkatársainak (2005) összefoglalása alapján kerül rövid ismertetésre a mérőeszköz. A gyermekekori stresszhatásokat két alskála méri, amelyek a végén egy nyers pontszámban összegződnek. Az egyik a *Gyermekekori traumák* 8 kérdéssel (pl. szülő válására, halálára, testi-lelki zaklatásra vonatkozó kérdések), a másik a *Szülői bánásmód* 9 tétellel, mely a szülők érzelmi támogatására, és a nevelési légkörre irányuló kérdéseket tartalmaz. Az *Életesemény lista* 54 jelentős, pozitív vagy negatív eseményt sorol fel, melyek mellett súlyozott pontszámok szerepelnek (pl. egészségi állapotban, munkában, magánéletben bekövetkezett változások). Ezeket kell felidézni az elmúlt egy évből, és összegezni a végén a pontszámokat. A *Testi tünetek* alskálában az elmúlt egy év során tapasztalt 8 féle egészségügyi problémára irányulnak a kérdések: légúti, gyomor- és bélrendszeri, szív- és érrendszeri problémák, általános egészségi állapot, mozgásszervi tünetek, idegrendszeri problémák, nemi- és kiválasztó szervrendszeri zavarok, bőrproblémák. A *Pszichológiai tünetek* listájának 12 kérdése szintén az elmúlt egy év alapján a depresszióra (6 kérdés) és a szorongásra (6 kérdés) utaló tünetek feltárását célozza. A *Magatartás és érzelmek* alskála az A-típusú (pl. munkahelyi perfekcionizmus, sürgetettség érzés, versengés) és C-típusú (magabiztosságra, érzelmek kezelésére és társas kapcsolatokra vonatkozó kérdésekkel) viselkedésre irányuló 12-12 kérdést tartalmaz (Rahe et al., 1978; Aoki et al., 1999; Tamoshok, 1987 id. Rózsa et al., 2005).

A megküzdési kapacitásokat mérő skálák közül az *Egészségmagatartás* 13 kérdése azt tárja fel, hogy a káros szenvedélyek, az étrend, a testmozgás és az életritmus területén milyen szokásokkal rendelkeznek a válaszadók. A *Társas támogatottságot* 7 kérdés méri, a *Stresszre adott válasz* skála pedig 10 tételből áll, és az életeseményekre adott stressz válaszok egyéni mintázatait nézi. Az *Elégedettség az élettel* megküzdés alskálát 8 kérdés alkotja, melyek az általános egészségi állapot, a család, a munka és a

személyes életvitel területeire vonatkoznak. Végül az *Életcél és kapcsolatok* 8 tételes skálája olyan állításokat tartalmaz, mint pl. „Meg vagyok békélve a helyemmel az életben.”

A mérőeszköz kiértékelése úgy történik, hogy a 10 alskálában gyűjtött összesített nyers pontszámokat standard értékekbe kell átszámítani. Az 5 stressz skála standard pontszámait összeadva kapjuk meg az *Összesített stresszmutatót*, míg az 5 megküzdési kapacitást mérő skála standard pontjainak összeadásából az *Összesített megküzdési mutatót*. A két összesített mutató különbsége adja ki a *Globális Stressz és Megküzdési Indexet* (Rózsa et al., 2005).

Bár a Rózsa és munkatársai által végzett vizsgálatokban (2005) a rövidített magyar változat néhány skálájának reliabilitása (pl. *Elégedettség az élettel*, *Stresszre adott válasz*) alulmaradt az optimális értékhez képest, ennek ellenére a szerzők a pszichometriai elemzések összességét tekintve a mérőeszköz megbízhatóságát és érvényességét jónak tekintik.

Egyéb kérdések

A vizsgálatban alkalmazott tesztbatteria továbbá tartalmazta a nemre és életkorra vonatkozó kérdések mellett a különböző alkalmazott terápiás módszerek és saját élményű, önismereti célú (testtudati és nem testtudati) módszerek tekintetében a gyakorlásukkal töltött évek számát, hogy jelenleg gyakorolják-e ezeket, és ha igen, milyen rendszerességgel, valamint a sporttevékenységek esetében feltett hasonló kérdéseket (2. melléklet, Kérdőív 3.).

Az interjú

Valamennyi interjút a kutatás vezetője végezte. Az interjúk kb. 1-1,5 órát vettek igénybe, attól is függően, hogy az interjúalany mennyi időt tudott szánni a beszélgetésre. Az interjú (ld. 3. melléklet) elején részletesen is kitértünk a *Testi tudatosság kérdőív csomag* Kérdőív 3. részében táblázatos formában feltett kérdésekre: a terapeuták által elsajátított és alkalmazott különböző terápiás valamint testtudati és önismereti módszerekről, továbbá ezek gyakorlásának részleteiről. Ezt követően a terapeuta személyes élete, majd a munkája kapcsán beszélgettünk arról, hogy milyen hatással volt az említett testtudati vagy önismereti módszer az adott életterületre.

A személyes életére vonatkozó kérdések közül az első egy általános bevezetésként, ráhangolódásként a témára, arra kérdezett rá, hogy hogyan lett terapeuta a vizsgálati személy. Ezt követően a kérdőív táblázatában említett, és az interjúban a személy által a legfontosabbnak titulált testtudati vagy önismereti módszer(ek) mentén arról beszélgettünk, hogy a módszerben mi fogta meg leginkább a terapeutát, mi okoz örömet benne, illetve milyen nehézségekkel találkozott a technika saját élményű gyakorlása kapcsán. Majd egy átfogó kérdés arra vonatkozott, hogy mit változtatott meg az említett módszer a személyes életében.

A munkára vonatkozó rész egy tipikus munkanap felidézésével kezdődött, majd a felidézett tevékenységek kapcsán arról beszélgettünk, hogy ezekben az eseményekben előfordulnak-e olyanok, amelyek során a terapeuta tudatosan szokott figyelni a testében zajló folyamatokra. Ezután jelentős epizódokra kérdeztünk rá a szakember praxisából két eset felidézésével, melyek közül az egyik egy olyan esetet jelentett, melyet a terapeuta sikeresnek ítélt meg (teljesítményesemény), a másik pedig egy nehéz, inkább sikertelenként értékelt esetet (kudarcesemény). Mindegyik esetről hasonló szerkezetben és tematikában 3-3 kérdés szerepelt: 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.

Az interjúk begépelt változatát még át kellett néznie a kutatás vezetőjének, mivel a számítógépre vitelt egy nem pszichológiai területen képződött adminisztrátor végezte, illetve néhány interjúban a hangfelvétel minősége pár helyen nem tette lehetővé a pontos leírást.

A pszichológiai tartalomelemzés

Az interjúk szövegének gazdag anyagából, a most bemutatásra kerülő pszichológiai tartalomelemzés arra a két esetre vonatkozik, melyet a terapeuta jelentősnek ítélt a terápiás munkájából. Elsősorban a sikeres és sikertelen (nehéz) esetekben meglévő tartalmi különbségekre irányult az elemzés a 3-3 kérdésre adott válaszok mentén.

Eljárás

A kódolás témáinak kialakításához először induktív eljárásban megnéztük, hogy a sikeres és sikertelen esetekben milyen tartalmakban lehet különbség a beszámolóknak, és milyen kategóriákat érdemes kialakítani. Majd a fenti elméletek figyelembevételével deduktív módon a lehetséges témákból célzottan leszűkítettük érdeklődésünket azokra a fogalmi konstrukciókra, melyekre ebben a vizsgálatban összpontosítani szerettünk volna. A szövegek többszöri átnézése alapján azt a döntést hoztuk meg, hogy az elemzési egységek a mondatok lesznek, és ezeket fogjuk aszerint kódolni, hogy az általunk keresett témák szerepelnek-e bennük.

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 mondatban több téma is megjelenhetett, ilyenkor több kategóriában is kódoltuk az adott mondatot. Miután a szövegből és az elméletekből kiindulva létrehoztuk a megfelelő kategóriákat, és leírtuk azokat a speciális meghatározásokat, amelyek alapján egy mondat bizonyos tartalma kódolásra kerül, újra átnéztük a szövegrészek és a kategóriák illeszkedését. Az egyes kategóriák meghatározását addig alakítottuk, míg a témák jól elkülönültek egymástól és valamennyi jól működött a kódolt adatokkal kapcsolatban. Az elkészült meghatározásokból létrejött egy Kódkönyv, melynek kódolási kategóriáit a következő részben ismertetjük.

A szövegek kódolását a Kódkönyv szerint két független kódoló végezte. A besorolás szempontjából kérdéses tételeket a kódolást követően a két kutató megvitatta, és ennek mentén pontosítások történtek a kategóriák meghatározásában. Bár a kódolók közötti megbízhatóságot fontosnak tartjuk, a kvalitatív kutatási paradigma azon vélekedését is osztjuk, amely szerint az értékelők közötti reliabilitás a legjobb esetben is csak azt mutatja, hogy két kódoló ugyanúgy lett betanítva, és nem azt, hogy a kódolás pontos (Terry et al., 2017). A kutató szubjektivitása, akárcsak megközelítésünkben a terapeutáé is a terápiás folyamatban, elkerülhetetlen, de reflektálandó, kontrollálandó jellegzetességnek tekintett.

A validitásra irányuló vizsgálatok némiképp ellensúlyozhatják a megbízhatóság hiányosságait. Az erre vonatkozó számítások az interjúkutatás eredményeinek

ismertetése részben, a harmadik vizsgálati kérdéskör tárgyalásánál, a *Terapeuta testi érzetek* mutatói kapcsán kerülnek bemutatásra.

Kódkönyv – kategóriák

Az alábbi négy fő téma mentén kódoltuk a mondatok releváns részeit: 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. A testi érzetek és az érzelmek kategória megkülönböztetésében nagyban támaszkodtunk a fent említett affektuselméletek meghatározásaira.

1. *Terapeuta testi érzetek (TT)*

Ebbe a témába a terapeuta különböző mértékben tudatosuló és szabályozható, saját magán megfigyelt, és az adott terápiás folyamat elmesélése során említett testi érzetei kerültek. Egyrészt azok a mondat részletek sorolódtak ide, melyekben a terapeuta a felidézett esetek kapcsán a saját testének belsejéből származó érzetekre figyelt, és ezeket tudatosította, valamint a testi folyamataiban bekövetkező változásokat észrevette (ld. testtudat meghatározás). A propiocepció és az interocepció folyamatainak tudatosítható részeire tett utalások, melyben az előbbi az izmok feszülésének, az ízületek helyzetének megfigyelésére irányul, illetve a testtartás, a mozgás és az egyensúly tudatos észlelésére, míg az utóbbi a fiziológias állapot érzékeléséhez járul hozzá. Ez utóbbiak inkább konkrét testrészhez köthető, könnyebben beazonosítható érzetek (pl. gyomorgörcs).

Másrészt a test nagyobb részére vagy egészére kiterjedő állapotok, kevésbé azonosítható, tudatosítható testi érzetek is kerültek ebbe a kategóriába, melyekben a test valamilyen általános fiziológiai állapotának megfigyelése történt (pl. feszültség, nyugtalanság, nehézség, taszítás észlelése). Ebbe tartoznak az olyan kevésbé tudatosuló, de a szövegben jól megjelenő testi érzetek is, melyeket Stern vitalitás affektusoknak nevez, a testi minőségek, a cselekvések hogyan-ja (pl. finoman, nehezen, bizonytalanul).

A testi érzet témájába sorolódtak azok a kategorikus érzelmekhez köthető intenzív testi érzetek is, melyekben a testi érzet komponens elnyomja a többi érzelmi összetevőt, így az önszabályozás és a kognitív folyamatok már kevésbé tudnak szerephez jutni.

Amennyiben elkalandozott a terapeuta az eset elmesélése közben, és arról beszélt, hogy általában mit szokott átélteni más esetekben, nem került kódolásra, csak az adott esetben átélt testi érzetek. Alkategóriák: pozitív és negatív testi érzetekre utaló kódok a terapeutánál. A megfigyelő és a megfigyelt, a tárgy és az alany itt ugyanaz, a terapeuta.

Példák:

- propiocepció negatív: „fészkelődtem”, „mint amikor tolok egy sziklát”
- propiocepció pozitív: „előre dőltem, amikor ő olyanról mesélt, ami fontos”
- interocepció (konkrét testrészhez kötötten) negatív: „mintha egy zsák lenne a hasamban”, „gyomorgörcs”
- interocepció (konkrét testrészhez kötötten) pozitív: „megjelenik a testemben, amiről ő (a páciens) beszél (pozitív testi érzetről egy testrészén)”
- kiterjedtebb, nehezen meghatározható testi érzet pozitív: „intenzív élmény volt”, „van egy harmónia közöttünk”, „testi hangolódás”, „finoman visszajelezni”
- kiterjedtebb, nehezen meghatározható negatív: „elkezdek én is feszengeni, meg feszült lenni”, „nehéz tartalmazni”, „mérhetetlenül ki vagyok merülve”, „iszonyatosan megterhelő”, „elbizonytalanodtam”
- erős testi érzettel járó érzelem: „kijöttem a sodromból”, „felhúzott a páciens”

2. Páciens testi jegyek (PTJ)

A terapeuta által a páciensen megfigyelt testi jegyek, nonverbális viselkedések a terápiás folyamatban. Ide tartoznak a páciens mimikai jeleiről, tekintetéről, gesztusairól, testtartásáról, jellegzetes mozgásáról, térhasználatáról, viseletéről tett megfigyelések a terápia alatt (vizuális csatorna), valamint a páciens hanghordozására, beszédmódjára tett megjegyzések (auditív csatorna). Nem került kódolásra, ha a terapeuta általában beszélt más pácienseknél megfigyelt testi jegyekről, csak az adott esetben megfigyelt jegyek. Pozitív, negatív alkategória itt nem került megkülönböztetésre, mivel arról csak a páciens tudna pontos ítéletet adni, a terapeutának nincsen ilyen mértékű hozzáférése a páciens szubjektív élményéhez (pl. hogy egy testtartás vagy viselkedés pozitív vagy negatív érzetet kelt-e a páciensben). A megfigyelő alany itt a terapeuta, a megfigyelt tárgy a páciens.

3. *Terapeuta érzelmek (TÉ)*

A terapeuta által említett saját érzelmek az adott terápiás folyamatban. Amennyiben már egy jól azonosítható, meghatározható testi érzeten alapuló szubjektív élményről beszél a terapeuta, melyhez kapcsolódik egy kognitív értékelés, szubjektív interpretáció, amiből meghatározható, hogy milyen érzelmet él át a szakember, akkor ebbe a kategóriába sorolódott. A kognitív folyamatok sajátos jelentést adnak bizonyos kiemelkedő belső állapotoknak (szemben a vitalitás affektusok állandóan jelenlévő, nehezen érzékelhető alap szintjével), és biztosítják az érzelmi kifejezés tartalmát, segítségével szabályozni képes az ember az érzelem cselekvéses következményeit.

Amennyiben olyan erős a testi érzet aspektus, hogy ez a szabályozás nem lehetséges, akkor a *Terapeuta testi érzetek* kategóriába sorolódik az említett érzet. Tehát ebbe a csoportba a közepes intenzitású, jól körülírható érzetek sorolódtak. A túl kicsi intenzitású, nehezen meghatározható és a túl erős érzetek, melyek már a szabályozást nem teszik lehetővé, egyaránt az előző (TT) kategóriába kerültek. Nem kódolódtak ide azok a terapeutához tartozó érzelmek, amiket az eset elmesélése közben tett kitérők kapcsán említett, vagy általánosságban más esetek kapcsán. Csak azok tartoznak ebbe a kategóriába, amit az adott sikeresként vagy sikertelenként értékelt terápiás folyamat során éltek át a terapeuták. Alkategóriákat itt is a pozitív és a negatív érzelmek megkülönböztetésével hoztunk létre.

Példák:

- Pozitív érzelmek: öröm, együttérzés, elfogadás, csodálat, dicséret (pl. a páciens erősen pozitív leírásában), érdeklődés, kíváncsiság, sikeresség érzésének átélése, tagadása egy negatív érzelemnek (pl. „észrevettem, hogy már nem félek”).
- Negatív érzelmek: düh, harag, félelem, leértékelés stb. Ide tartoznak a terapeuta szélsőséges értékelései is a páciensről, pl. ha gúny vagy káromkodás útján kerül kifejezésre.

4. *Kapcsolati jegyek – terapeuta-páciens (KTP)*

A terapeuta és a páciens közötti kapcsolatra utaló jegyek az említett terápiás folyamat során. Amennyiben gyerekterápiás vagy családterápiás esetet mesélt a terapeuta, akkor valamennyi a terápiában résztvevő (pl. gyerek páciens és a szülője), felé irányuló kapcsolati történések is kódolásra kerültek a terapeuta részéről vagy öfelé. A terapeuta részéről történő megnyilvánulásokat a terapeuta kapcsolati

kompetenciájának kifejeződéseként tekintjük, a páciens megnyilvánulásait pedig erre való válaszoknak. Alkategóriák: a terapeuta és a páciens közötti pozitív kapcsolatra vagy a terápiás kapcsolatban történő előrelépésre utaló állítások, valamint negatív kapcsolatra vagy a terápiás kapcsolat megakadására, zavarára tett utalások az esetek elmesélésében.

A két alkategóriába egyaránt tartoztak az alábbi altémákból kódolt tartalmak:

- A terápiás folyamat indulását, illetve zárását pozitívan vagy negatívan befolyásoló viselkedéses tényezők a terapeuta és a páciens részéről. Pl. negatív: a páciens nem akar jönni, csak a bíróság kötelezi, a terapeuta vonakodik elvállalni a páciens, a páciens a terápiából kikopik, eltűnik, máshoz megy át, a terapeuta nem tudja tovább vinni az esetet. Pozitív: kezdeti együttműködési készség, igény a terápiás munkára a páciens részéről, sok évig jár a páciens a terápiába, közös megegyezéssel zárják a terápiát, kapcsolatfelvételek, visszajelzés a terápia befejezését követően.
- A terápiás folyamat során olyan nyelvi jegyek, kijelentések, amelyekben a „mi” szerepel akár a személyes névmások különböző alakjaiban (velünk, nekünk, ő is-én is stb.), akár az igék tbsz. 2. személyű ragozásában (dolgozunk, hallgatunk, jutunk, kínlódunk), akár határozószókban (közös, együtt, mindketten). Vagy a negatív párja, amikor mindezek olyan formában jelennek meg a szövegben, mikor az elválasztás kerül kihangsúlyozásra: „én..., ő viszont...”.
- A terapeuta és a páciens közötti erős hasonlóság (pozitív) vagy nagyfokú eltérés (negatív) említése bármelyik fél részéről. Az eltérés lehet intellektuális, vagyoni helyzetre vonatkozó (pl. „a cipője annyiba kerül, mint az én havi fizetésem”), értékrend beli, vagy egyéb (pl. mikor a páciens azt érzékeli, hogy a terapeuta mindig nyugodt, ő meg nem). Ha csak annyit említ a terapeuta, hogy gazdag a páciens, az nem kerül kódolásra, csak ha a terapeuta személye is megjelenik összehasonlításként.
- Kommunikációs megnyilvánulások a terapeuta és a páciens közötti beszélgetések felidézésével, amelyben a kettejük közti kommunikációs problémák pl. elhallgatások, titkolózás, félreértések (negatív pl. „próbáltam elmagyarázni neki, de teljes kudarc”), vagy sikeres kommunikációs aktusok

jelennek meg (pozitív pl. mély tartalmak megosztása történik, a páciens együttműködik a beszélgetésben, vagy megígér valamit a terapeutának).

- A páciens szóbeli vagy viselkedéses kapcsolati megnyilvánulásai a terapeuta személye felé. Negatív: kritizálás, elégedetlenség, verbális vagy fizikai fenyegetés, kontrollálás, ellenállás. Pozitív: kapcsolatfelvétel telefonon, e-mailben, ajándék hozása a terapeutának.
- A terapeuta kapcsolat szempontjából jelentős viselkedéses megnyilvánulásai pl. törődése a pácienssel, ami abban nyilvánul meg, hogy felhívja, ha eltűnik, elküldi más szakemberhez is, megöleli (pozitív) vagy ennek hiánya pl. nem megy utána, ha eltűnik a páciens (negatív).
- A terapeuta páciens felé irányuló érzelmeinek kapcsolati aspektusai, amik akár eltérhetnek pozitív-negatív pólusukban az átélt érzelemtől. Pl. a terapeuta aggodalmát, féltést él át a pácienssel kapcsolatban, ami a *Terapeuta érzelmek* (TE) kategóriában negatív érzelmeként kódolódik, de a *Kapcsolati jegyekben* pozitív értéket kap, mivel a kapcsolatukra nézve ez egy pozitív tényező. Ugyanez a másik póluson, ha a terapeuta örül vagy megkönnyebbül, hogy a páciens nem jön többet.
- A közös eredmények, részeredmények elérésére (pozitív) vagy el nemérésére (negatív) tett utalások. Negatív: „nem tudtam vele dolgozni”, „nehéz segíteni neki”, „a páciens azt mondja, ő most ezt nem bírja tovább”. Pozitív: „sikerült ebből a kapcsolatból őt kiszedni”, „elmúltak a tünetei”, „gyógyszer nélkül ment el tőlem”.
- A stern-i „találkozás pillanatok”, a megértettség élményének, az affektív és empátiás összehangolódásoknak a kiemelt pillanatai, melyek változást hoznak a terápiában (pozitív), vagy olyan esetek, amikor ez a találkozás nem tud létrejönni, a meg nem értettség, az összehangolódás és az együttérzés hiánya miatt (negatív). Példák a 4. mellékletben.

Eredmények a kérdőíves kutatásban

A 29 fős mintából a vizsgálati személyek az alábbi 4 csoportba kerültek két független változó alapján. Az egyik, hogy aktív vagy passzív testtudati technikát sajátítottak-e el, a másik pedig, hogy jelenleg milyen gyakorisággal gyakorolják az egyes technikákat.

1. csoport (TP0-3): elsősorban passzív testtudati technikát gyakorlók, akik jelenleg nem vagy csak ritkán (0-3 heti alkalommal) gyakorolnak (n=8 fő).
2. csoport (TP4+): elsősorban passzív testtudati technikát gyakorlók, akik jelenleg nagy rendszerességgel (heti 4 vagy annál több alkalommal) gyakorolnak (n=7 fő).
3. csoport (TA0-3): elsősorban aktív testtudati technikát gyakorlók, akik jelenleg nem vagy csak ritkán (0-3 heti alkalommal) gyakorolnak (n=7 fő).
4. csoport (TA4+): elsősorban aktív testtudati technikát gyakorlók, akik jelenleg nagy rendszerességgel (heti 4 vagy annál több alkalommal) gyakorolnak (n=7 fő).

A 4 csoport megkülönböztetése helyett egyes esetekben csak 2 csoportra osztottuk a mintát, vagy az aktív-passzív testtudati változó vagy a gyakorlás rendszeressége mentén, hogy nagyobb elemszámmal dolgozhassunk. 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 lesz fontos. A kérdőíves eredmények tárgyalását azért vesszük mégis előbbre, mert a tartalomelemzésben már támaszkodunk az itt bemutatottakra.

A statisztikai elemzések során a CogStat 1.8, illetve a Statistica 13 programcsomagokat használtuk.

1. hipotézis - A terapeuták testi tudatossága

Az első hipotézis azt feltételezi, hogy a testtudati gyakorlás aktív vagy passzív természetének és a gyakorlás rendszerességének, gyakoriságának hatásai kimutatható különbségeket eredményeznek a testi tudatosság szintjében, különösen azon testtudatosság dimenziók esetén, melyek a figyelmi, érzelmi és megküzdési

kapacitásokkal lehetnek összefüggésben. Az aktív technikát gyakorlóktól magasabb értékeket vártunk, mivel azt feltételeztük, hogy az a passzív technikához képest többféle szituációban teszi lehetővé a testi tudatosság növelését, és így a figyelmi és megküzdési kapacitásokat jobban igénybe veszi, és ezáltal fejleszti is. A nagy rendszerességgel gyakorlóknál szintén magasabb testi tudatosság értékeket feltételeztünk. Ezeknek a hipotéziseknek a tesztelésére a BAQ-H és a MAIA skálák, valamint ez utóbbi egyes alskáláinak az értékeit vizsgáltuk különböző szempontokból.

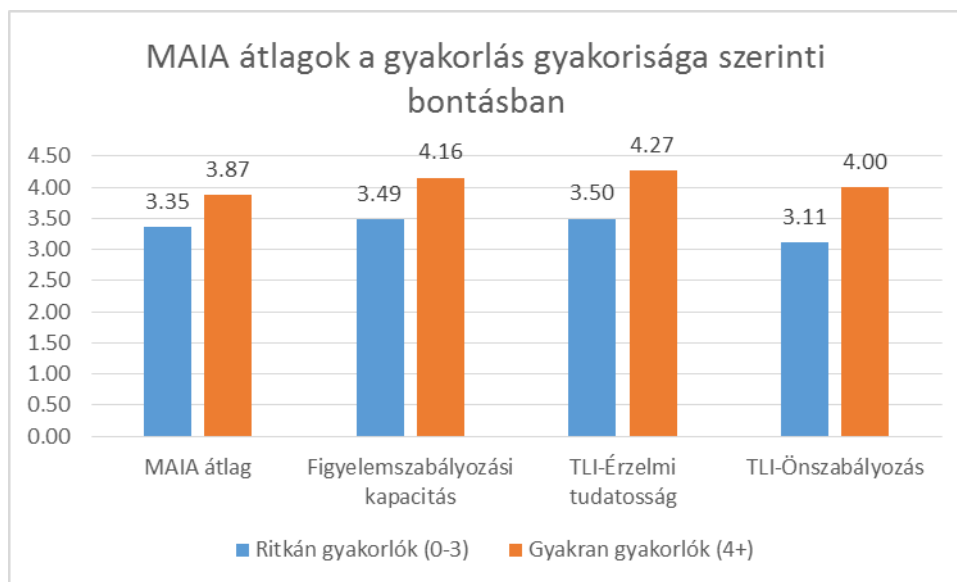
Először azt vizsgáltuk Pearson korrelációval, hogy a MAIA és a BAQ-H értékei milyen együttjárást mutatnak a gyakorlás gyakoriságának nyers adataival. A kapott eredmények azt mutatták, hogy a testtudati gyakorlás heti száma szignifikánsan pozitívan együtt jár a MAIA skálán elért értékekkel ($r(27) = 0,456$, $p = 0,013$). A MAIA alskálák közül még a *Figyelemszabályozási kapacitás* ($r(27) = 0,420$, $p = 0,023$), az *Érzelmi tudatosság* ($r(27) = 0,418$, $p = 0,024$) és az *Önszabályozás* ($r(27) = 0,446$, $p = 0,015$) korrelált pozitívan a gyakorlás gyakoriságával. Vagyis a nagyobb rendszerességgel gyakorlók magasabb testi tudatosság értékeket mutattak a MAIA kérdőíven és annak egyes alskáláin is, éppen azokon az alskálákon, melyek fontosak lehetnek a terapeuták figyelmi, érzelmi és megküzdési kapacitásaival összefüggésben. A BAQ-H skála esetében nem találtunk szignifikáns korrelációt, bár a korreláció az elvárt irányba mutatott ($r=0,16$, $p=0,42$). A két testtudatosságot mérő skála között az elvárható pozitív korrelációt találtuk ($r=0,60$, $p<0,01$).

Elvégeztük az aktív-passzív testtudat és a gyakoriság alapján is az összehasonlításokat, először a gyakorlás mentén két csoportra osztva a mintát, majd az aktív-passzív változó szerinti bontásban. Mivel a gyakoriság esetében a MAIA átlagoknál nem sérült a normalitás feltétele, t-próbát végeztünk, és szignifikáns értéket kaptunk ($t(27) = -2,91$, $p = 0,007$), vagyis a gyakran gyakorlók jelentősen magasabb értékeket értek el ezen a testtudati mérőeszközön (ld. 1. ábra, 1. táblázat). A gyakran gyakorlók MAIA átlaga: 3,87 (szórás: 0,37), míg a ritkán gyakorlóké 3,35 lett (szórás: 0,52). Az aktív-passzív testtudat faktornál csak tendenciaszintű összefüggést találtunk, mivel sérült a normalitás, a Mann-Whitney U-teszt alkalmazásával ($U=144$, $p=0,089$).

Az egyes MAIA alskálák közül azokat vizsgáltuk meg külön is, melyek az elméleti háttér tárgyalásakor kiemelt jelentőséggel bírtak a terapeuták figyelmi, érzelmi és megküzdési kapacitásainak tekintetében, és ezek voltak azok is, melyek a korrelációs vizsgálati eredményeink szerint együtt jártak a testtudati gyakorlás gyakoriságával. A

rendszeresebben gyakorlók csoportjának átlaga szignifikánsan magasabb volt a *Figyelemszabályozási kapacitás* alskálában (Mann-Whitney U-teszt: $U=46$, $p=0,01$), mint a ritkábban gyakorlóké (ld. 1. ábra és táblázat).

A MAIA skálán belül *A test-lélek integritás tudatossága* (TLI) dimenzió a testi tudatosság magasabb, fejlettebb szintjeihez való hozzáférést méri az alábbi 3 faktorról: az *Érzelmi tudatosság* (ÉT), az *Önszabályozás* (ÖSZ), és a *Testi érzetek monitorozása* (TÉM). Mivel ezekről a magasabb szintű testi tudatosság faktorokról azt feltételeztük, hogy valószínűleg még inkább elkülönítik a ritkán és a rendszeresebben gyakorló csoportokat, ezért skálák szerinti bontásban is megnéztük az átlagaikban mutatkozó eltéréseket. A MAIA kérdőív egyes alskáláinál a normalitás sérülése miatt szintén Mann-Whitney U-teszttel vizsgáltuk a csoportok közötti különbségeket. Az alábbi szignifikáns és tendencia szintű eredményeket kaptuk a 3 faktornál: TLI-ÉT (Mann-Whitney U-teszt: $U=49$, $p=0,015$), TLI-ÖSZ (Mann-Whitney U-teszt: $U=44,5$, $p=0,008$), TLI-TÉM tendencia (Mann-Whitney U-teszt: $U=61,5$, $p=0,058$). Vagyis mindhárom alskálán a gyakran gyakorló csoport ért el magasabb átlag értékeket. A pontos értékek és szórásaik megtalálhatók az 1. ábrán és az 1. táblázatban.

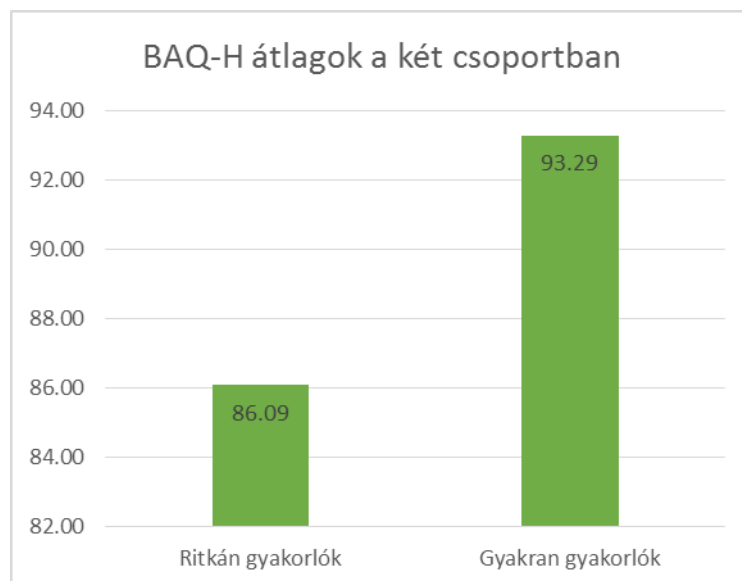


1. ábra: A MAIA átlag a gyakorlás gyakorisága szerinti bontásban, és a szignifikáns eltérést mutató alskálák átlagai

N=29	Ritkán gyakorlók (0-3)	Gyakran gyakorlók (4+)
MAIA összesen átlag.	3.36	3.87
szórás	0.52	0.37
1. Testi érzetek tudatossága (TÉT) átlag	3.90	4.31
szórás	0.74	0.35
2. Érzelmi és figyelmi válaszok – Nem elterelő (ÉFV-NE) átlag	2.57	2.79
szórás	0.52	0.51
2. Érzelmi és figyelmi válaszok – Nem aggódó (ÉFV-NA) átlag	3.23	3.31
szórás	0.92	0.86
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
4. Testi érzetek monitorozása (TLI-TÉM) átlag	2.97	3.62
szórás	1.03	1.09
5. Testi érzésekbe vetett bizalom (TÉB) átlag	4.08	4.52
szórás	0.64	0.37

1. táblázat: MAIA alskálák átlagai és szórásai a ritkán és gyakran gyakorlók csoportjaiban

A BAQ-H értékeivel végzett próbák hasonló képet mutattak (2. ábra). Az aktív-passzív csoportokat t-próbával összehasonlítva csupán tendencia szinten volt különbség az aktív csoport javára ($t(27)=1,91$, $p=0,067$). A gyakoriság esetében viszont szignifikáns eltérést találtunk a két csoport között (Mann-Whitney U-teszt $U=54,00$, $p=0,027$), ami azt tükrözi, hogy a nagyobb rendszerességgel gyakorlók (átlag: 93,29, szórás: 7,14) magasabb pontszámot értek el a BAQ-H skálán, mint a ritkábban gyakorlók (átlag: 86,09, szórás: 8,09).



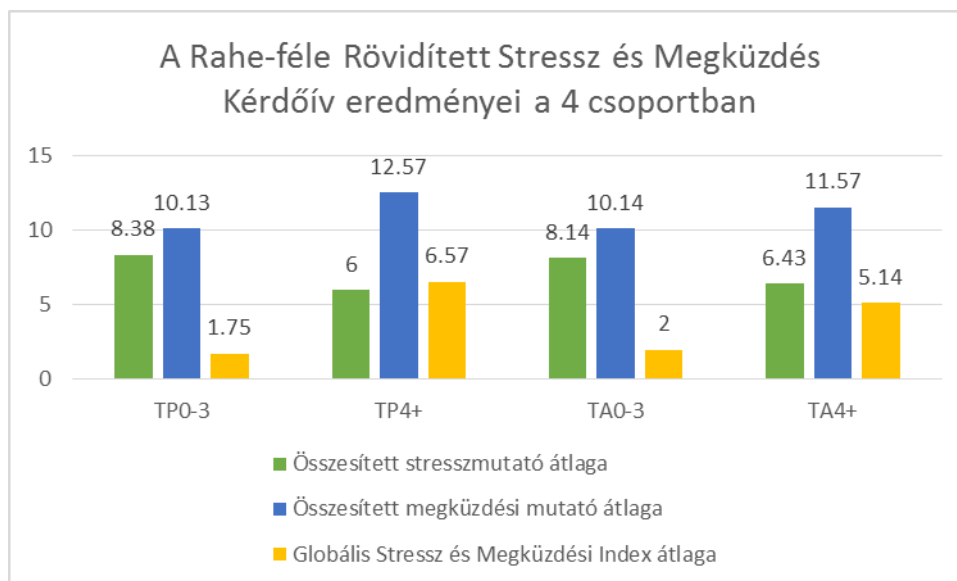
2. ábra: A BAQ-H átlagai a gyakorlás rendszeressége szerinti csoportbontásban. A szórások és a szignifikancia ld. a fenti bekezdésben.

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, és a stressz és megküzdés különböző tényezőire is. A hipotézis tesztelésére a Rövidített Rahe-féle Stressz és Megküzdés Kérdőív mutatóit használtuk a négy csoportban.

2.1 A Globális Stressz és Megküzdés Index különbsége a négy csoportban

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 ($U=27,00, p<0,001$). A 3. ábra és a 2. táblázat részletesen tartalmazza a kérdőív mutatóinak átlagait és szórásait a négy csoportban. A GSMI átlaga a TP0-3 (passzív technikát ritkán gyakorlók) csoportban volt a legalacsonyabb (átlag: 1,75, szórás: 3,86), aztán a TA0-3 csoport következett (aktív technikát ritkán gyakorlók átlaga: 2, szórás: 1,69), majd a TA4+ (aktív technikát gyakran gyakorlók átlaga: 5,14, szórás: 2,42) és a legmagasabb értékkel a TP4+ (passzív technikát gyakran gyakorlók átlaga: 6,57, szórás: 2,06).



3. ábra: Stressz és megküzdés a 4 csoportban

N=29	TP0-3 Passzív ritkán gyakorló	TP4+ Passzív gyakran gyakorló	TA0-3 Aktív ritkán gyakorló	TA4+ Aktív gyakran gyakorló
Összesített stresszmutató átlag	8.38	6	8.14	6.43
Összesített stresszmutató szórás	3.04	1.51	1.88	1.99
Összesített megküzdési mutató átlag	10.13	12.57	10.14	11.57
Összesített megküzdési mutató szórás	2.47	0.9	1.88	1.29
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

2. táblázat: A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív mutatóinak átlagai és szórásai a 4 csoportban

2.2 Testtudatosság és megküzdés együttjárása

A testtudatosság skálák és a Globális Stressz és Megküzdési Index (GSMI) együttjárását vizsgáltuk. Míg a MAIA és a GSMI között tendenciaszintű pozitív korrelációt találtunk ($r=0,34$, $p=0,068$) addig a BAQ-H és a GSMI között csupán gyenge, pozitív korrelációt mértünk ($r=0,18$, $p=0,35$).

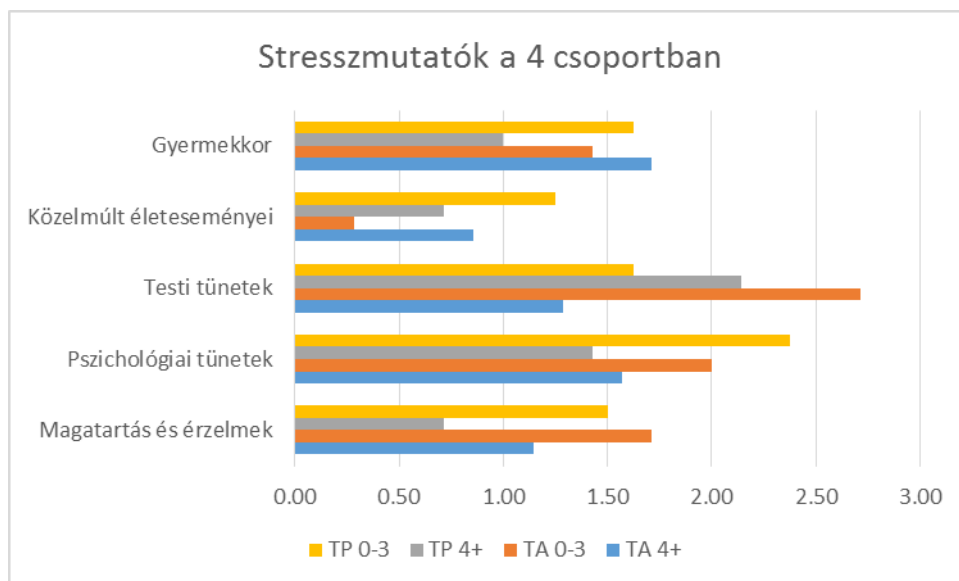
Mivel a testi tudatosság feltételezhetően a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív megküzdés részével van összefüggésben, külön is megnéztük az Összesített stressz mutató (SM) és az Összesített megküzdési mutató (MM) együttjárását a két testtudatosságot mérő eszközzel. A MAIA kérdőív együttjárása

szignifikánsnak mutatkozott az MM-mel ($r(27)=0,449$, $p=0,015$), míg a BAQ-H-nál nem találtunk ilyen összefüggést ($r(27)=0,238$, $p=0,214$). A stresszmutató esetében pedig az elvárható módon nem találtunk szignifikáns együttjárást a két testi tudatosságot mérő kérdőív értékeivel (MAIA – SM: $r(27)=-0,101$, $p=0,603$; BAQ-H – SM: $r(27)=-0,050$, $p=0,795$).

2.3 Az egyes alskálák pontszámainak eltérései a négy csoportban

Megvizsgáltuk az egyes alskálák standard pontszám értékeiből számolt átlagok különbözőségeit is a négy csoportban (ld. 4-5. ábra és 3-4. táblázat). Az 5 stressz skála átlagai között nem találtunk szignifikáns különbségeket a csoportok között (ld. 4. ábra és 3. táblázat), csupán a *Testi tünetek* esetében volt egy tendenciaszerű hatás, mely közel volt a szignifikánshoz ($\chi^2(3, N=29)=7,17$, $p=0,067$). Bár csak tendencia, mégis érdemes rá figyelmet fordítani, mert az eddigi eredményekhez nem illeszkedik. Azt várnánk, hogy a nagy rendszerességgel gyakorlók a ritkán gyakorlókhoz képest, illetve az aktív testtudati csoport tagjai a passzív csoportokhoz képest alacsonyabb értékeket mutassanak. Ezzel szemben a ritkán gyakorlók esetében az aktív TA0-3 csoport mutatja a legmagasabb értékeket a *Testi tünetek* skálán (átlag: 2,71, szórás: 0,7), tehát ők számolnak be a legtöbb testi tünetről, míg a TP0-3 csoport alacsonyabb értékeket mutat (átlag: 1,63, szórás: 0,99). A várakozással ellentétben TP4+ is ennél magasabb értékkel rendelkezik (átlag: 2,14, szórás: 1,12), csak a TA4+ csoport mutatja a várható legjobb értékeket, vagyis náluk a legalacsonyabb az említett testi tünetek száma (átlag: 1,29, szórás: 1,03). Az eredmények megvitatásánál még visszatérünk erre a jelenségre.

Ha a testtudati gyakorlás rendszeressége szerint osztjuk szét a mintát két csoportra, akkor a *Pszichológiai tüneteknél* szignifikáns eltérést találunk (Mann-Whitney U-teszt, $U=59$, $p=0,027$), ami abban mutatkozik meg, hogy a gyakrabban gyakorlóknál kevesebb pszichológiai tünet jelentkezik. A *Magatartás és érzelmek* alskálánál pedig egy tendencia szintén arra mutat ($U=146$, $p=0,068$), hogy a nagy rendszerességgel gyakorolt testtudati technikák kevesebb stressz tünettől járnak együtt a magatartás és az érzelmek terén.



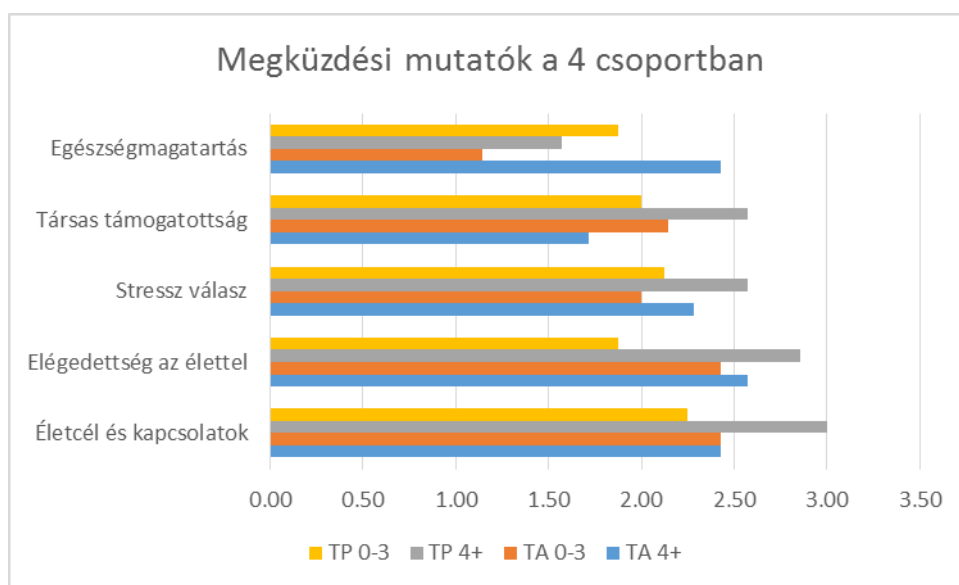
4. ábra: Stresszmutatók a négy csoportban

N=29	TP0-3 Passzív ritkán gyakorló	TP4+ Passzív gyakran gyakorló	TA0-3 Aktív ritkán gyakorló	TA4+ Aktív gyakran gyakorló
1. Gyermekkor, szülői bánásmód átlag szórás	1,63 0,70	1,00 0,53	1,43 0,49	1,71 0,70
2. Közelmúlt életeseményei átlag szórás	1,25 0,97	0,71 0,88	0,29 0,45	0,86 0,83
3. Testi tünetek átlag szórás	1,63 0,99	2,14 1,12	2,71 0,70	1,29 1,03
4. Pszichológiai tünetek átlag szórás	2,38 0,70	1,43 0,90	2,00 0,93	1,57 0,73
5. Magatartás és érzelmek átlag szórás	1,50 1,12	0,71 0,70	1,71 0,70	1,14 0,99

3. táblázat: Stresszmutatók átlagai és szórásai a négy csoportban

A megküzdési skálakon két helyen is találtunk szignifikáns különbségeket a csoportok átlagai között (ld. 5. ábra és 4. táblázat). A Kruskal-Wallis teszt eredményei szerint szignifikáns az eltérés a négy csoport között az egyes megküzdési skálakon elért standard pontszámok átlagai tekintetében az *Egészségmagatartás* ($\chi^2(3, N=29)=9,33$, $p=0,025$) és az *Elégedettség az élettel* ($\chi^2(3, N=29)=8,56$, $p=0,036$) alskálák esetén.

Az *Egészségmagatartás* alskálán a TA4+ csoport érte el a legmagasabb átlagot (átlag: 2,43, szórás: 0,49), ezután következett a TP0-3 csoport (átlag: 1,88, szórás: 0,93), majd a TP4+ (átlag: 1,57, szórás: 0,73), végül a TA0-3 (átlag: 1,14, szórás: 0,64). Az *Elégedettség az élettel* alskálánál a TP4+ vezeti a sort (átlag: 2,86, szórás: 0,35), akárcsak a másik három megküzdési mutatónál. Ezt a csoportot követi a szintén gyakran gyakorló TA4+ csoport (átlag: 2,57, szórás: 0,49), majd a TA0-3 (átlag: 2,43, szórás: 0,73), és utolsóként a TP0-3 (átlag: 1,88, szórás: 0,6).



5. ábra: Megküzdési mutatók a négy csoportban

N=29	TP0-3 Passzív ritkán gyakorló	TP4+ Passzív gyakran gyakorló	TA0-3 Aktív ritkán gyakorló	TA4+ Aktív gyakran gyakorló
1. Egészségmagatartás átlag szórás	1,88 0,93	1,57 0,73	1,14 0,64	2,43 0,49
2. Társas támogatottság átlag szórás	2,00 0,87	2,57 0,49	2,14 0,83	1,71 0,45
3. Stresszre adott válasz átlag szórás	2,13 0,78	2,57 0,49	2,00 0,53	2,29 0,45
4. Elégedettség az élettel átlag szórás	1,88 0,60	2,86 0,35	2,43 0,73	2,57 0,49
5. Életcél és kapcsolatok átlag szórás	2,25 0,83	3,00 0,00	2,43 1,05	2,43 0,73

4. táblázat: Megküzdési mutatók átlagai és szórásai a négy csoportban

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

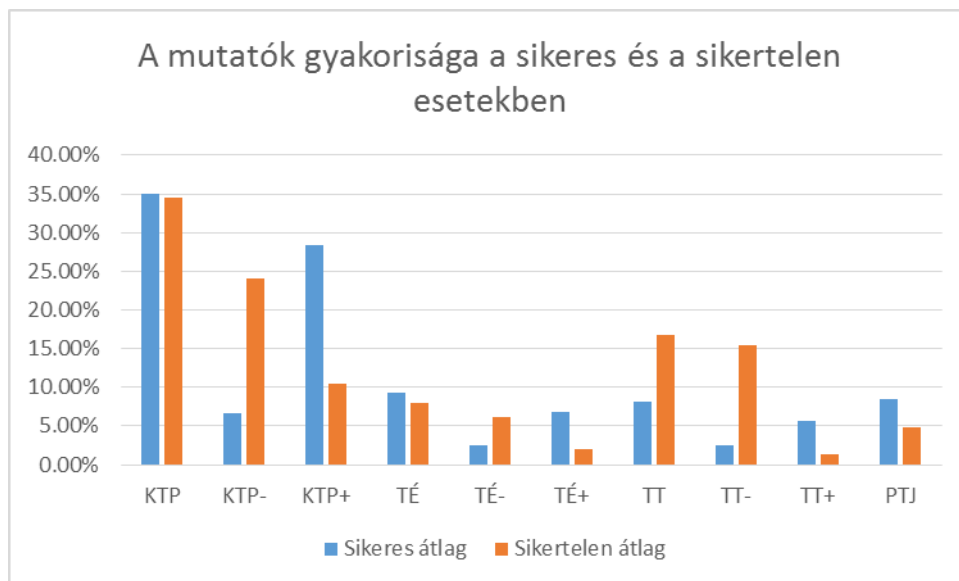
1. vizsgálati kérdés – A testi tudatosság, a kapcsolati kompetenciák és a terápiás hatékonyság összefüggései

Az első vizsgálati kérdés több feltételezést is magában foglal, melyeket az egyes alfejezetekben fogunk részletezni. Ebben a kérdésben arra keressük 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. Feltételezésünk szerint a terapeuták sikeres és sikertelen esetekről szóló beszámolóiból ki lehet mutatni erre vonatkozó különböző mintázatokat.

1.1 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. A 6. ábra és az 5. táblázat mutatja a szövegben kódolt egyes mutatók relatív gyakoriságait sikeres és sikertelen esetekben, három mutató esetében az összes gyakoriság mellett a pozitív és negatív alkategóriák arányát is. A mutatók rövidítéseinek pontos elnevezése megtalálható a 6. táblázatban.



6. ábra: A mutatók relatív gyakorisága a sikeres és sikertelen esetekben

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%

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

1.2 Az egyes mutatók gyakoriságának eltérései a sikeres és sikertelen esetekben

A terápiás hatékonyságot a kutatásban úgy tekintjük, hogy a terapeuták a saját beszámolóikban sikeresnek ítélt esetekben hatékonyabban működtek, mint a sikertelenekben. Ha a terapeuták által sikeresnek megélt esetekben (a továbbiakban röviden „sikeres esetek”) eltérő mintázatokat találunk a különböző mutatókban, mint a terapeuták által sikertelennek megélt esetekben („sikertelen esetek”), akkor az általunk vizsgált terápiás tényezők közül megjelölhetjük azokat, amelyek segítenek elkülöníteni a hatékony és kevésbé hatékony terápiás folyamatokat.

Természetesen egy terápia sikeres kimenetelébe belejátszhatnak olyan terápiás folyamaton kívüli tényezők is, mint például a páciens élethelyzetében bekövetkező változások. Továbbá, ahogy az elméleti részben láthattuk, a terapeuta és a páciens, vagy

akár a páciens hozzátartozója is másképpen ítélheti azt meg. A terapeuták a sikeres-sikertelen esetek felidézésének elején sokszor ki is tértek a sikeresség kritériumaira, és sokféle szempontból átgondolták a választásukat. Bár a hatékonyság és a sikeresség nem teljesen azonos fogalmak, mégis nagy területen átfedést mutatnak, és feltételezésünk szerint a terapeuták igyekeztek olyan sikeres példákat hozni, melyekben leginkább az ő hatékonyságuk mutatkozik meg. Ebből a feltételezésből kiindulva, valamint abból a megfigyelésből, hogy mennyi szempontot átgondoltak a terapeuták ennek a kérdésnek a kapcsán, úgy véljük, hogy a sikeresség megítélésében megbízhatóan támaszkodhatunk a terapeuták saját ítéleteire, valamint jól használhatjuk ezeket az esetbeszámolókat a kutatásban, mint a terápiás hatékonyságot bemutató narratívákat.

A sikeres és a sikertelen esetekben a különböző mutatók gyakoriságának átlagai páros t-próbával lettek összehasonlítva, a szignifikáns eltéréseket a 6. táblázat mutatja. 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 különbség van 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 (ld. 6. táblázat).

Azt azonban már érdemes kiemelni, hogy a pozitív és negatív érzeteket is magába foglaló *Terapeuta testi érzetek* mutató (TT) relatív gyakorisága is szignifikánsan nagyobb a sikertelen eseteknél, több mint kétszer akkora a sikereshez viszonyítva, ami jórészt a negatív testi érzetek kiugró arányának köszönhető. A negatív testi érzeteket a testi tudatosság szakirodalma is behatóan vizsgálta, mert ezeket sokszor evolúciós túlélési értékük miatt is könnyebb észlelni. Az emberek nagy többsége a mindennapi tevékenységei során csak akkor figyel a testéből jövő érzetekre, ha valamilyen erősen kellemetlen vagy fájdalmas érzet jelentkezik, mert annak fontos jelzőfunkciója van.

Ezért érdemes lehet megvizsgálni, hogy van-e különbség ebben a tendenciában a terapeuták esetén, a testi tudatosságukban mutatkozó eltérések mentén. A

következőkben ennek a feltételezésnek a teszteléséhez először valamennyi mutató eltéréseit megvizsgáljuk a négy csoportban.

N=28 fő, 56 eset Mutató	t(27)	p
Kapcsolati jegyek - terapeuta-páciens (KTP)	1,03	0,312
KTP- (negatív kapcsolati mutató)	-9,76*	<0,001
KTP+ (pozitív kapcsolati mutató)	10,8*	<0,001
Terapeuta érzelem mutató (TÉ)	0,895	0,378
TÉ- (negatív érzelem)	-2,55*	0,017
TÉ+ (pozitív érzelem)	4,55*	<0,001
Terapeuta testi érzet mutató (TT)	-5,29*	<0,001
TT- (negatív testi érzet)	-7,05*	<0,001
TT+ (pozitív testi érzet)	3,17*	0,004
Páciens testi jelek mutató (PTJ)	-0,472	0,641

6. táblázat: A sikeres és sikertelen esetekben a különböző mutatók gyakorisági átlagainak összehasonlítása, a páros t-próbák eredményei és a szignifikanciák

1.3 Az egyes mutatók gyakoriságai és együttjárásai a négy csoportban

Az előzőekben a különböző mutatók relatív gyakoriságát csoportoktól függetlenül, az összes sikeres és sikertelen eset átlagaival hasonlítottuk össze. Amennyiben a testi tudatosságnak, az aktív vagy passzív technika gyakorlásának, illetve a gyakorlás rendszerességének vannak hatásai a hatékonyságra, akkor eltérő mintázatokat fogunk kapni az ezzel összefüggő különböző mutatókban a négy csoportnál sikeres és sikertelen esetekben.

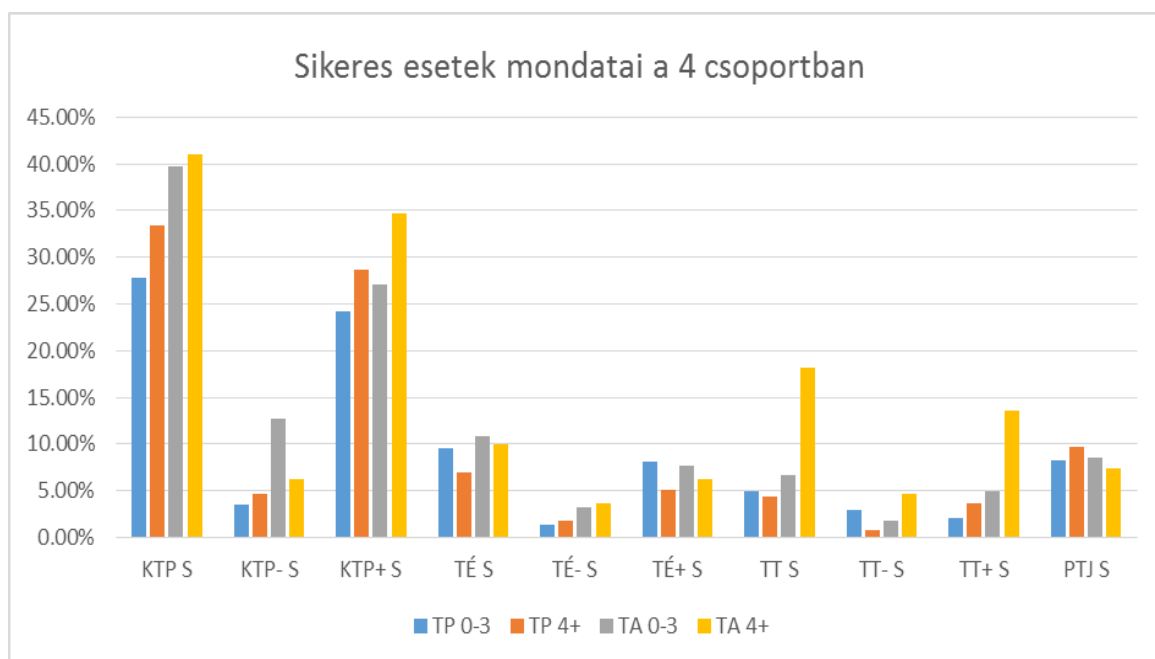
Feltételezhetően a sikertelen esetekben kisebb különbség lesz a négy csoport között a TT és TÉ mutatókban, mivel az erőteljes negatív testi érzeteket, érzelmeket testtudati jártasság nélkül is könnyen lehet észlelni. A sikeres esetekben nagyobb eltéréseket várunk a *Terapeuta testi érzetek* (TT) mutatóban, mert ott a finomabb testi folyamatok, vitalitás affektusok is szerepet játszanak, s ezek tudatosításának mértéke már valószínűleg függ a testi tudatosság szintjétől. Várhatóan 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 *Kapcsolati mutatók* (KTP) tekintetében az aktív testtudati technikát gyakorló terapeutáknál mind sikeres, mind sikertelen esetekben magasabb értékeket várunk, mint a passzív csoportnál. Ennek alapja, 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 (pl. PMT, IKT, tai chi), s ennek lehet hatása a kapcsolati kompetenciákra.

A páciens testi jegyeire vonatkozó említések gyakoriságában azt a tendenciát várjuk, hogy abban a terapeuta csoportban lesz a legmagasabb, amely a legalacsonyabb testi tudatossággal jellemezhető, mivel a terapeuta a saját testi érzetei helyett figyelmét inkább a páciens nonverbális jeleire fókuszálja.

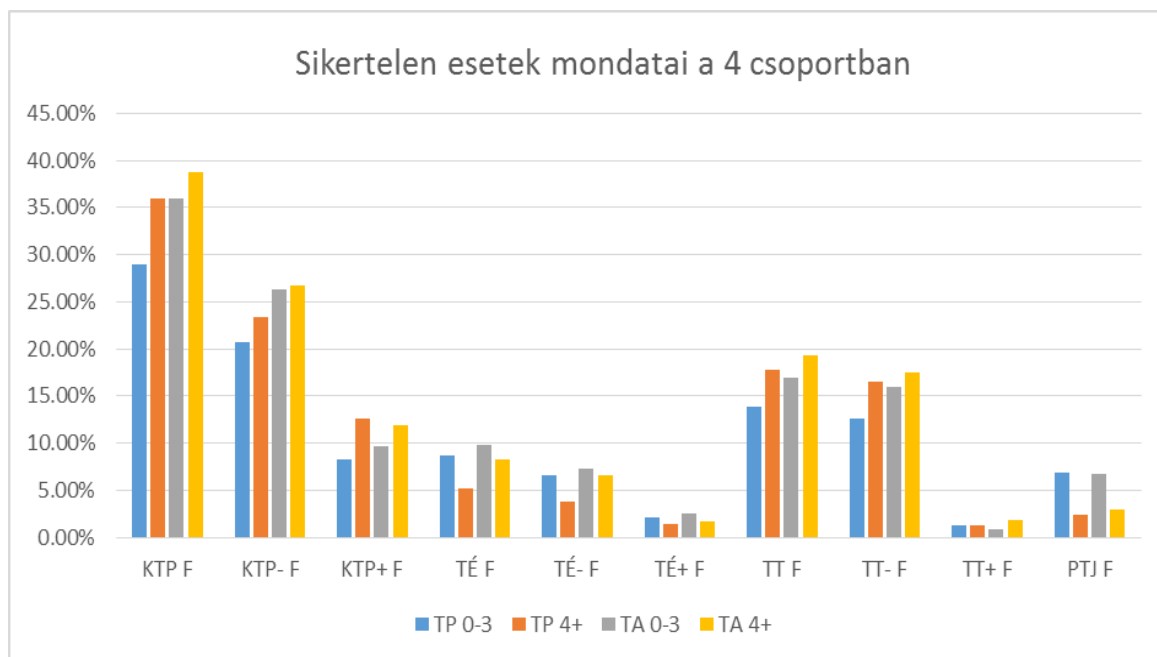
A 7. ábrán és táblázatban található az egyes mutatók relatív gyakoriságának átlagai és szórásai a sikeres eseteknél a négy csoportban, míg a 8. ábra és táblázat a sikertelen esetek gyakoriságait mutatja csoportonkénti bontásban. Annak vizsgálatára, hogy a terapeuták által gyakorolt testtudati technika aktív-passzív természete és a gyakorlás rendszeressége hatással volt-e az egyes mutatókra, faktoriális ANOVÁ-t alkalmaztunk. Ennek részletes eredményeit a 9. táblázat tartalmazza. A következőkben azokat az eredményeket emeljük ki a táblázatból, melyek a feltevéseinkkel kapcsolatban fontosnak tekinthetők.



7. ábra: A mutatók relatív gyakoriságának átlagai a sikeres esetekben a négy csoportban

Csoport	KTPS	KTP-S	KTP+S	TÉS	TÉ-S	TÉ+S	TTS	TT-S	TT+S	PTJS
TP 0-3 átlag	27.74%	3.48%	24.26%	9.49%	1.31%	8.18%	5.02%	2.96%	2.06%	8.26%
szórás	2.85%	3.73%	4.89%	4.90%	1.48%	5.29%	3.65%	2.92%	1.70%	5.16%
TP 4+ átlag	33.36%	4.71%	28.65%	6.97%	1.84%	5.13%	4.39%	0.77%	3.62%	9.71%
szórás	4.55%	3.38%	3.47%	4.31%	2.31%	3.72%	1.68%	0.76%	1.11%	5.10%
TA 0-3 átlag	39.71%	12.67%	27.04%	10.91%	3.26%	7.64%	6.72%	1.74%	4.98%	8.48%
szórás	10.70%	6.89%	5.34%	7.37%	3.52%	4.45%	6.01%	2.04%	4.34%	7.98%
TA 4+ átlag	41.03%	6.29%	34.75%	9.97%	3.69%	6.27%	18.22%	4.71%	13.51%	7.35%
szórás	9.32%	5.85%	6.66%	7.37%	4.53%	3.11%	6.63%	4.39%	3.58%	1.06%

7. táblázat: A mutatók relatív gyakoriságának átlagai és szórásai a sikeres esetekben a négy csoportban



8. ábra: A mutatók relatív gyakoriságának átlagai a sikertelen esetekben a négy csoportban

Csoport	KTPF ⁵	KTP-F	KTP+F	TÉF	TÉ-F	TÉ+F	TTF	TT-F	TT+F	PTJF
TP 0-3 átlag	28.90%	20.68%	8.22%	8.74%	6.66%	2.08%	13.94%	12.66%	1.27%	6.84%
szórás	8.68%	8.61%	4.10%	4.21%	3.04%	1.88%	5.92%	6.22%	1.22%	3.96%
TP 4+ átlag	35.97%	23.41%	12.56%	5.21%	3.82%	1.39%	17.73%	16.47%	1.26%	2.46%
szórás	7.08%	5.10%	4.49%	3.91%	3.33%	1.40%	6.33%	5.69%	1.36%	2.42%
TA 0-3 átlag	36.00%	26.36%	9.64%	9.77%	7.25%	2.51%	16.90%	16.03%	0.87%	6.74%
szórás	6.32%	7.70%	6.65%	5.21%	5.04%	2.11%	9.72%	10.10%	2.12%	6.66%
TA 4+ átlag	38.73%	26.78%	11.95%	8.30%	6.63%	1.67%	19.36%	17.53%	1.83%	2.97%
szórás	7.30%	5.92%	5.51%	6.21%	5.42%	2.56%	9.19%	7.58%	2.12%	3.35%

8. táblázat: A mutatók relatív gyakoriságának átlagai és szórásai a sikertelen esetekben a négy csoportban

⁵ Az „F” betű a sikertelen mutatók mögött az angol Failure szóból a sikertelenségre utal, mivel a magyar sikeres-sikertelen elnevezésben mindegyik változóban „S” betű lett volna.

	Aktív-passzív főhatás		Gyakorisági főhatás		Interakció	
	F	p	F	p	F	p
KTPS	8,92*	<0,01	1,48	0,23	0,06	0,82
KTPF	2,31	0,14	4,03	0,056	0,10	0,75
KTP-S	5,27*	0,03	0,89	0,36	1,64	0,21
KTP+S	4,30*	0,049	5,47*	0,03	1,75	0,20
KTP-F	1,21	0,28	0,78	0,39	0,91	0,35
KTP+F	0,30	0,59	2,02	0,17	0,58	0,45
TÉS	0,62	0,44	0,52	0,48	0,06	0,82
TÉF	0,01	0,92	1,73	0,20	1,40	0,25
TÉ-S	3,76	0,064	0,17	0,68	<0,01	0,96
TÉ+S	0,14	0,72	1,71	0,20	0,13	0,72
TÉF-	0,30	0,60	0,60	0,45	1,41	0,25
TÉ+F	0,56	0,46	2,16	0,15	0,02	0,89
TTS	19,71*	<0,001	10,71*	<0,01	7,96*	<0,01
TTF	0,06	0,31	2,17	0,15	0,04	0,85
TT-S	0,56	0,46	<0,01	0,96	1,82	0,19
TT+S	32,71*	<0,00001	22,60*	<0,0001	8,15*	<0,01
TT-F	1,10	0,31	1,85	0,19	0,09	0,77
TT+F	0,01	0,91	0,69	0,41	0,25	0,62
PTJS	0,02	0,89	<0,01	0,96	0,06	0,81
PTJF	0,84	0,37	3,86	0,06	<0,01	0,94

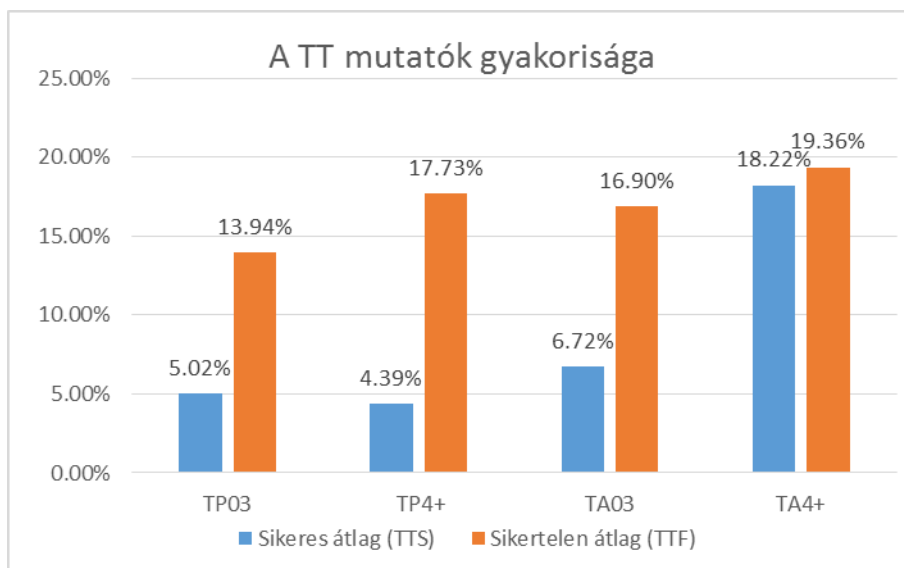
9. táblázat. A pszichológiai tartalomelemzés mutatói az aktív-passzív és a gyakorisági hatások mentén. A szabadságfok minden esetben 1, 24.

1.3.1 A *Therapeuta testi érzetek* (TT) mutatók

A sikeres *Therapeuta testi érzetek* mutató (TTS) esetében mindkét főhatás, illetve a kettő közötti interakció is szignifikáns volt (a pontos eredményeket és a szignifikanciát ld. a 9. táblázatban). Az adatok vizsgálatából az tűnt fel, hogy a TA4+ csoport erősen kiugró értéket (átlag: 18,22 %, szórás: 6,63 %) mutatott a másik három csoporthoz képest (TP0-3 átlag: 5,02 %, szórás: 3,65 %; TP4+ átlag: 4,39 %, szórás: 1,68 %; TA0-3 átlag: 6,72, szórás: 6,01 %). Mivel lehetséges, hogy a főhatásokat csak ez az egy kiugró csoport okozta, ezért egy Tukey post-hoc tesztet is elvégeztünk, összehasonlítandó mind a négy csoportot. A teszt eredménye megerősítette a gyanúkat, mivel csak a TA 4+ csoport mutatott szignifikáns eltérést a többi csoporttól (minden p érték legalább <0,01). Ez azt jelenti, hogy a főhatásokat is ez a kiugró csoport okozta.

A sikeres pozitív *Therapeuta testi érzetek* mutató (TT+S) esetében is hasonló eredményeket találtunk, mint a TTS mutatónál: a két szignifikáns főhatás melletti szignifikáns interakció úgy értelmezhető, hogy a TA4+ csoport kiugróan magas értéke (átlag: 13,51 %, szórás: 3,58 %) okozta a főhatásokat is (ezt alátámasztotta a Tukey post-hoc teszt is). Arra, hogy mi okozza ezt a kiugró eltérést, hogyan magyarázható az a jelenség, hogy a TA4+ csoport a sikeres esetekben ennyi pozitív testi érzetet említ a másik három csoporthoz képest, az eredmények megvitatásánál még visszatérünk.

A 9. ábrán az is jól látható (a szórások értékeit ld. a 7-8. táblázatban), hogy egyedül a TA4+ csoportban nem mutatkozik az az erős tendencia, amit az 1.2 pontban találtunk, hogy a TT mutató relatív gyakorisága szignifikánsan nagyobb a sikertelen eseteknél, több mint kétszer akkora a sikeresekhez viszonyítva a negatív testi érzeteknek köszönhetően. 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, akik szintén magas testi tudatossággal rendelkeznek, a sikertelen esetek TT-je, döntően negatív testi érzetekkel, több mint négyszerese a sikeres esetek TT mutatójának, mely túlnyomórészt pozitív érzeteket tartalmaz (TTF átlag: 17,73 %, szórás: 6,33 %; TTS átlag: 4,39 %, szórás: 1,68 %).



9. ábra: A TT mutatók relatív gyakorisága a sikeres és a sikertelen esetekben a négy csoportban

A sikeres esetekben még egy érdekes tendencia mutatkozott a pozitív és negatív TTS mutatók (TT+S, TT-S) egymáshoz viszonyított arányában. Míg az általános tendencia itt az volt, ami három csoportnál is hasonlóan működött, hogy a sikeres esetekben a TT+S magasabb volt, mint a TT-S, tehát több pozitív testi érzetről számoltak be a terapeuták, a TP0-3 csoportban ez a tendencia nem érvényesült. A TT+S és TT-S mutatók különbségét vizsgálva azt találtuk, hogy itt is mindkét főhatás szignifikáns mértékben befolyásolta az eredményeket (aktív-passzív: $F(1,24)=16,80$, $p<0,001$), gyakorlás gyakorisága: $F(1, 24)= 15,15$, $p<0,001$).

1.3.2 Validitás vizsgálat

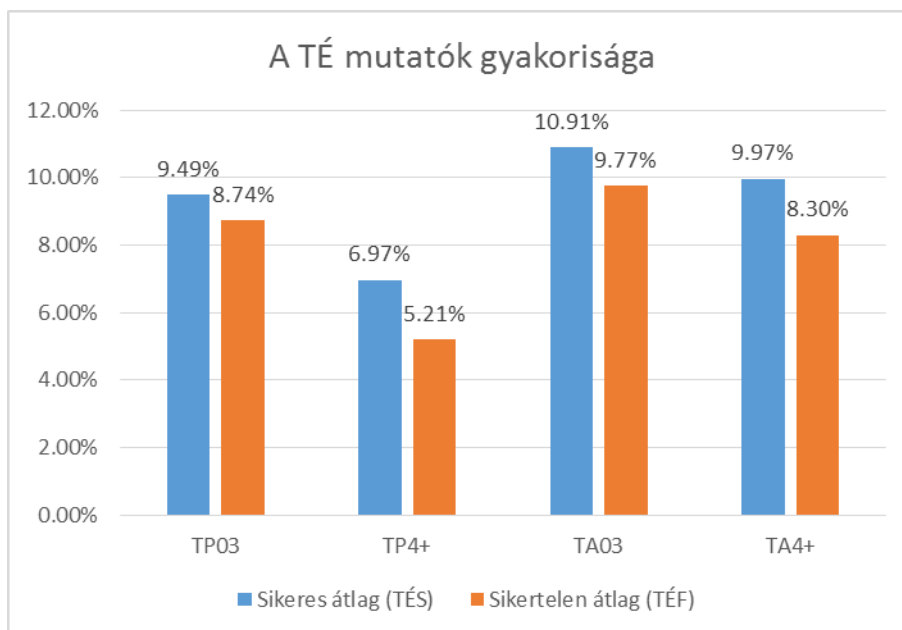
Mielőtt a többi mutatóra rátérnénk, itt érdemes egy kitérőt tenni a TT mutató és a kutatásban alkalmazott egyéb testi tudatosságot mérő eszközökkel mért értékek összefüggéseinek feltárására. A validitás vizsgálatára korreláltattuk a BAQ-H, MAIA skála értékeit a sikeres TT (TTS), a sikertelen TT (TTF) 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 összefüggést 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 itt a negatív sikertelen TT-vel (TT-F) mutatott szignifikáns együttjárást ($r=0,463$, $p=0,013$), a pozitívval (TT+F) nem ($r=-0,154$, $p=0,433$). A BAQ-H esetében is ebbe az irányba mutatott a tendencia, de nem volt szignifikáns az együttjárás (TT-F és BAQ-H: $r=0,313$, $p=0,105$).

1.3.3 A *Terapeuta érzelmek* (TÉ) mutatók

A sikeres és a sikertelen esetekben az összesített *Terapeuta érzelmek* mutatók (TÉS, TÉF) relatív gyakoriságát a 10. ábra külön is mutatja (a szórások értékeit ld. a 7-8. táblázatban). A sikeres TÉS, TÉ-S, TÉ+S mutatókban nem volt szignifikáns eltérés sem az aktív-passzív testtudat, sem a gyakorlás gyakorisága szempontjából. A sikertelen TÉF, TÉ-F és TÉ+F mutatók esetében is hasonló nem-szignifikáns hatásokat találtunk az aktív-passzív testtudat és a gyakoriság tekintetében (a pontos eredményeket és a szignifikanciát ld. a 9. táblázatban). Tehát valamennyi csoportban hasonló gyakorisággal említették a negatív és pozitív érzelmeket, mind a sikeres, mind a sikertelen esetekben, ami egybevág a hipotézisünkkel a közepes tartományba eső érzelmek észlelésének viszonylagos függetlenségéről a testtudati jártasságtól.

Bár több mutatónál kifejezetten kis százalékokról beszélünk ahhoz, hogy biztosat állíthassunk (pl. TÉ-S, TÉ+F, ld. 7-8. táblázat). A sikertelen esetekben például a testi érzetekhez képest jóval kevesebb érzelmet (TÉF összesen átlag: 8,02 %, szórás: 5,18 %; TTF összesen átlag: 16,79 %, szórás: 8,11 %) említettek beszámolóikban a terapeuták, és ez az egyes csoportok TÉF mutatóinál is hasonlóképpen alakult (ld. 8. táblázat).

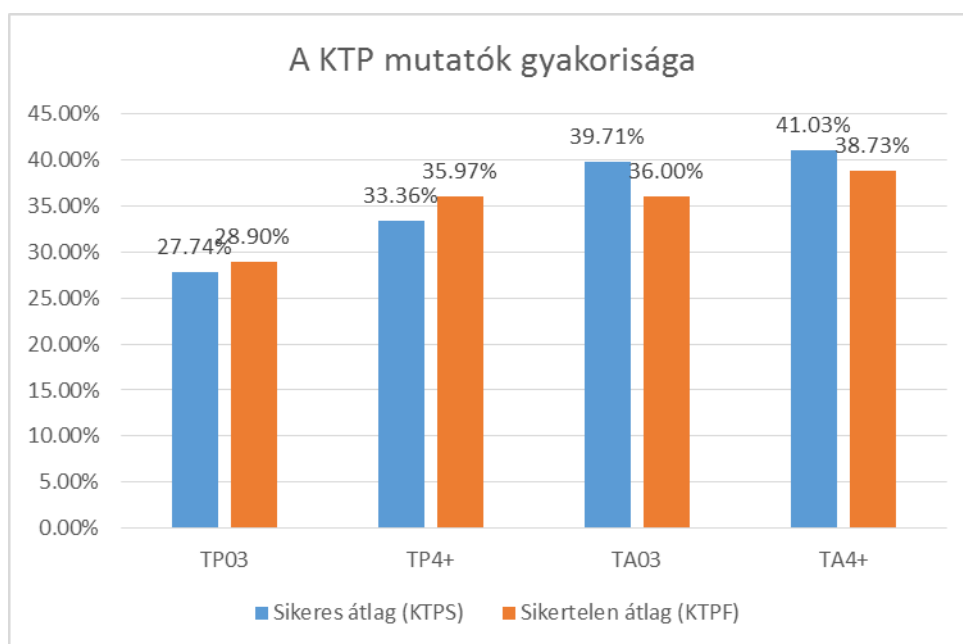


10. ábra: A TÉ mutatók relatív gyakorisága a sikeres és a sikertelen esetekben a négy csoportban

1.3.4 A Kapcsolati jegyek (KTP) mutatók

Az előzetes feltevéseink szerint a *Kapcsolati 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 11. ábra a *Kapcsolati jegyek* (KTP) mutatók esetében is összefoglalja a négy csoport sikeres és sikertelen esetekben mutatkozó eltéréseit a gyakoriságokban (a szórások értékeit ld. a 7-8. táblázatban). 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 (ld. 9. táblázat).



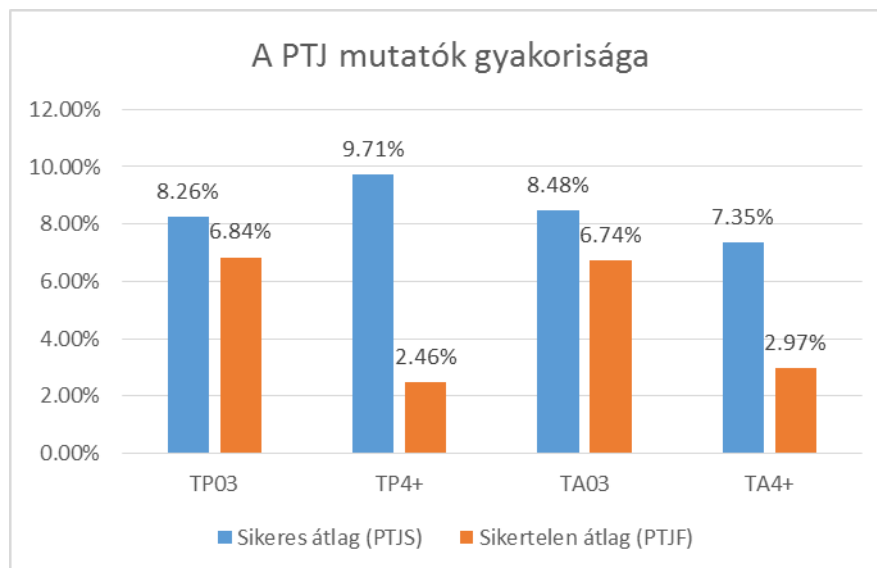
11. ábra: A KTP mutatók relatív gyakorisága a sikeres és a sikertelen esetekben a négy csoportban

A sikeres esetek negatív *Kapcsolati jegyek* mutatója (KTP-S) esetében a faktoriális ANOVA az aktív-passzív testtudat szignifikáns főhatását mutatta ki ($F(1, 24)=5,27$, $p=0,03$). Míg a másik főhatás, illetve az interakció nem érte el a szignifikanciát (ld. 9. táblázat). A KTP+S mutató esetében viszont mindkét főhatás elérte a szignifikanciát (aktív-passzív testtudat: $F(1, 24)=4,30$, $p=0,049$; gyakorlás gyakorisága: $F(1, 24)=5,47$, $p=0,03$). Az aktív csoportok, illetve a nagyobb rendszerességgel gyakorló csoportok esetében magasabb KTP+S mutatót találtunk (ld. 7. táblázat). A két faktor közötti interakció nem volt szignifikáns. A sikertelen esetek negatív és pozitív *Kapcsolati jegyek* mutatói (KTP-F, KTP+F) esetében nem mutatott szignifikáns eltérést a faktoriális ANOVA (ld. 9. táblázat).

1.3.5 A *Páciens testi jegyek* (PTJ) mutatók

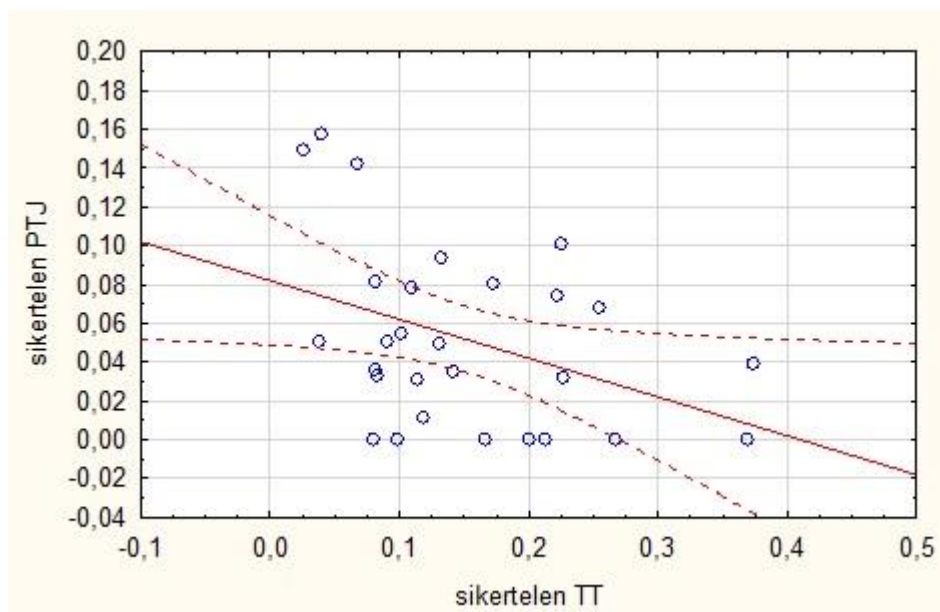
A sikeres és a sikertelen esetekben a *Páciens testi jegyek* mutatók (PTJS, PTJF) relatív gyakoriságát a 12. ábrában tüntettük fel (az átlagok és szórások értékeit ld. a 7-8. táblázatban). A sikeres PTJS mutatókban nem volt szignifikáns eltérés sem az aktív-passzív testtudat, sem a gyakorlás rendszeressége szempontjából. A sikertelen PTJF mutatók esetében is hasonló nem-szignifikáns hatást találtunk az aktív-passzív testtudatnál, viszont a gyakoriság tekintetében már egy olyan tendenciát, mely nagyon közel volt a szignifikánshoz ($F(1, 24)= 3,86$, $p=0,06$). A 12. ábrán jól látszik, hogy a

testtudati technikát rendszeresebben gyakorló csoportok (TP4+ és TA4+) kevesebb páciens testi jegyet említettek a sikertelen esetekben, mint a másik két csoport tagjai, és ahhoz képest is sokkal kevesebbet, mint amennyit a sikeres esetekben felidéztek.



12. ábra: A PTJ mutatók relatív gyakorisága a sikeres és a sikertelen esetekben a négy csoportban

A jelenség feltárásához még elvégeztük a *Páciens testi jegyek* (PTJ) és a *Terapeuta testi érzetek* (TT) mutatók együttjárásának vizsgálatát is, mert azt feltételeztük, hogy a testi tudatosság magasabb szintje azzal járhat együtt, hogy a páciens testi jegyei helyett inkább arra fókuszálnak a terapeuták, hogy milyen testi érzet keletkezik bennük a páciens hatására, és ez a két mutató negatívan fog korrelálni egymással. A PTJ mutatók és a TT mutatók együttjárását vizsgálva azt találtuk, hogy a sikeres TTS és a sikeres PTJS mutatók közötti negatív korreláció csak tendencia szinten volt szignifikáns ($r = -0,33$, $p = 0,086$), míg a sikertelen TTF és PTJF mutató közötti negatív korreláció szignifikáns volt ($r = -0,39$, $p = 0,039$) (ld. 13. ábra).



13. ábra: A sikertelen PTJ és TT negatív korrelációja. A folytonos vonal a legjobban illeszkedő egyenest mutatja, míg a két szaggatott vonal a 95%-os konfidencia-intervallumot.

1.3.6 A TT, TÉ, és KTP mutatók együttjárásai

Megnéztük a többi mutató együttjárásait is sikeres és sikertelen esetekben a testtudati technikák gyakorlásának gyakorisága szerinti csoportbontásban (0-3 és 4+), hogy az ebben fellelhető mintázatokból a kapcsolati kompetenciák működésére vonatkozó megállapításokat tehesünk. A *Terapeuta testi érzetek* (TT), a *Terapeuta érzelmek* (TÉ) és a *Kapcsolati jegyek* (KTP) mutatóinak együttjárásait a 10. táblázatban tüntettük fel. A táblázatban az együttjárásban vizsgált két változó oszlopai után a 4-5. oszlop a ritkán vagy nem gyakorlók korrelációs együtthatóit és ezek szignifikancia értékeit tartalmazza, míg a 6-7. oszlop a nagyobb rendszerességgel (heti 4 alkalommal vagy többször) gyakorlókét.

A 10. táblázatból jól látható, hogy a sikeres és sikertelen esetekben más szignifikáns hatások és tendenciák érvényesültek. A sikeres esetekben a testtudati technikát nagyobb rendszerességgel gyakorlók csoportjában azt láthatjuk, hogy a TTS és KTPS ($r=0,717$), valamint a TÉS és a KTPS ($r=0,608$) 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.

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

10. 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 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 ($r=0,694$). Míg ennél a csoportnál a terapeuta testi érzetei helyett az érzelmei jártak együtt negatívan a kapcsolati jegyek mutatójával, vagyis minél több érzelemtől 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.

A kapott eredmények értelmezésére és a kapcsolati kompetenciák közül a hitelességgel való összekapcsolására a megvitatás részben részletesen ki fogunk térni.

2. vizsgálati kérdés – Találkozás pillanatok

A vizsgálati kérdésben arra kerestük a választ, hogy kimutathatók-e és ha igen, milyen indikátorok mentén a találkozás pillanatok a sikeres és sikertelen esetekről szóló beszámolókból. Feltételezésünk szerint nemcsak az egyes testi érzetek, érzelmek és kapcsolati megnyilvánulások, valamint ezek együttjárásai mutathatók ki a szövegből, hanem olyan komplex jelenségek is, mint például a találkozás pillanatok. Az affektív és empátias hangolódás kiemelkedő eseményei, ahogy Stern meghatározta a jelen pillanat ilyen felfokozott eseteit, jól felidézhetőek, sokszor több éven át megmaradnak az emlékezetben, és így előfordulhatnak a terápiás beszámolóban is (példák a 4. mellékletben). Feltevésünk szerint ezeknek a kiemelt pillanatoknak fontos szerepük van a sikeres és sikertelen esetek elkülönítésében, és jelenlétüknek bejósoló ereje lehet a terápia kedvező kimenetele szempontjából.

A szövegben a tartalmi elemek mellett egy formai jellegzetességből is könnyen felismerhetőek voltak a találkozás pillanatokra utaló mondatok. Mivel a szöveg nagy részében csak egy-egy kódolt tartalom bukkant fel, majd akár pár mondatig semmi, amikor hirtelen két-három mondatban besűrűsödtek a kódok, akkor lehetett tudni, hogy ott valami fontos történés zajlott érzelmi és kapcsolati szempontból is. Akár egy mondaton belül is több kódra volt szükség, és pár mondaton keresztül jelentősen megugrott a kódolandó tartalmak száma. Ezeknél a sűrűsödéseknél vagy találkozás pillanatokot találtunk, vagy a „most pillanatok” olyan eseteit, mikor ez a találkozás nem tudott létrejönni valamilyen oknál fogva, de erős érzelmek keletkeztek egyik, másik vagy mindkét félben a terápiás kapcsolatban (ld. példák a 4. mellékletben).

A jelen pillanatokra jellemző idő kitágulását is jól lehetett érzékelni ezekben az esetrészletekben. Az esetek beszámolóit sokszor hosszú időtartamot, több hónapot, évet fogtak át pár mondatban vázlatosan. Amikor találkozás pillanat leírására került sor, akkor pár másodperces epizódokról részletes, sok mondatos beszámoló következett.

Ezek a formai jegyek később akár egy számítógépes, automatizált elemzés lehetőségét is segíthetik.

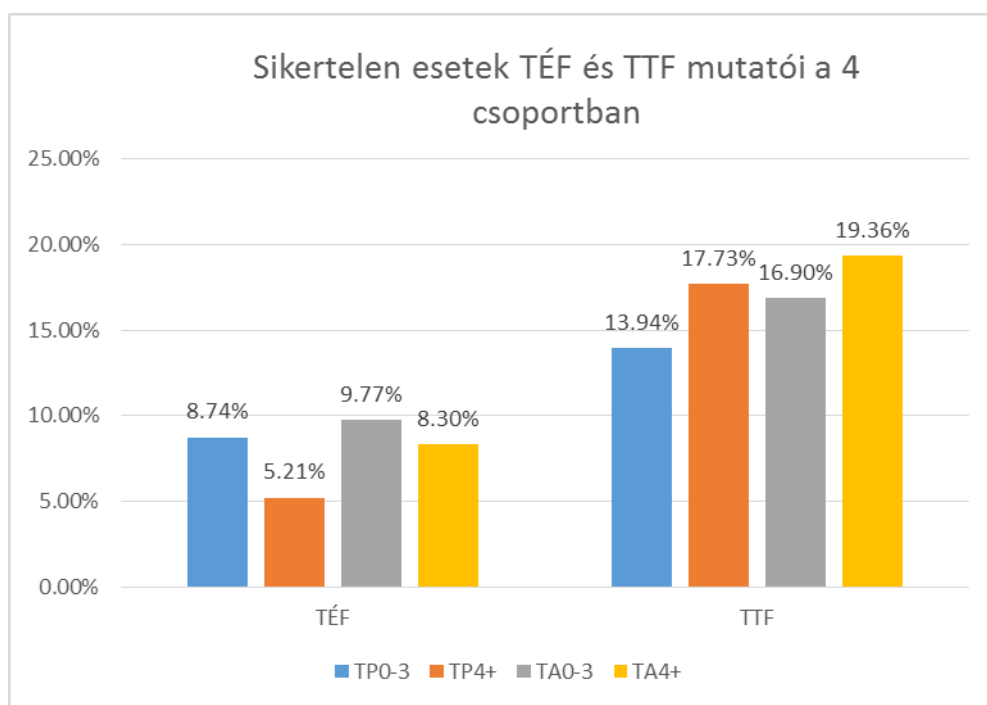
Az eredményeket tekintve a sikeres esetek 85,7 százalékában (28 esetből 24-ben) találtunk találkozás pillanatra utaló szövegrészeket, melynek különböző testi érzet (pl. affektív hangolódás), érzelem (pl. empátia) és kapcsolati tényezői (pl. „csak ültünk együtt csendben”) a megfelelő mutatókban kerültek kódolásra. A sikertelen eseteknek mindössze 21,4 százalékában (28-ból 6 esetben) fordult elő találkozás pillanat. A sikertelen vagy nehéz eseteknél alapvetően két jellemző esettípust említettek a terapeuták. Az egyik típusba azok az esetek tartoztak, amelyek hamar véget értek, a páciens valamilyen okból kimaradt a terápiából viszonylag a folyamat elején. Ezeknél az eseteknél nagyon gyakran voltak jelen a 4. mellékletben szereplő létre nem jövő vagy elvétett találkozás pillanatok példái (ld. még a Megküzdés és testtudat fejezetben Stern gondolatait a témáról). A másik csoportba azok a hosszan, akár több évig is elhúzódó terápiás esetek kerültek, melyekben valahol elakadt a folyamat, és a kisebb részsikereken kívül nem lehetett átütő eredményről beszámolni. A hosszabb folyamatokban előfordultak találkozás pillanatok a sikertelennek ítélt esetekben is, és véleményünk szerint ezek a találkozás pillanatok itt is változást hoztak a folyamatba, még ha ezek csak részeredményeket jelentettek is.

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.

A találkozás pillanatokról azt feltételeztük, hogy a terapeuta szemléletétől, módszerétől függetlenül megjelennek a terápiás folyamatban, különbségek csak abban lehetnek, hogy mennyire tudatosulnak ezek, mint fontos kapcsolati és változást előidéző események. A sikeres esetekben összesen 4 terapeuta nem említett találkozás pillanatot a beszámolójában. Ebből 1 terapeuta pszichoanalitikus, 2 kognitív szemléletű volt, és 1 fő egyéb nonverbális módszert alkalmazott túlnyomórészt a munkájában. Ha a relatív gyakoriságokat nézzük, a pszichoanalitikus szakemberek 92,3 százaléka számolt be találkozás pillanatról a sikeres esetek kapcsán, a kognitív terapeuták 71,43 százaléka, míg az egyéb nonverbális módszerrel dolgozók 87,5 százaléka. A csoportok közötti eltérés a várakozásnak megfelelően nem volt szignifikáns.

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

Az utolsó vizsgálati kérdéskör feltárásához, mely arra irányult, hogy a testi érzetek nemcsak az érzelmek egyik tényezőjeként, hanem önálló jogon is érdemesek lehetnek-e a figyelemre a terápiás hatékonyságvizsgálatokban, az eddig bemutatott eredmények már több szempontból is hozzájárultak. Először is az tűnik ki az interjú kutatásból, hogy a sikertelen esetekről szóló beszámolókból szignifikánsan jóval nagyobb gyakorisággal említették a terapeuták a testi érzeteket (16,8 %), mint az érzelmeket (8 %) ($t(27) = -4.78, p < 0,001$). A 4 csoport mindegyikében szignifikánsnak bizonyult ez az eltérés a TÉF és TTF mutatókban, különböző mértékben (14. ábra).



14. ábra: A sikertelen TÉF és TTF mutatók gyakoriságai a 4 csoportban

Másrészt az érzelmek és a testi érzetek együttjárása a kapcsolati mutatóval is figyelemreméltó különbségeket mutatott (ld. 10. táblázat). 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. Az ide kapcsolódó további értelmezések már átvezetnek a következő részbe, melyben az interjú kutatás szerteágazó eredményeinek megvitatásával, és lehetséges következtetéseket levonásával folytatjuk az elemzésünket.

Diszkusszió

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, különösen azokra, melyek a figyelmi, érzelmi és megküzdési kapacitásokkal lehetnek kapcsolatban. Ezért a mérőeszközök összesített eredményén kívül, megnéztük az eltérő csoportok egyes 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 terapeuták által 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 kérdőív figyelemszabályozási kapacitást mérő dimenziója, mely például arra utal, hogy a vizsgálati személy mennyire képes a figyelmét bizonyos testi érzetekre irányítani és

fenntartani, hasznos mutatója lehet annak, hogy a nagyobb rendszerességgel gyakorlóknál rámutasson arra a megnövekedett kapacitásra, amely a terápiás munkában is jól alkalmazható. Ennek megfelelően a *Figyelemszabályozási kapacitás* alskála esetén szignifikánsan magasabb értékeket mértünk a rendszeresebben gyakorlóknál.

A MAIA *Test-lélek integritás tudatossága* dimenzió három faktora pedig, mely a testi tudatosság magasabb, fejlettebb szintjeihez való hozzáférést méri szintén jól elkülönítette a rendszeresen gyakorlókat a ritkán vagy soha nem gyakorlóktól. A testi érzetek monitorozásában a terapeuták kevésbé, csak tendencia szinten különböztek, vagyis a rendszeresebben gyakorlók magasabb értékei kevésbé bizonyultak jelentősnek. Viszont az érzelmi tudatosságban, hogy a személy mennyire van tudatában a testi érzetei és az érzelmi állapotai közötti kapcsolatnak, valamint az önszabályozásban, vagyis abban, hogy mennyire képes a testi érzetei által kiváltott érzelmi válaszokat és a viselkedést szabályozni, megküzdési azokkal, már jelentős előnyben voltak a nagy rendszerességgel gyakorlók.

Ezen eredmények megvitatása lehetőséget nyújt arra, hogy az elméleti háttérben tárgyalt témákhoz is visszakapcsolódjunk. A terapeuta a páciens élményeinek megtapasztalása közben mindvégig saját érzeteire, valamint kognitív és affektív asszociációira is figyel. Ez a koncentrált figyelem, vagy figyelemváltási képesség nagy terhet róhat a terapeutára, véleményünk szerint azonban a testtudati figyelem gyakorlataival hatékonyan fejleszthető. Ezt támogatják azok az eredmények is, melyeket a testtudat többdimenziós konstrukciójának mérésekor a figyelemkapacitási dimenzió esetén kaptunk. Mivel a segítő hivatásban az altruista és empátiás élménymód nagy érzelmi és intellektuális kapacitást igényel, ha nincs lehetőség a regenerálódásra, a kimerülés, a kiegész veszélyét is magában hordozza. Kulcsár (2002) a kiegészzt az empátiás kapacitás kimerülésére vezeti vissza. Jelen tanulmányban a szupervíziós támogatás mellett a testtudati technikák fontos szerepét emeltük ki a kiegész megelőzésében és a nehéz helyzetekkel való megküzdésben, melyek hatékonyan képesek megújítani az empátiás és figyelmi kapacitásokat, amennyiben rendszeresen gyakorolják őket a terapeuták.

Ez a megállapítás tovább is vezet bennünket a következő hipotézishez, melyben azt a feltételezést vizsgáltuk, hogy a terapeuták testtudati gyakorlásának aktív vagy passzív természete valamint rendszeressége hatással van-e a stressz és megküzdési kapacitások egyensúlyára. Az általunk a kutatásban használt tágabb megküzdés

munkadefiníció mindazokat a gondolatokat, érzéseket és viselkedésformákat magába foglalta, melyek a lelki egyensúlyt veszélyeztető tényezők kezelésére irányulnak. Ezek közül a testtudati technikákat, mint hatékony megküzdési módokat azért is fontosnak tartottuk kiemelni, mert a téma szakirodalmában és a benne szereplő vizsgálatokban erősen túlsúlyban vannak a kognitív stratégiák egyéb technikái.

Összefoglalva a stressz és megküzdéssel kapcsolatos eredményeket, nem vethető el az a hipotézis, miszerint a terapeuták testi tudatosságának mértéke összefüggésben van a stressz és megküzdési kapacitások egyensúlyával, és a megküzdéssel szoros pozitív együttjárást mutat. 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. Ez a csoport mutatta a megküzdési mutatókban is a legmagasabb értékeket az *Egészségmagatartás* kivételével.

A stressz mutatói közül a legkevesebb testi tünetről az aktív testtudati technikát nagyobb rendszerességgel gyakorlók (TA4+) számoltak be, míg a legtöbbről a jelenleg ritkán vagy egyáltalán nem gyakorlók (TA0-3). Ezt a tendenciát az aktív mozgás hiányán túl, mely okozhatja a korábban sok mozgásos tevékenységet végzőknél a testi tünetek felerősödését, az is magyarázhatja, hogy az aktív csoportban még a jelenleg ritkán gyakorlóknál is magas lehet a testi tudatosság szintje, jobban monitorozzák a testi érzeteiket, és ez a figyelem több tünet észlelését is lehetővé teszi. Hogy melyik magyarázat a helyénvaló, ahhoz további vizsgálatok szükségesek.

Más stressz mutatók értékei is a testtudati gyakorlás gyakoriságának hatását támasztották alá. A *Pszichológiai tünetek*nél a rendszeresebben gyakorlók kevesebb tünetet említettek (TA4+, TP4+), mint a ritkán gyakorlók (TA0-3, TP0-3). A legmagasabb értékeket itt a passzív testtudati technikát ritkán vagy nem gyakorló csoportnál (TP0-3) mértük. A *Magatartás és érzelmek* mutatója szintén a gyakorlás rendszerességének tendenciaszintű hatását mutatta, vagyis alacsonyabb volt a TP4+ és TA4+ csoportokban, míg magasabb a TA0-3 és TP0-3 csoportoknál.

A megküzdés mutatóinak esetében két helyen is jelentős különbségek voltak a négy csoport között. Az *Egészségmagatartás* a TA4+ csoportban kapta a legmagasabb

értéket, őket követve nem várt módon a TP0-3, majd a TP4+ és végül a TA0-3. Az *Elégedettség az élettellel* mutatónál a TP4+ csoport érte el a legmagasabb értéket, majd a TA4+ következett, nem sokkal lemaradva tőle a TA0-3 csoport, és végül a TP0-3. Az alacsony elemszámok és a mérőeszköz ez utóbbi alskálájának alacsony reliabilitása azonban csak korlátozott értelmezésekhez vezethet. Az mindenesetre ezekből az eredményekből is kitűnik, hogy az aktív és a passzív testtudati technikát nagy rendszerességgel vagy ritkán gyakorlók jellemzően eltérnek a különböző stressz és megküzdési mutatókban.

A megküzdés hagyományos felfogásában két elméleti irány fejlődik egymás mellett, mindegyikben az az alapvető kérdés, hogy bizonyos megküzdési módok adaptívabbak-e másoknál, eredményesebben használhatók-e. Míg a diszpozicionális megközelítés azért volt érdekes számunkra, mert a vonás jellegű testi tudatosság (body consciousness) területéhez kapcsolódva azt a feltételezésünket erősítette meg, hogy a testi tudatosság jelenléte különböző konfliktushelyzetekben egyfajta megküzdési stratégiaként alkalmazható a nagy rendszerességgel gyakorló terapeutáknál. A szituatív megközelítés pedig annak a komplex terápiás helyzetnek a leírására alkalmazható eredményesen, hogy a terápiás folyamat mely részén, speciálisan mely testtudati megküzdési módok lehetnek hatékonyak. Ez utóbbi megközelítés vizsgálatához az interjú kutatásban találhatunk kiindulópontokat a jövőbeni kutatások számára.

Az interjú kutatás megvitatását a validitás vizsgálat ide vágó eredményeivel kezdjük, melyben azt néztük meg, hogy az általunk az érzelmektől külön vizsgált *Terapeuta testi érzet* (TT) mutató és különböző komponensei, mennyire jártak együtt a kérdőíves testi tudatosság konstrukcióival. A MAIA és a BAQ-H skálakon 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 tételekkel.

A TT mutatóban azonban voltak olyan összetevők, melyek kevésbé szoros együttjárásokat eredményeztek a testi tudatosság kérdőíves skáláival. Ezek a gyengébb korrelációk abból is eredhettek, 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 eszközök nem méri, a szöveges beszámolókból azonban jól detektálhatók. Éppen ezek miatt a megfontolások miatt volt szükség az interjú kutatásra, 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 mutatózó 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 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 az elméleti részben említett megfigyeléshez, hogy a negatív testi érzetek tudatosulása az átlag populációnál általában gyakoribb, mivel evolúciós értéke van és ezért könnyebben detektálható, szemben a pozitív érzetekével, melyekhez már (aktív) testtudati jártasság szükséges. Azt a figyelemre méltó eredményt, hogy a TP0-3 csoport esetében nagyobb volt a negatív, mint a pozitív TT mutató még a sikeres esetekben is, szintén magyarázhatjuk azzal, hogy a negatív testi érzetek tudatosítása általában könnyebb, különösen a testi tudatosság mértékében átlagos értékeket mutató személyeknél.

Ugyanennek a gondolatmenetnek a következtében az a hipotézis is támogatást nyert, hogy mivel a sikertelen esetekben a negatív testi érzetek és érzelmek dominálnak, nemcsak a TT mutatókban kisebb a különbség a négy csoport között, hanem a TÉ mutatókban is. A *Terapeuta érzelmek* (TÉ) mutatóknál feltehetően azért sem láthattunk jelentős különbségeket a négy csoport között sem a sikeres, sem a sikertelen esetekben, mivel ebben a kategóriában a közepes erősségű, könnyen tudatosítható, kognitív értékelő aspektussal rendelkező érzetek szerepeltek, amelyek kevésbé függenek a testtudati jártasságtól.

Míg a sikertelen esetekben jobban hasonlított egymásra a négy csoport, nem találtunk szignifikáns eltéréseket közöttük, a sikeres esetekben több mutató értékei is jelentősen különböztek. A *Terapeuta testi érzetek* mutatóinak (TTS, TT+S) nagyobb eltérése a TA4+ csoportban annak lehetett köszönhető, hogy ott a finomabb testi folyamatok, vitalitás affektusok is szerepet játszottak, s ezek tudatosításának mértéke már valószínűleg a testi tudatosság szintjétől is függ. Ezzel szemben 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 élnének át, hanem arról, hogy ők ezeket tudatosabban képesek észrevenni, és később fel is idézni az esetekről szóló beszámolóikban.

A kutatásban tehát azért különböztettünk meg aktív és passzív testtudati technikán alapuló módszereket, mivel azt feltételeztük, hogy bár ugyanúgy a testtudati figyelemmel dolgoznak, a terápiás alkalmazásban 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. A két csoport gyakorlóik közötti különbségeket számos feltételezésben megvizsgáltuk.

A *Páciens testi jegyeire* vonatkozó említések gyakoriságában azt a tendenciát vártuk, hogy abban a terapeuta csoportban lesz a legmagasabb, amely a legalacsonyabb testi tudatossággal jellemezhető, mivel a terapeuta a saját testi érzetei helyett figyelmét inkább a páciens nonverbális jeleire fókuszálja. A kategóriába tartozó említések gyakoriságában olyan összefüggést kaptunk, hogy a sikeres esetekben tendencia szinten, a sikertelen esetekben pedig szignifikánsan egy közepes erősségű negatív korreláció volt a PTJ és a TT mutatók között. Vagyis sikertelen esetekben minél alacsonyabb testi tudatossággal jellemezhető a terapeuta, annál inkább a páciensek testi jegyeire irányítja a figyelmét a saját testi érzeteinek megfigyelése helyett. Az eredmények az eredeti feltevés mellett úgy is megfogalmazhatók, hogy a testi tudatosság magasabb szintjével rendelkezők sikertelen helyzetben inkább magukra fókuszálnak, a saját testi érzeteikben

keresik a helyzet megoldásának lehetőségeit, és nem a páciens megnyilvánulásait kísérik figyelemmel.

A *Kapcsolati jegyek* mutatók (KTP) tekintetében az aktív testtudati technikát gyakorló terapeutáknál mind sikeres, mind sikertelen esetekben magasabb gyakoriságot vártunk, mint a passzív csoportnál, mivel a passzív technikákban a gyakorló saját magára és a testére fókuszál, szemben az aktív csoport technikáival, melyekben a másik félre is figyelni kell. A két csoport közötti különbség csak a sikeres esetekben bizonyult jelentősnek, és a KTP+S (pozitív sikeres kapcsolati jegyek) esetében még az aktív-passzív dimenzió mellett a gyakorlás rendszerességének mértéke is hatást gyakorolt a kapcsolati mutató értékeire. A sikertelen esetekben tehát ennek a mutatóknak a mentén is jobban hasonlítottak egymásra a csoportok, ami azzal is magyarázható lehet, hogy minden terapeuta számára van olyan páciens, terápiás helyzet, amely nehezzé teszi 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 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 kiegészítve a testi érzetekkel, melyeknek szintén kongruenseknek kell lenniük a terapeuta kapcsolati megnyilvánulásaival, érthetővé válik, hogyan alakítottuk ki a hitelesség mutatóját a kutatásban a 10. táblázatban kapott mintázatok alapján.

A testi tudatosság mértékének függvényében, a testi érzetek, érzelmek tudatosítása és a kapcsolati kompetenciák összefüggése eltérő képet mutatott a gyakorlás gyakorisága mentén szétválasztott két csoportnál. Egyrészt magyarázhatjuk ezt az alapvető különbséget azzal, hogy a két csoport mire hallgat inkább egy terápiás kapcsolat alakítása során: a testi érzeteire vagy az érzelmeire. Pontosabban megfogalmazva egy példán keresztül, hogy az adott terapeutánál – attól függően, hogy milyen a testi tudatosságának a mértéke - a negatív testi érzetei vagy a negatív érzelmei befolyásolják-e jobban a terápiás kapcsolatot valamilyen negatív kapcsolati megnyilvánuláson keresztül. Ennek fordítottja, ha a pozitív érzelmek vagy testi érzetek vannak pozitív hatással a kapcsolat alakulására. Persze az együttjárás fordítva is jelen

lehet, hogy a negatív kapcsolati megnyilvánulások negatív testi érzeteket és érzelmeket okoznak, míg a pozitív kapcsolati történések pozitív érzeteket szülnek.

Ha az előbbi irányú hatásból indulunk ki, akkor a két csoport esetében azt mondhatjuk, 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 együttjárások 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 tehető meg, 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 ritkán vagy testtudati technikát nem gyakorló csoportban ellenben a negatív testi érzetek szoros pozitív korrelációban álltak a negatív kapcsolati megnyilvánulásokkal, ami arra utalhat, hogy ezek kevésbé szabályozhatóak számukra, míg a negatív érzelmek esetében történik valamilyen mértékű megküzdés.

A fenti megállapítások következtében a sikertelen, nehéz terápiás esetekben inkább arra kell törekednie a terapeutáknak, hogy ezekkel a negatív testi érzetekkel

valamiféle megküzdés történjen. Mivel bár rövidtávon a hitelesség a hatékonyság szempontjából ezekben az esetekben is fontos tényező lenne, 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 sikeres esetekről szóló beszámolókból a pozitív testi érzetek, érzelmek és kapcsolati megnyilvánulások magas arányának jelenléte arra utalhat, hogy ezek valamiféleképpen együtt járnak. Valószínűleg minél pozitívabb érzeteket kelt egy terápiás helyzet, annál pozitívabb kapcsolati megnyilvánulások történnek, és ezek egymásra oda-vissza hatásban fokozzák a terápiás hatékonyságot. Természetesen ezeknek a fenti következtetéseknek az igazolására még további vizsgálatok szükségesek, többek között azért is, mert azon az alapfeltevésen nyugszanak, hogy az esetekről szóló beszámolók, bár rekonstrukciók, mégis többé-kevésbé hűen tükrözik a terápiában zajlott folyamatokat.

A következő vizsgálati kérdésben arra kerestük a választ, hogy kimutathatók-e és ha igen, milyen indikátorok mentén a találkozás pillanatok a sikeres és sikertelen esetekről szóló beszámolókból. Azért tartottuk fontosnak e kiemelt pillanatoknak a szerepét, mert azt feltételeztük, hogy jelenlétüknek bejósoló ereje lehet a terápia kedvező kimenetele szempontjából. A kérdés vizsgálatában a terápiás változás természetéről szóló interszubjektív megközelítésből indultunk ki, mely azt hangsúlyozza, hogy a jelen pillanatoknak, a szubjektív tapasztalást alkotó 3-4 másodperces tudatosság egységeinek az összeadódásával jönnek létre nagy részben a járulékos terápiás változások, melyek lassú, progresszív folyamatokat takarnak (Stern, 2004). Ez a lassú, kapcsolati lépésekből álló folyamat ágyaz meg azonban egy másfajta változási módnak is, a találkozás pillanatoknak, melyek gyorsabb és drámaibb fejleményekhez vezetnek a terápiás folyamatban. Stern (2004) a találkozás pillanatokát a pszichoterápiás változás csomópontszerű tapasztalásainak tekinti, melyek sokszor a legemlékezetesebb pillanatokká válnak, sok év múlva is könnyen felidézhetők. A terapeuta és a páciens együtt vannak mentálisan, érzelmileg az összehangolódásnak, együttes tevékenységnek ezekben a különleges pillanataiban. Létrejöttének feltételei, hogy egymásra

fókuszáljanak a terapeuta és a páciens, erős érzelmek, és vitalitás affektusok mentén közösen legyenek jelen a pillanatban.

A szövegben tartalmi elemekből és formai jellegzetességből, a kódok csomópontok körüli sűrűsödéséből is könnyen beazonosíthatóak voltak a találkozás pillanatokra utaló mondatok. Az eredményeket tekintve a sikeres esetek 85,7 százalékában, a sikertelen eseteknek viszont csak mindössze 21,4 százalékában idéztek fel a terapeutáknak ilyen pillanatot, mely eltérés erősen szignifikáns volt. A gyakorlás rendszeressége mentén kettéosztott mintában azonban nem mutatkozott szignifikáns különbség sem a sikeres, sem a sikertelen esetekben említett találkozás pillanatok gyakoriságában. 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 mértéke és természete szerint.

A találkozás pillanatokról továbbá azt feltételeztük, hogy a terapeuta szemléletétől, módszerétől függetlenül megjelennek a terápiás folyamatban, különbségek csak abban lehetnek, hogy mennyire tudatosulnak ezek, mint fontos kapcsolati és változást előidéző események. Ebben az esetben éppen a hipotézisünket erősítette meg az az eredmény, hogy nem kaptunk szignifikáns eltérést a kognitív, az analitikus és a nonverbális terápiás módszert alkalmazó terapeuták között a találkozás pillanatok említésének gyakoriságában.

A találkozás pillanatok említésének magas aránya azért is jelentős, mert nem volt olyan kérdés, amelyben nyíltan kérdeztünk volna rá a jelenségre. A kérdések arra vonatkoztak a sikeres és sikertelen esetekben egyaránt, hogy olyan pillanatot idézzenek fel a terapeuták, amelyben „nem a szavak szintjén történt valami fontos változás a páciensnél”. Ha erre a kérdésre a találkozás pillanatok jöttek elő ilyen nagy arányban válaszként, akkor a terapeuták megítélése szerint is fontos szerepet játszanak ezek a pillanatok a terápiás változás tekintetében, így feltehetőleg előfordulásuk a terápia hatékonyságának jó indikátora lehet.

A testi tudatosság fontos szerepe a most pillanatok észlelésében és azok találkozás pillanattá való alakításában, valamint kezelésében, már az elméleti részben kifejtésre került. Ezekben a felfokozott pillanatokban számtalan testi érzet, érzelem

jelenik meg mind a terapeutánál, mind a páciensnél. A megfelelő affektív és empátiás hangolódáson túl szükség lehet a terapeuta figyelmi és megküzdési kapacitásainak erőteljes mozgósítására is, mely folyamatok mindegyikében sokat segíthet a különböző testtudati technikák rendszeres gyakorlása.

Stern műve a jelen pillanatról (2004) 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 lesznek. 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 pillanatokot 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 képességet, készségét.

Stern (2004) szerint a terapeutának ez a spontán és autentikus válasza a jelen pillanatban, ami leginkább elkülönítheti az implicit kapcsolati tudás ilyenfajta átdolgozását az analitikus munkamódban jellemző áttételi-viszontáttételi dinamikák megdolgozásától, és minőségi ugrást hozhat a terápiában. Ha a most-pillanatot a terápia normális menetéhez tartozónak tekinti a terapeuta, akkor megváltozhat a beállítódása

azzal a feszültséggel szemben, amelyet kelt, jobban képes megküzdeni a helyzettel, és adekvátabb, autentikusabb választ képes adni rá.

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 eddig bemutatott eredményei már több szempontból is érintették a kérdést. Az egyik ide kapcsolható megállapítás, hogy a sikertelen esetekről szóló beszámolóknak 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. 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. Az eredmények mélyebb értelmezéséhez és a következtetésekhez vissza kell kanyarodnunk az elméleti bevezetőben tárgyaltakhoz.

A kutatás kezdetén a különböző pszichológiai fogalmak, konstrukciók meghatározásának nehézségeivel találtuk szembe magunkat, többek között már a testi érzeteket definiálásakor. Ezeket sokáig csupán az érzelmek kapcsán tárgyalták a pszichológiai kutatásokban, s így a terület nem kapott elég figyelmet sem az akadémikus pszichológiában, sem a különböző alkalmazott területeken. Mindmáig hiányoznak az érzelmek területén is az átfogó elméletek és az elfogadott definíciók. 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 amellet érvelt, hogy a testi-fiziológiai összetevők nem járnak mindig szorosan együtt az érzelmek kognitív aspektusával, hanem egymástól függetlenül is előfordulnak. A kutatásban szintén abból indultunk ki, hogy ez a két jelenség külön utakat járhat be már a pszichoterápiás helyzetben is, majd később az erről szóló beszámolóknak, és más lehet a relevanciájuk is a terápiás folyamatban. Oatley és Jenkins (2001) az érzelem három rendszerének (kognitív-verbális, testi-fiziológiai és viselkedéses-kifejező) különböző funkcióiról és időbeli lefutásáról írva azt állították, hogy mivel sok testi változás is néhány másodpercen belül véget ér, ezekről az emberek többsége nem tud pontosan beszámolni. Azonban a dolgozatban ismertetett vizsgálat alapján egyértelmű, hogy a magas testi tudatossággal rendelkező terapeuták képesek lehetnek ezeket a testi érzeteket is tudatosítani, és akár hónapokkal később is felidézni. A szerzők az észlelt érzelmek tekintetében ezzel szemben arra jutottak, hogy azok a kognitív-verbális rendszer működése folytán percekig, órákig, akár tovább is eltarthatnak, és így ezekről könnyebben be tudunk számolni másoknak. Éppen ezért különösen érdekes az az eredményünk, hogy a sikertelen esetekben mégis ezekből az érzelmekből volt arányaiban kevesebb a beszámolóknak.

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 kutatásunk központi feltevése az volt, hogy nemcsak azokban a terápiás módszerekben lehet szerepe a terapeuta testtudati tapasztalatainak, melyeknek az eszköztárában kifejezetten alkalmaznak ilyen technikákat, hanem a döntően verbális eljárásokban is. Hiszen a verbális értelmezés explicit szintje mellett ezekben az eljárásokban is ugyanolyan fontos történések zajlanak az élmények implicit tartományában. A terápiás folyamatban a tudatos verbális anyag deklaratív újrendezésével egyidejűleg a kölcsönös megértés és az interszubjektív környezet megosztása alakítja ezt az implicit tudástartományt. 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 kutatásunkban továbbá azt feltételeztük, hogy a terápia kimenetelének bejósolhatósága függ a terápiás kapcsolat minőségétől, és a hatékony terápiás szövetséghez szükséges terapeuta jellemzőktől, köztük az olyan kapcsolati kompetenciáktól, mint az empátia, a hitelesség vagy az elfogadó attitűd. A különböző testtudati technikákon alapuló módszereknek a hatásait a páciensekre már több nemzetközi és hazai 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.

A testtudati technikákon alapuló módszerek önismereti, saját élmény céllal alkalmazva különböző módokon tudják támogatni a terápiás folyamatokat a szakember személyén keresztül. Egyes módszerek a terápiára való előzetes felkészülésben, vagy a terápiás ülés hatásainak utólagos kezelésében játszanak fontos szerepet, de léteznek olyanok is, melyek a terápiás foglalkozás közben nyújtanak gyors segítséget. Vannak

olyan módszerek, melyek a terapeuta páciensre irányuló figyelmi és empátiás kapacitásának kiterjesztését, mások a terápiás folyamatban keletkező saját testi érzeteinek és érzelmeinek tudatosítását és kezelését teszik lehetővé, például a stresszel való megküzdési kapacitások támogatásával. Megint mások az implicit kapcsolati tudás átdolgozását vagy a kapcsolati kompetenciák fejlesztését segítik elő. Jelen kutatásban egy egészségpszichológiai megközelítéssel arra helyeztük a hangsúlyt, hogy a terapeuták a saját testtudati gyakorlásukkal és a testtudati szemléletnek a terápiában való alkalmazásával, hogyan tudják fokozni a terápiás folyamat hatékonyságát.

Az interszubjektív megközelítéseket összekapcsoltuk egy új, interdiszciplináris paradigmával, melyben szintén a test és a testi érzetek szerepét hangsúlyozzák a kutatók, feltételezve a test-elme bonyolult, cirkuláris egységét, folytonos és kölcsönös egymásra hatását. Varela és munkatársainak (1991) testesült vagy testi elme hipotézise azt tételezi fel az emberi gondolkodásról, hogy az nem választható el a testtől, és nemcsak a fejben történik, hanem az egész fizikai és szociális környezetbe ágyazott szervezetben. Bár az egység koncepcióját ma már sok kutató magáénak vallja, a tudományos szóhasználatban még mindig nehéz kikerülni a szétválasztó terminusokat, mert hiányzik erre a megfelelő nyelvezet az új paradigmában. Így sokszor olyan – a test és elme különválasztásának implicit feltételezését hordozó – megfogalmazásokkal találkozhattunk a dolgozatban is, melyeket elméletileg kerülni igyekeztünk volna, de elégséges szókincs híján mégis alkalmazni kényszerültünk.

Ha a megismerés, a kogníció „megtestesült”, vagyis a testi tapasztalatok alapozzák meg, és arra épülnek rá a magasabb szintű elmetevékenységek, akkor ez a működésmód nemcsak gyermekkorban, hanem felnőttkorban is meghatározó lehet, és nemcsak a fizikai világ, hanem a társas környezet megismerésében is. A testesült elme mindig a testi, fizikai vagy társas környezetével együtt vizsgálható. A kognitív tudományokból építkező embodiment elméletek és a pszichoanalitikus megközelítésből eredő interszubjektív szemlélet más-más fogalmakkal, de hasonló folyamatokat írnak le a terápiás kapcsolatban. A kognitív irányzatban 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 folyamatosan működik.

Stern és munkatársainak vizsgálata a terápiás változásról szintén ezt a testi szintű kommunikációt támasztja alá az interszubjektív elméletek felől közelítve, olyan ide

kapcsolódó fogalmakkal, 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). A találkozás pillanatokban és az interszubjektív cserék folyamatában több kutató is kiemeli, hogy mennyire fontos a kapcsolati kompetenciák közül a terapeuta hitelessége, vagyis hogy a szavai és a nem verbális magatartása között érezhető harmónia legyen. A sikeres esetek tartalomelemzése is arra vezetett a vizsgálatunkban, hogy a testi tudatosságot nagyobb rendszerességgel gyakorlóknak ezt a hitelességet, mely a testi érzeteik, érzelmeik és a kapcsolati megnyilvánulásaik között áll fenn, nagyobb mértékben képesek megvalósítani.

Az alapvetően testi szintű affektív hangolódás és a kognitív tartalmakat is bevonó empátiás hangolódás elkülönítése után, az empátia és fiziológiai mutatóinak összefüggéséről írtunk a dolgozatban. Ennek kapcsán szó esett a pszichoterápiás munkában is megjelenő fiziológiai szinkronjelenségekről, melyek az empátiás észlelés megbízhatóságának fokozásán túl számos hatással bírnak. Fontosnak tartjuk még egyszer kiemelni, hogy az onkológiai betegekkel végzett terápiás munkában nem feledkezhetünk meg arról az akár zsigeri szintű kommunikációról a terapeuta és a páciens között, amely a terapeutában bármikor váratlan testi érzeteket válthat ki, vagy rossz közérzetet okozhat. Ilyen esetekben a szakembernek különösen figyelni kell a saját érzeteiben bekövetkező változásokra, és nagy testtudati jártasság szükséges ahhoz, hogy a hangolódás ne további veszélyekkel járjon a terapeutára nézve, hanem kezelni lehessen ezeket az érzeteket.

Az interjúbeszélgetések izgalmas részét képezték azok a példák is, melyeket ennek a jelenségnek a kapcsán említettek a terapeuták arra a kérdésre válaszolva, hogy: „Idézzon fel jellegzetes nehéz testi érzeteket, érzéseket a terápiás ülésekről!”. Ezeknek a válaszoknak az elemzésére már nem kerülhetett sor jelen írásban, pedig számos jó gyakorlat is előkerült benne a terapeuták megküzdési stratégiáiról ilyen helyzetekben. Páran említették, hogy a testtudati gyakorlásaik kezdetén, mikor a testi érzetek kiérzékenyítésének képességét már tudták működtetni, viszont ennek a működésmódnak a „kikapcsolását”, kontrollálását még nem, többször előfordultak ezzel kapcsolatban negatív élményeik. Az egyik jellegzetes helyzet, amelyhez hasonlókat szinte valamennyi

terapeuta átélt már az interjúk tanúsága szerint, akár testtudati módszerben gyakorlott, akár nem, hogy egy nehéz terápiás nap végén nem tud felülni a zsúfolt tömegközlekedési eszközre. Ezt valaki úgy oldja meg, hogy kerékpárral jár, ha teheti, de a legtöbben ilyenkor a gyaloglást választják. A fiziológiai szinkronjelenségek során a páciensről átragadó testi érzetek kiürítésére kitűnő gyakorlatnak tűnik ez az egyszerű módszer, hiszen a friss levegőn való gyaloglás során egyszerre szabadulnak fel stresszoldó kémiai vegyületek az agyban, valamint az önindította mozgásból származó proprioceptív és az egyéb interoceptív ingerek segítenek visszatalálni a terapeutának a saját testi érzeteihez.

Azonban a testi érzetek szinkronizálódása nemcsak ezekben a szélsőséges esetekben, erős, nehéz testi érzetek kapcsán jelenhet meg a pszichoterápiában, hanem az egész finom hangolódások, akár a szívritmus, a légzés, vagy a vitalitás affektusok szintjén is. A finom fiziológiai és érzelmi összehangolódásokat az úgynevezett találkozás pillanatokon keresztül vizsgáltuk, mivel ezekről az empatiszus összehangolódást elősegítő jelen pillanatokról a szakirodalom azt tartja, hogy nagyon erős terápiás hatással bírnak. A fentiek fényében már jobban kitűnik, hogy a testi tudatosságban mutatkozó különbségek, hogyan lehetnek hatással a terapeuta kapcsolati kompetenciáira és ezen keresztül a terápiás hatékonyságra is. Vizsgálatunkban azt feltételeztük, hogy mindezek a folyamatok nemcsak a terápia jelen pillanatainak mikroelemzéséből mutathatók ki, hanem bár rekonstrukciók, de a terapeuták sikeres és sikertelen esetekről szóló beszámolóit is magukba foglalnak erre vonatkozó különböző mintázatokat, melyek narratív és pszichológiai tartalomelemzéssel feltárhatók.

A pszichoterápia, mint sok független tényezővel bíró komplex rendszer felfogása napjainkban is nagy kihívás elé állítja a hatékonyságát vizsgáló kutatókat. Mivel ezekben a dinamikus rendszerekben a változás természete nem lineáris, hanem inkább ugrás jellegű (Kampis, 2001), így nem mondható meg pontosan, hogy mely ponton következik be a változás, és mi lesz a formája. Változás akkor jön létre Stern szerint (2004), ha a különféle tényezők oly módon összegződnek, hogy a rendszerben egy új minőség generálódik, ami a rendszer önszerveződéséből következik, és a rendszert új állapotba juttatja. Másképpen megfogalmazva, ha a terapeuta képes az affektív hangolódás megvalósítására és megfelelően interveniál, a páciens és a terapeuta, mint két nemlineáris dinamikus rendszer szinkronizálódni fog, s a terapeuta

ráhagyatkozhat a pszichoterápiás ülés káoszstruktúrájára (Schore, 1994 id. Tényi, 1997).

Most mégis egy lehetséges modellben megkíséreljük összefoglalni a sok tényezőt, mely ebben szerepet játszhat a fenti elméletek és vizsgálati eredmények tükrében, hogy bemutassuk, mely pontokon juthat szerephez a testi tudatosság képessége. A terápia vagy pszichoterápia, mint dinamikus rendszer a terapeuta, a páciens és a közöttük lévő interszubjektív mező építőelemeiből konstruálódik pillanatról pillanatra. Ebben befolyásoló tényezőkként vesznek részt a terapeuta és a páciens jellemzői, a jelen pillanatban adott test-lelki (testelmei) állapotuk, az elérhető figyelmi, empátiás és megküzdési kapacitásuk, melyek meghatározzák a kapcsolati kompetenciák működését is. Ezek a kapcsolati kompetenciák szabályozzák explicit szinten a verbális tartományban zajló interakciókat, és az implicit szinten zajló interszubjektív cserék történéseit is, melyek az előbbiek érzelmi háttérét adják. Miközben cirkuláris oda-vissza ható folyamatok zajlanak a terapeuta és a páciens között ebben az implicit tartományban, ugyanez a bonyolult cirkularitás működik mindegyikük teste-elméje vonatkozásában is.

A testtudati technikák a terapeutát már a terápiára való felkészülésben is segíthetik, hogy olyan testi-lelki állapotban menjen az ülésre, melyben figyelmi és érzelmi kapacitásai fel vannak töltve, és tudatában van aktuális testi érzeteinek. A terápiás folyamatban ugyanis a páciensre való hangolódás során számos olyan testi érzet, érzelem kerülhet át rá, melyek pontos felismeréséhez és kezeléséhez szüksége lehet saját állapotának ismeretére. A terapeuta testi érzetei akkor tudnak megfelelő információként szolgálni, ha elkülöníthetők benne a saját érzései és a pácienshez való empátiás viszonyulásból eredő különböző paralel és reaktív érzetek. A páciens sokszor nehéz érzéseit, érzelmeit tartalmazni, átdolgozni és megfelelő időben visszatükrözni is akkor lehetséges, ha mindezeknek a folyamatoknak a tudatosítása minél alaposabban megtörténik. A testi tudatosság képessége ebben is kiemelt szerephez jut, nemcsak a terapeuta saját érzéseire való reflektálásban és az azokkal való megküzdésben. A terápiás ülés alatt is alkalmazhatóak egyes testtudati technikák a nehéz helyzetek kezelésére, akár a páciens számára észrevétlenül. A terapeuta egészségvédelme szempontjából azonban még jelentősebb, hogy ezek a módszerek a terápiás ülések után is lehetőséget nyújtanak arra, hogy újra feltöltődjenek a lemerült figyelmi és empátiás kapacitások.

Zárszó

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 még 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 módzatainak 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.

Ez a módszertani gazdagság a testi érzetek élményvilágának sokszínűségéből is fakad. Bár ebben a kutatásban a mérés egyszerűsítése végett csupán negatív és pozitív testi érzeteket különítettünk el, ez a terület vizsgálatának kezdeti szakaszáról árulkodik. A korábbi negatív testi érzeteket hangsúlyozó kutatásokkal szemben a jelenség pozitív oldalát is megközelítő szemlélet már egy jelentős előrelépés. A jövőbeni kutatások célja lehet a testi érzetek minél finomabb differenciálása és elemzése.

Köszönetnyilvánítás

Szeretném megköszönni a *Testből szőtt elmék* c. tanfolyam valamennyi résztvevőjének és oktató társamnak, Hoppál Dorottyának, valamint Ormay Istvánnak az inspiráló tapasztalataik megosztását. Az interjúkutatásban résztvevő szakembereknek a mély beszélgetéseket, valamint a Mosoly Alapítvány terapeutáinak és stábjának a sok éves együtt gondolkodást és a lelkiismeretes, magas színvonalú munkát. Sokat tanultam a találkozás pillanatokról a Thalassa Ház lakóitól, akik a mozgás- és táncterápiás csoportjainkon részt vettek. A témavezetésért Ehmann Beának és Vermes Katalinnak tartozom köszönettel, valamint az ELTE PPK-n Hunyady György professzor úrnak. Hálával tartozom tapasztalataik átadásáért többek között Simon Juditnak, Incze Adriennek és Merényi Mártának a PMT-s kiképzésből, Han Kui Yuan tai chi chuan mesternek, valamint a többi testtudati technikát oktató tanáromnak. A statisztikai elemzésben nyújtott segítségéért Takács Endrét illeti köszönet. És nem utolsósorban a családomnak ajánlom szeretettel ezt az írást a kitartó támogatásukért, mely lehetővé tette, hogy ez a mű megszülessen.

Irodalom

- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2011): *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó, 141-154.
- Bagdy E., Koronkai B. (1988): *Relaxációs módszerek*. Budapest, Medicina Kiadó.
- Bagdy E., Wiesner E. (2005): *Szupervízió egyén - csoport – szervezet*. Print-X-Budavár Kiadó, Budapest.
- Bauer, J. (2011): *A testünk nem felejt - Kapcsolataink és életmódunk hatásai génjeink és idegrendszerünk működésére*. Budapest, Ursus Libris Kiadó.
- Beck, J. (2002): *Kognitív terápia*. Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület, Budapest.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Vetling, D., Dervins, G. (2004) Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology Science and Practice*, 11, 230–241.
- Bokor L. (2017): Feszültség a pszichoanalízis elméletrendszerében. Az interszubjektivitás fogalmának eltérő jelentései az elméletben és a terápiás gyakorlatban. *Lélekelemzés* 12. évf., 2. 137-152.
- Boldizsár I. (2010): *Meseterápia*. Budapest, Magvető Kiadó.
- Borstad, M. (1998): Interszubjektivitás a dialektikus kapcsolatelmélet tükrében. *Pszichoterápia* VII évf. 349-362.
- Bucci, W. (2011): The Role of Embodied Communication in Therapeutic Change. In: Tschacher, W., Bergomi, C. (ed.): *The Implications of Embodiment – Cognition and Communication*. Exeter, Imprint Academic.
- Buda B. (1993): *Empátia... a beleélés lélektana*. Budapest, EGO SCHOOL BT.
- Buda B. (2011): Pszichoterápia. In: *Az elme gyógyítása*. Budapest, Háttér Kiadó, 251-296.
- Büssing, A., Michalsen, A., Khalsa, S.B.S., Telles, S., Sherman, K.J. (2012): Effects of yoga on mental and physical health: a short summary of reviews. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Article ID 165410.

- Campos Jiménez A. (2016): Szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása. In: *Billenések – Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó, 63-103.
- Cattaneo, L., Rizzolatti, G. (2009): The Mirror Neuron System. *Neurological Review*, Vol. 66 (No. 5).
- Cohen, B. B. (1993): *Sensing, feeling and action. The experiential anatomy of Body-Mind Centering*. Contact Editions, Northampton.
- Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., Dobos, G. (2013): *Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis*. *Depression and Anxiety*. 2013 Nov; 30(11): 1068-83. doi: 10.1002/da.22166. Epub 2013 Aug 6.
- Cramer H., Lauche, R., Anheyer, D., Pilkington, K., de Manincor, M., Dobos, G., Ward, L. (2018). *Yoga for anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Depression and Anxiety*. 2018 Sep;35(9):830-843. doi: 10.1002/da.22762. Epub 2018 Apr 26.
- Damasio, A. R. (1996): *Descartes tévedése*. Budapest, Aduprint.
- Dornes (2002): *A kompetens csecsemő*. Budapest, Pont Kiadó.
- Ehmann B. (2002): *A szöveg mélyén – A pszichológiai tartalomelemzés*. Új Mandátum Könyvkiadó.
- Eliade, M. (2005): *A jóga*. Budapest, Cartaphilus Kiadó.
- Fónagy P. (2004): Winnicott hamis szelf fogalmának újragondolása. In: Péley B. (szerk.) *A kapcsolatban bontakozó lélek*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, 254-273.
- Fónagy P., Target, M. (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- Fülöp, É., László, J. (2006): Az elbeszélések érzelmi aspektusának vizsgálata tartalomelemző program segítségével. IV. *Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia konferenciakötete*, Juhász Nyomda, Szeged, 296-304.
- Gál E. (2011): A testtudati munka. In: Bolvári-Takács G. (szerk.) *Perspektívák az új évezredben a táncművészetben, a táncpedagógiában és a tánc kutatásban*. Budapest, Magyar Táncművészeti Főiskola.

- Gergely Gy., Watson J. (1998): A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa* 9: 56-106.
- Goleman, D. (1988). *The Meditative Mind*. New York: J. P. Tarcher.
- Goleman, D. (1995): *Az érzelmi intelligencia*. Budapest, Háttér Kiadó.
- Halász A. (2007): A mentalizációs folyamatok szerepe az élményfeldolgozásban. *Lélekelemzés* II. évfolyam 2007. I. félév, 66-78.
- Halász A. (2008): Élményszerveződés és interszubsztitívitás. *Pszichodráma Újság*, tavasz, 34-39.
- Horti J., Riskó Á. (szerk.) (2017): *Onkopszichológia a gyakorlatban I-II. kötet*. 2. online kiadás, Budapest. http://mek.oszk.hu/16600/16625/pdf/16625_1.pdf, http://mek.oszk.hu/16600/16625/pdf/16625_2.pdf
- Horvát L., Szabó A. (2013): Tükörneuronok és személyköziség a megtestesülés paradigmájában. *LAM-Tudomány, Orvoslás és Társadalom*, 23. évf. 12. sz. 629-634.
- Incze A. (2008): A testtudati munka mint a testi kreativitás mozgósítója. *Pszichodráma Újság*, 2008. tavasz, 40-47.
- Iyengar, B. K. S. (2010): *Jóga új megvilágításban – Átfogó útmutatás a jógához a világ legkiválóbb szaktekintélyétől*. Saxum Kiadó.
- Jarovinszkij V., Kiss T. C. (2016): Mozgás és tánc terápiás alkalmazása gyerekeknél. In: *Billenések – Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó, 63-103.
- 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. szerk: *A megismerés vizsgálata*. Budapest, Osiris-Láthatatlan Kollégium.
- Karterud, S., Monsen, J. (szerk.) (1999): *Szelfpszichológia - a Kohut utáni fejlődés*. Budapest, Animula Kiadó.
- Koch, S. et al. (2014): Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy* 41 (2014) 46-64.

- Kohut, H. (2001): *A szelfanalízise*. Budapest, Animula Kiadó.
- Kohut, H. (2007): *A szelfhelyreállítása*. Budapest, Animula Kiadó.
- Korbai H., Davis, N., Simms, L. (2010, 2015): *Az aranytők – Terápiás történetek és mesék traumát átélt gyerekeknek I.* Mosoly-Terápiák sorozat, L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Korbai H. (2010, 2015): *Lotilko szárnyai – Terápiás történetek és mesék traumát átélt gyerekeknek II.* Mosoly-Terápiák sorozat, L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Korbai, H., Hoppál, D., Vermes, K., Ehmann, B. (2019): Body-Mind Approaches in Therapeutic and other Helping Relationships - Experiences of a Training Program. *Alkalmazott pszichológia*, in press.
- Köteles, F., Simor, P., Tolnai, N. (2012): A Testi Abszorpció Skála magyar változatának pszichometriai értékelése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(4), 375-395. DOI:10.1556/Mental.13.2012.4.2
- Köteles, F. (2014): A Testi Tudatosság Kérdőív magyar verziójának (BAQ-H) vizsgálata jogász és fiatal felnőtt kontroll mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 15, 373-391.
- Kuiyuan, Han (2018): *Chen stílusú taiji szeminárium – Han Kuiyuan nagymesterrel*. Budapest, Magyarországi Chen Stílusú Xin Yi Hun Yuan Taiji Quan Egyesület.
- Kulcsár Zs. (2002): *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2003): *Metaphors we live by*. London: The University of Chicago press.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 131-170.
- László J. (2005): *A történetek tudománya – Bevezetés a narratív pszichológiába*. Új Mandátum, Budapest. 6-10. fejezet, 95-156.
- Levenson, R. W., & Ruef, A. M. (1997). Physiological Aspects of Emotional Knowledge and Rapport. In: W. Ickes (ed.) *Empathic Accuracy*. New York, Guilford Press, 44-72.

- Linehan, M. (2010): A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája. Medicina, Budapest.
- 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., V. Gopisetty, J. Daubenmier, C. J. Price, F. M. Hecht, and A. Stewart. (2009). *Body awareness: construct and self-report measures*. PLoS ONE 4: e5614.
- Mehling et al. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2011, 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.
- Mensen, H. (1981): Az autogén tréning. In: Buda B. (szerk.): *Pszichoterápia*. Budapest, Gondolat Kiadó. 319-332.
- Monsen, J. (1999): Selfpszichológia és modern affektuselmélet. In: Karterud, S., Monsen, J. (szerk.) *Szelfpszichológia - a Kohut utáni fejlődés*. Budapest, Animula Kiadó.
- Merényi M. (2004): Mozgás-és táncterápia. *Pszichoterápia* 13. évfolyam 1. szám, 4-15.
- Merényi M. (2007): Tudatállapotok jelentősége a pszichodinamikus mozgás és táncterápiában. *Pszichoterápia*, 16:4, 235-240.
- Merényi M. (2008): A mozgás- és táncterápiák helye a pszichoterápiák között. A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia testmegközelítése. *Pszichodráma Újság*, tavasz, 59-67.
- Merényi M. (2015): Mozgás- és élményalapú pszichoterápiák; más nonverbális módszerek. In: Szőnyi G. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina, 362-379.
- Merényi M. (2018): *A testtudat lehetőségei az analitikus pszichoterápiában*. Előadás a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület 25. konferenciáján, 2018. október 12.

- Monsen, J. T. (1999): A szelfpszichológia és a modern affektuselmélet. In: Karterud, S., Monsen, J. T. (szerk.) *Szelfpszichológia a Kohut utáni fejlődés*. Budapest, Animula Kiadó. 74-108
- Németh M., Szőnyi M. (2015): Relaxációs és szimbólumterápiák. In: Szőnyi G. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina. 298-308.
- Oatley, K., Jenkins, J. M. (2001): *Érzelmeink*. Budapest, Osiris Kiadó.
- Ospina, M. B., Bond, T. K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., Dryden, D. M., Klassen, T. P. (2007). *Meditation Practices for Health: State of the Research. Evidence Report/Technology Assessment No. 155. AHRQ Publication No. 07-E010*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ormay I. (2015): A tradicionális Taijiquan egy pszichoterapeuta szemszögéből. *Pszichoterápia*, XXIV. évf., 2015. augusztus.
- Ormay I. (2018): „Mindig minden mozog” – a taijiquan és a pszichoterápia metszéspontjai. MMTE konferencia előadás, 2018. június 1.
- Papp B., Péley B. (2015): Pszichoterápia és hatékonyság. *Orvosi Hetilap*, 2015, 156(4), 135–140.
- Pataki F. (2004): *Érzelem és identitás*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Pennebaker, James W. (2001): A stressz szavakba öntése: egészségi, nyelvészeti és terápiás implikációk. In: László János - Thomka Beáta (szerk.): *Narratív pszichológia. Narratívák 5. Kijárat*. Bp., 189-205.
- Pennebaker, J. W. (2011): *The Secret Life of Pronouns. What Words Say about us*. Bloomsbury Press, New York.
- Perczel Forintos D. (2011): A kognitív terápia fénykora: a második és harmadik hullám. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2011, 66. 1. 11–29. DOI: 10.1556/MPSzle.66.2011.1.2.
- Pető K. (2003): Az implicit kapcsolati tudás. Új szempontok a pszichoterápia hatásmechanizmusának megértéséhez. *Psychiatria Hungarica* 18 (4), 217-225.

- Péley B. (2008): A pszichoterápiák hatékonyságának vizsgálata. In: Vincze O., Bigazzi S. (szerk.): *Élmény, történet – a történetek élménye*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 152-168.
- Pintér G. (2015): A humanisztikus pszichológián alapuló irányzatok. In: Szőnyi G. (szerk.) *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina.
- Price, C. J., Hooven, C. (2018): Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT) *Frontiers in Psychology*. 2018; 9: 798. Published online 2018 May 28. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00798
- 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.
- Riskó Á. (1997): Pszichoanalitikus pszichoterápia onkológiai kezelés alatt álló rákos betegekkel. Az intenzív szupervízió. *Psychiatria Hungarica*, 12, 4: 525-534.
- Riskó Á., Tari A. (2017): Egyéni terápia. In Horti J., Riskó Á. (szerk.): *Onkopszichológia a gyakorlatban I-II. kötet*. 2. online kiadás, Budapest. http://mek.oszk.hu/16600/16625/pdf/16625_2.pdf
- 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.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, Vol 2 No 1 April 2000, 23–47.
- Schore, J. R., Schore, A. N. (2007). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work J*, DOI 10.1007/s10615-007-0111-7. Letöltve 2019. április 12. <http://francinelapides.com/docs-mar-2008/SchoreSchore%20Modern%20Attachment%20Theory-%20The%20Central%20Role%20of%20Affect%2007.pdf>

- Shapiro, S., Thakur, S., de Sousa, S. (2014). Mindfulness for Health Care Professionals and Therapists in Training. In: *Mindfulness-Based Treatment Approaches - Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Edited by: Baer, R. A. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-416031-6.00014-1>
- Sheets-Johnstone, M. (2009). *Corporeal Turn*. Exeter: Imprint Academic.
- Shields, S.A., M.E. Mallory & A. Simon (1989). The Body Awareness Questionnaire: Reliability and Validity. *Journal of Personality Assessment* 53, 802.
- Simon M., Tényi T., Trixler M. (2001): Memória-fajták a pszichodinamikus megközelítés tükrében. *Pszichoterápia* 10., 332-341.
- Simon J. (2009): *Test-elme probléma*. Kézirat.
- Simon J. (2010): Az érzelemreguláció és a valódi szelf élménye a dinamikus mozgás- és táncterápia során. *Lélekelemzés*, 2010. június, a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület szakmai folyóirata, 85-102.
- Simon J. (2011): *Különböző pszichoanalitikus elméletek terápiás technikai konzekvenciái*. Kézirat.
- Smith, C. A., Lazarus, R. S. (1990): Emotion and Adaptation. In Pervin, L. A. (Ed.) *Handbook of personality: Theory and Research*. New York, Guilford, 609-637.
- Stern, D. N. et al (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.
[http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<300::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<300::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P)
- Stern, D.N. (2002): *A csecsemő személyközi világa*. Budapest, Animula Kiadó.
- Stern, D.N. (2004): *A jelen pillanat. Mikroanalízis a pszichoterápiában*. Budapest, Animula Kiadó.
- Szili K. (2010): *Az érzet sorsa*. Doktori disszertáció. Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Doktori Iskola, Elméleti Pszichoanalízis Program.
- Szondy M. (2012): *Megélni a pillanatot – Mindfulness, a tudatos jelenlét pszichológiája*. Budapest, Kulcslyuk Kiadó.
- Szőnyi G. (2015) (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina.

- Szvámi, V. B. (2006): *A hatha jóga filozófiája*. Filosz Kiadó, Budapest.
- Szvámi Ráma, Ballentine, R., Szvámi Adzsaja (2006): *Jóga és Pszichoterápia – A tudat evolúciója*. Budapest, Mandala-Veda Könyvkiadó.
- Target, M. (1998): A kötődés reprezentációja súlyos személyiségzavarban szenvedő betegeknél. *Thalassa* (9) 1998,1: 44-55.
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic Analysis. In: Willig, C., Rogers, W. S. (eds.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. 17-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781526405555.n2>
- Tényi T. (1997): Nonverbális terápia az újabb pszichoanalitikus elméletek tükrében. In: *Psychiatria Hungarica*, 1997, 12(2): 217-224.
- Tschacher, W., Dauwalder, J-P. (ed.) (2003): *The Dynamical Systems Approach to Cognition*. Singapore, World Scientific Publishing Co.
- Tschacher, W., Bergomi, C. (ed.) (2011): *The Implications of Embodiment – Cognition and Communication*. Exeter, Imprint Academic.
- Unoka Zs. (2011): Sématerápia. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2011, 66. 1. 31–45. DOI: 10.1556/MPSzle.66.2011.1.3
- Unoka Zs. (2015): Magatartás-lélektani alapú megközelítések. In: Szőnyi G. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina.
- Varela, F. J., Rosch, E., Thompson, E. (1991): *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Massachusetts, MIT Press.
- Varga, K. (2019): A hipnotikus interakciók fenomenológiája: útban egy új szinkronjelenség felé. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2019, 74.1/7. 97–114. DOI: 10.1556/0016.2019.74.1.7
- Vermes K. (2006): A test valósága, mint élmény, kép, kapcsolat. *Pszichoterápia*, 2006. december, 425-431.
- Vermes K. (2008): A test – saját és idegen határán. *Pszichodráma Újság*, tavasz 115-123.
- Vermes K. (2010): *A test értelmezésének fő változásai a nyugati gondolkodás történetében*. Kézirat.

- Vermes K. (2011): Intersensory and intersubjective attunement: Philosophical approach to a central element of dance movement psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, An International Journal for Theory, Research and Practice*. 6(01), pp. 31 - 42.
- Vermes, K. and Incze, A. (2011): Psychodynamic Movement and Dance Therapy (PMDT) in Hungary. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, An International Journal for Theory, Research and Practice*, DOI: 10.1080/17432979.2011.557890
- Vermes Katalin (2015): „A test-lélek történet: testértelmezések és sportértelmezések összefüggése”. In: *Gyöngy(i)szemek. Ajándékkötet Földesiné dr. Szabó Gyöngyi 75. születésnapjára*. (Szerk:Gál-Dóczi) Testnevelési Egyetem, Budapest. 114-226.
- Vígh B. (1980): *Jóga és idegrendszer*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- Vígh B. (2007): *A jóga orvosi szemmel*. Budapest, Alliter Kiadói és Oktatásfejlesztő Alapítvány.
- Walsh, R., Shapiro, S.L. (2006). The meeting of meditative disciplines and Western psychology: a mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, 2006; 61(3): 227-39.
- Wang et al. (2010). Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2010, 10:23
- Zajonc, R. B. (2003): Érzelmek. In: Zajonc, R. B. (szerk.) *Érzelmek a társas kapcsolatokban és megismerésben*. Budapest, Osiris Kiadó. 439-522.
- Zajonc, R. B., Pietromonaco, P., Bargh, J. (2003): Érzelem és kogníció függetlensége és interakciója. In: Zajonc, R. B. (szerk.) *Érzelmek a társas kapcsolatokban és megismerésben*. Budapest, Osiris Kiadó, 279-299.
- Zarbock, G., Lynch, S., Ammann, A., Ringer S. (2015): *Mindfulness for Therapists. Understanding Mindfulness for Professional Effectiveness and Personal Well-Being*. London, John Wiley & Sons Ltd.

Mellékletek

1. melléklet: A résztvevők nyilatkozatainak mintái

Beleegyezési nyilatkozat és tájékoztatás a vizsgálatról

Kedves Résztvevő!

Egy doktori kutatáshoz kérem a segítségét, mely a testtudat szerepét vizsgálja a terápiás munkában. Korbai Hajnal vagyok, az ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskolájának doktorjelöltje, a disszertációm és a kutatás témája *A testtudati technikák szerepe a terápiában*.

A kutatás célja, hogy egy kvalitatív, exploratív vizsgálatban feltárja, hogyan jelenik meg a testtudati szemlélet testtudati technikán alapuló vagy egyéb önismereti módszert gyakorló terapeuták munkájában a terápiás módszertől függetlenül, akár verbális, akár nonverbális módszerben elkötelezett a szakember. Azok a nem specifikus terápiás hatótényezők állnak a vizsgálat fókuszában, melyek a terapeuta testtudati tapasztalataival lehetnek kapcsolatban. A kutatásban testtudati technikán alapuló és egyéb önismereti módszert gyakorló terapeuták egyaránt részt vehetnek.

A vizsgálat két részből áll. Először egy kb. 30 perces kérdőív csomag kitöltésével indul, melyet e-mailben kapnak meg a résztvevők. Ennek kitöltése és visszaküldése után a kutató minden módszerből meghatározott számú résztvevővel időpontot egyeztet egy kb. 90 perces interjúbeszélgetésre. Az interjú kérdései arra irányulnak, hogy a személyes életében és a terápiás munkában milyen tapasztalatai vannak az adott testtudati technikán alapuló vagy egyéb önismereti módszer alkalmazásáról, alkalmazási lehetőségeiről, továbbá milyen közvetlen vagy közvetett változásokat hozott a terápiás gyakorlatában az, hogy ebben a módszerben elmélyült.

A kutatásban való részvétel önkéntes, a kutatás folyamán a résztvevő bármikor elállhat a vizsgálat folytatásától. Ebben az esetben addigi adatai sem kerülnek feldolgozásra, illetve azokat a kutató haladéktalanul megsemmisíti. A kutatás során nyert adatokat a kutató táblázatban, név nélkül összegzi, kvalitatív és statisztikai elemzéseket végez rajta, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg. Az interjú résztvevői a felvett interjú anyagot begépelés után átnézhetik, betekinhetnek a dokumentumba, és kérhetik egyes részek elhagyását. Az érintett a rá vonatkozó

hanganyag megsemmisítését az interjú felvételét követő 1 hónapon belül, az átiratét 2 hónapon belül kérheti. Az interjúk legépelését egy asszisztens végzi. Az interjúanyag feldolgozása kvalitatív elemzéssel és pszichológiai tartalomelemzéssel történik.

A vizsgálatból nyert adatokat bizalmasan, anonim módon kezeli a kutató, csak kutatási célokra használja fel. A résztvevők személyazonosságának védelme érdekében a beleegyezési és adatkezelési nyilatkozatok harmadik, a résztvevőkkel közvetlenül kapcsolatba nem kerülő személynél, biztonságos módon kerülnek elhelyezésre a kutatási adatoktól elkülönítve. A papír alapon leírt szövegek digitalizálásra kerülnek a kutató által, a papír alapú adathordozót ezután azonnal, annak digitális másolatát 5 év után a kutató megsemmisíti. A rögzített digitális hanganyag pedig a disszertáció megvédésétől számított 3 éves határidő után törlésre kerül. A név nélküli, jeligével ellátott kérdőívek, interjúk, valamint a feldolgozott, tartalomelemzett adatok kizárólag a kutató által ismert jelszóval védett számítógépen kerülnek digitálisan rögzítésre külön jelszóval védett elkülönített könyvtárakban. A résztvevők személye a kérdőívek és az interjúk kapcsán kizárólag a kutató által generált kódokkal lesz beazonosítható, melyeket a kutató elkülönítve tárol a felvett személyes adatoktól. A kutató vállalja, hogy a kérdőíveket és az interjúk szövegét a témavezetőkön kívül harmadik személlyel nem közli, és nem teszi hozzáférhetővé. Az interjúk hanganyagát csak a gépelést végző asszisztenssel osztja meg, illetve a résztvevők azonosításához szükséges kódokat, valamint jelszavait a kutató senki számára nem teszi hozzáférhetővé. A tanulmányban álnevek fognak szerepelni, és minden olyan adat meg lesz változtatva, amelyből beazonosítható lenne a résztvevő, vagy az általa ismertetett eset.

Az interjúanyag és a vizsgálat eredményeinek felhasználása a doktori disszertáción túl később esetlegesen publikáció vagy konferencia előadás formájában is megtörténhet továbbra is anonim módon.

Az ELTE PPK kutatója, mint adatkezelő, fenti adatait bizalmasan kezeli, más adatkezelőnek, adatfeldolgozónak nem adja át. E tényállás részleteit a Hozzájárulás adatkezeléshez c. dokumentum tartalmazza, mely jelen nyilatkozat mellékletét képezi. A Hozzájárulás adatkezeléshez c. dokumentum aláírásával Ön elismeri, hogy megfelelő tájékoztatást kapott személyes adatai kezeléséről, és az adatok kezeléséhez egyszersmind hozzájárult.

Amennyiben a beleegyező nyilatkozatot aláírja, ezzel elismeri, hogy a kutatásban való részvételről részletes tájékoztatást kapott, és hozzájárul a kutatásban történő részvételhez.

Kérem, hogy a Beleegyezői nyilatkozatot és a mellékletét képező, Hozzájárulás adatkezeléshez c. dokumentumokat a megfelelő helyeken aláírva szíveskedjék visszajuttatni a korbai.hajnal@gmail.com címre.

Ha további kérdés vagy probléma merülne fel a vizsgálat folyamán, a korbai.hajnal@gmail.com címen tudja felvenni a kutatóval a kapcsolatot.

Előre is köszönöm az együttműködését,

Korbai Hajnal, kutató, ELTE PPK

Dátum:

.....

Aláírás

Az információs önrendelkezésről és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) 5. § (1) a) pontja, valamint az európai általános adatvédelmi rendelet (a továbbiakban **GDPR) 6. cikk (1) bekezdés a), valamint 9. Cikk (2) bekezdés a) pontja értelmében adataim kezeléséhez az alábbiakban részletezettek szerint hozzájárulok.**

Mire használhatók az adataim?

Az Ön adatai, illetve a kérdőív továbbá az interjú kérdéseire adott válaszai kizárólag a doktori disszertáció elkészítése folyamán, illetve esetlegesen később szakmai publikációk, konferenciák során kerülhetnek felhasználásra kizárólag anonim módon.

Mely adataim kezeléséhez járulok hozzá?

1. név
2. nem
3. születési dátum
4. e-mail cím
5. lakcím
6. személyes tapasztalatok

Milyen alapon kezelhetők az adataim?

A résztvevő kifejezett hozzájárulásán.

Ki lesz az adataim kezelésére/feldolgozására feljogosítva? [ADATKEZELŐ TÖLTI KI]

Adatkezelő:

- Korbai Hajnal, ELTE PPK doktorjelölt, kutató

Adatfeldolgozó: *(Kérjük, adja meg az adatfeldolgozó nevét, címét, valamint az adatkezeléssel összefüggő tevékenységét!)*

- Korbai Hajnal, ELTE PPK doktorjelölt, kutató (címe: ELTE PPK, Pszichológiai Doktori Iskola, 1064 Budapest, Izabella utca 46.)

- Ehmann Bea témavezető (címe: MTA Természettudományi Kutatóközpont Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet, 1117 Budapest, Magyar tudósok körútja 2.)
- Vermes Katalin témavezető (címe: SE TSK, 1123 Budapest, Alkotás u. 44.)
- Asszisztens, hanganyag begépelése

Meddig kezelik az adataimat?

5 év

Tudomásul veszem, hogy az adatkezeléssel kapcsolatban az alábbi jogosultságok illetnek meg: (melyek részletes kifejtését a jelen tájékoztató melléklete tartalmazza):

1. az átlátható tájékoztatáshoz való jog - **bármikor kérhetek tájékoztatást személyes adataim kezeléséről;**
2. a személyes adataimhoz való hozzáférés joga - **bármikor hozzáférhetek az adatkezelő által kezelt személyes adataimhoz;**
3. jogom van az adataim helyesbítéséhez, törléséhez való jog („az elfeledtetéshez való jog”) és az adatkezelés korlátozásához - **ha pontatlanul kezeli az adatkezelő az adataimat, azt jelezhetem az adatkezelő felé, és az javításra, törlésre stb. kerül;**
4. az adatkezelő köteles engem tájékoztatni a címzettek személyéről, amennyiben továbbítja az adataimat másnak;
5. adathordozhatósághoz való jog – **amennyiben szükségem van rá, átadják a részemre személyes adataimat;**
6. tiltakozáshoz való jog - **bármikor tiltakozhatok személyes adataim jogos érdeken alapuló kezelése ellen (hozzájáruláson alapuló adatkezelés esetén nem releváns);**
7. automatizált döntéshozatal esetén jogom van ahhoz, hogy ne terjedjen ki rám a döntés hatálya - **(hozzájáruláson alapuló adatkezelés esetén nem releváns);**
8. a jogorvoslathoz való jog - **jogaimnak megsértése esetén az adatvédelmi tisztviselőhöz vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz vagy bírósághoz fordulhatok.**

* Kérjük két példányban kitölteni. Egy példány az adatkezelőt, egy a nyilatkozót illeti meg.

Hová fordulhatok, ha jogorvoslattel szeretnék élni, vagy a jogorvoslattel kapcsolatban kérdésem van?

Az Egyetem adatvédelmi tisztviselőjéhez

Az ELTE adatvédelmi tisztviselője:

Rigó Kinga

ELTE Raktori Kabinet Adat, és Stratégiai Információkezelési Iroda (szervezeti egység megnevezése)

1053 Budapest

Ferenciek tere 6.

Tel.: +3614116500/2855 m.

Email: strategia@rk.elte.hu

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetősége:

1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.

Honlap: www.naih.hu

Tel.: +36-1-391-1400

Bírósághoz

Bírósági jogorvoslattel is élhetek, Magyarországon a pert - az érintett választása szerint - az érintett lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt indíthatom meg.

_____ (helység megnevezése) _____(év) _____(hó) _____(nap)

Aláírás

Név:

Lakcím:

Születési dátum:

2. melléklet: Kérdőívek

Testi tudatosság kérdőív csomag

Jelige:

Életkor:

Nem:

Kérdőív 1. MAIA

Az alábbiakban egy listát olvashat különböző állításokról. Kérem, minden kijelentésnél döntse el, hogy a mindennapi életben általában milyen gyakran igazak Önre az egyes állítások (0 – Soha, 5 – mindig).

Soronként egyetlen számot válasszon ki, majd az értékét írja az utolsó oszlopba!

	Soha				Mindig		Érték
1. Amikor feszült vagyok, érzem, hol van a feszültség a testemben.	0	1	2	3	4	5	
2. Észreveszem, amikor kényelmetlenül érzem magam a testemben.	0	1	2	3	4	5	
3. Érzem, hogy hol van a testemben kellemes érzés.	0	1	2	3	4	5	
4. Érzem a légzésem változásait, akár lassul, akár gyorsul.	0	1	2	3	4	5	
5. Mindaddig nem érzek feszültséget vagy kellemetlen érzést a testemben, amíg komollyá nem válik.	0	1	2	3	4	5	
6. Elterelem a figyelmemet testem kellemetlen érzéseitől.	0	1	2	3	4	5	
7. Amikor fájdalmat vagy kellemetlen érzést tapasztalok, megpróbálok úrrá lenni rajta.	0	1	2	3	4	5	
8. Felbosszant, mikor fizikai fájdalmat érzek.	0	1	2	3	4	5	
9. Ha bármilyen kellemetlenséget érzek, elkezdek aggódni, hogy valami baj van.	0	1	2	3	4	5	
10. Képes vagyok szembesülni a kellemetlen testi tünettel, anélkül, hogy aggódnék miatta.	0	1	2	3	4	5	
11. Figyelmemet a légzésemre tudom irányítani, anélkül, hogy a körülöttem lévő dolgok elterelnének.	0	1	2	3	4	5	
12. Tudatában vagyok a belső testi történéseknek még akkor is, mikor sok minden történik körülöttem.	0	1	2	3	4	5	
13. Miközben beszélgetek valakivel, tudok figyelni a testtartásomra is.	0	1	2	3	4	5	
14. Újra tudok a testemre koncentrálni, miután elterelték a figyelmemet.	0	1	2	3	4	5	
15. Át tudom irányítani a figyelmemet a gondolataimról a testem érzékelésére.	0	1	2	3	4	5	

16. Fent tudom tartani a teljes testem érzékelését akkor is, ha egy testrészemben fájdalom vagy kellemetlen érzés van.	0	1	2	3	4	5	
17. Tudatosan tudok fókuszálni a testemre mint egészre.	0	1	2	3	4	5	
18. Érzem a testemben bekövetkező változásokat, amikor dühös vagyok.	0	1	2	3	4	5	
19. Ha valami nincs rendben az életemben, azt a testemben is érzem.	0	1	2	3	4	5	
20. Érzem a testemben bekövetkező változásokat egy kellemes élmény után.	0	1	2	3	4	5	
21. Érzem, hogy a légzésem szabadabbá és könnyűvé válik, amikor jól érzem magam.	0	1	2	3	4	5	
22. Érzem, hogyan változik a testem, amikor boldog vagyok.	0	1	2	3	4	5	
23. Amikor túlterheltnek érzem magam, valahol belül találok egy nyugodt helyet.	0	1	2	3	4	5	
24. Mikor tudatában vagyok a testemnek, akkor egyfajta nyugalmat érzek.	0	1	2	3	4	5	
25. Légzésemet tudom a feszültség csökkentésére használni.	0	1	2	3	4	5	
26. Amikor kavarnak a gondolataim, meg tudom nyugtatni magamat azáltal, hogy a légzésemre	0	1	2	3	4	5	
27. Figyelek a testemből érkező információkra, melyek az érzelmi állapotomra vonatkoznak.	0	1	2	3	4	5	
28. Amikor zaklatott vagyok, rászánom az időt arra, hogy megfigyeljem a testérzeteket.	0	1	2	3	4	5	
29. Figyelem a testem jelzéseit arra vonatkozóan, hogy mit tegyek.	0	1	2	3	4	5	
30. Otthon vagyok a testemben.	0	1	2	3	4	5	
31. Úgy érzem, hogy a testem egy biztonságos hely.	0	1	2	3	4	5	
32. Megbízom a testem jelzéseiben.	0	1	2	3	4	5	

Kérdőív 2. BAQ-H

Ez a kérdőív saját érzésekre és tapasztalatokra vonatkozó állításokat tartalmaz. Kérem, olvasson el figyelmesen minden állítást, majd döntse el, hogy mennyire igaz Önre nézve, és írja be a megfelelő értéket az utolsó oszlopba. A számok a következőket jelentik:

Értékelés:

- 1: Egyértelműen nem igaz.
- 2: Határozottan nem igaz.
- 3: Inkább nem igaz.
- 4: Nem tudom eldönteni.
- 5: Inkább igaz.
- 6: Határozottan igaz.
- 7: Teljes mértékben igaz

	Érté							
1. Észre szoktam venni, hogyan reagál a testem a különböző ételekre.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Amikor megütöm magam, mindig meg tudom mondani, hogy lesz-e belőle horzsolás vagy nem.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Mindig tisztában vagyok azzal, hogy mikor erőltetem meg magam annyira, hogy másnap fájni	1	2	3	4	5	6	7	
4. Bizonyos ételek fogyasztását követően mindig megérzem az energiaszintemben beálló	1	2	3	4	5	6	7	
5. Már előre tudom azt, hogy influenzás leszek.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Lázmérés nélkül is meg tudom állapítani azt, hogy hőemelkedésem van.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Különbséget tudok tenni aközött, hogy az éhségtől vagy az alvás hiányától vagyok-e fáradt.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Előre pontosan tudom azt, hogy az alváshiány miatti fáradtság a nap melyik részében fog rám törni.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Tisztában vagyok az aktivitási szintem változásának napi ritmusával.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Már a reggeli ébredésnél tudom, hogy mennyi energiám lesz a nap folyamán.	1	2	3	4	5	6	7	
11. Már lefekvéskor meg tudom mondani, hogy mennyire fogok jól aludni aznap éjjel.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Észreveszem magamon a kimerültség jól meghatározható testi jeleit.	1	2	3	4	5	6	7	
13. Rendszerint észreveszem az időjárás-változásokra adott jellegzetes testi reakcióimat.	1	2	3	4	5	6	7	
14. Előre meg tudom mondani, hogy mennyi alvásra van szükségem ahhoz, hogy frissen ébredjek.	1	2	3	4	5	6	7	
15. Előre nagyon pontosan meg tudom mondani azt, hogy a sportolási szokásaim megváltozása milyen	1	2	3	4	5	6	7	
16. Úgy tűnik, létezik egy számomra optimális elalvási időpont.	1	2	3	4	5	6	7	
17. Észreveszem a testem túlzott éhségre adott jellegzetes reakcióit.	1	2	3	4	5	6	7	

Kérdőív 3.

Az alábbi kérdések az alkalmazott terápiás módszerekre, testtudati tapasztalatokra, és egyéb önismereti saját élmény tapasztalatokra vonatkoznak. Kérem, töltsse ki a táblázatokat!

I. Terápiás módszerek, technikák

1. Milyen verbális és nonverbális terápiás módszer(eke)t alkalmaz(ott) a pácienseivel/klienseivel?

Alkalmazott módszer neve	Mennyi ideje alkalmazza? Vagy mennyi ideig alkalmazta? Évek száma
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
f)	

... Ha szükséges, további sorok beszúrhatók!

II. Testtudati tapasztalatok

1. Gyakorol(t)-e bármilyen testtudati technikán alapuló módszert? Igen/Nem

Amennyiben a válasz „Igen”, kérem, töltsse ki a következő kérdésben szereplő táblázatot!

2. Milyen testtudati technikán alapuló módszer(eke)t gyakorol(t)? Pl.: tai ji quan (tájcsi), jóga, pszichodinamikus mozgás- és táncterápia, mindfulness, relaxáció, meditáció, autogén tréning stb.

Testtudati technikán alapuló módszer neve	Mennyi ideje gyakorolja vagy mennyi ideig gyakorolta? Évek száma	Jelenleg gyakorolja-e? Igen/Nem	Ha az előző válasz „Igen” - Hetente hányszor gyakorolja?
a)			
b)			
c)			

d)			
e)			
f)			

...

3. Gyakorol(t)-e bármilyen egyéb mozgásformát, vagy sportol-e? Ha igen, melyek ezek?

Mozgásforma/sport neve	Mennyi ideje gyakorolja vagy mennyi ideig gyakorolta? Évek száma	Jelenleg gyakorolja-e? Igen/Nem	Ha az előző válasz „Igen” - Hetente hányszor gyakorolja?
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			
f)			

...

III. Egyéb önismereti módszerek

1. Vannak-e még olyan önismereti módszerek, amiket gyakorol(t), de nem említett a fenti pontokban (nem alkalmaz a páciensekkel, nem testtudati technikán alapuló)? Ha igen, melyek ezek?

Egyéb önismereti módszer neve	Mennyi ideje gyakorolja vagy mennyi ideig gyakorolta? Évek száma	Jelenleg gyakorolja-e? Igen/Nem	Ha az előző válasz „Igen” - Hetente hányszor gyakorolja?
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			
f)			

Köszönöm az együttműködést!

KICSODA ÖN?

Jelige:

Életkor:

Nem:

Gondoljon életének első 18 évére és jelölje be az Önre jellemző válaszokat, majd adja össze a válaszok mellett álló számokat, és írja az összeget az utolsó sorba!

Két szülővel élt gyermekkorában (beleértve nevelőszülőt is)?	Igen (0)	Nem (1)
Szülei elváltak-e, vagy különéltek-e tartósan?	Igen (2)	Nem (0)
Meghalt-e édesanyja?	Igen (2)	Nem (0)
Meghalt-e édesapja?	Igen (2)	Nem (0)
Előfordult-e Önnel, hogy kizárták az iskolából?	Igen (1)	Nem (0)
Előfordult-e Önnel, hogy őrizetbe vette a rendőrség?	Igen (2)	Nem (0)
Volt-e problémája alkohol- vagy kábítószer-fogyasztás miatt?	Igen (3)	Nem (0)
Érte-e Önt testi, szexuális vagy érzelmi erőszak	Igen (3)	Nem (0)
	Összesen 1.:	

Milyen gyakran támogatták Önt szülei érzelmileg?	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Milyen gyakran tartottak családi találkozót közeli rokonaival?	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Családja milyen gyakran járt vallásos összejövetelekre?	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Milyen gyakran veszekedtek szülei?	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Jó jegyeket kapott az iskolában?	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Részt vett az iskolai foglalkozásokon (ideértve a sportot is)?	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Randevúzott?	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Általában nagy baráti köre volt?	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Voltak-e érdekes hobbijai (táborozás, kézművesség, zene, valaminek a gyűjtése stb.)?	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)

		Összesen 2.:	
--	--	-------------------------	--

Az 1. és 2. összege: _____

VÁLTOZÁSOK AZ ÉLETÉBEN A KÖZELMÚLTBAN

Jelölje meg azt a számot, amelyhez tartozó esemény megtörtént Önnel az elmúlt év során, majd adja össze a számokat!

Egészség		Otthon és család folytatása	
Betegség vagy sérülés, amely Nagyon súlyos volt	74	Rokona Önhöz költözött	59
Közepesen súlyos volt	44	Elvált	96
A fentieknél enyhébb volt	20	Unokája született	43
Munka		Házas(élet)társa meghalt	11 9
Változás történt munkakörében	51	Gyermeke meghalt	12 3
Változás történt a munkakörülményeiben	35	Szülője vagy testvére meghalt	10 1
Munkaköri felelőssége megváltozott	41	Személyes és szociális változás	
Továbbképzésre járt	18	Személyes szokásai megváltoztak	26
Munkahelyi problémái voltak	32	Befejezte vagy elkezdte iskolai tanulmányát	38
Nagyobb átszervezés történt a munkahelyén	60	Iskolát változtatott	35
Munkanélkülivé vált	74	Politikai nézetében változás történt	24
Nyugdíjba vonult	52	Vallási nézeteiben változás történt	29
Otthon és család		Társas tevékenységeiben változás történt	27
Elköltözött	40	Szabadságra ment	24
Életkörülményeiben jelentős változás történt	42	Új, szoros és személyes kapcsolata alakult ki	37
A családi összejövetelek terén változás történt	25	Eljegyzést kötött	45
Családtagjának egészségében vagy viselkedésében jelentős változás történt	55	Személyes kapcsolataiban problémái voltak	39

Megházasodott	50	Szexuális problémái voltak	44
Teherbe esett	67	Balesetet szenvedett	48
Spontán vetélése vagy abortusza volt	65	Kisebb szabálysértést követett el	20
Gyermeke született, vagy örökbefogadott gyermeket	66	Letartóztatták	75
Házas(élet)társa munkába állt vagy abbahagyta a munkát	46	Nagy eredményt ért el életében	36
Változás következett be a házas (élet)-társával való kapcsolatában	50	Nagy jelentőségű döntést hozott jövőjére vonatkozóan	51
Gondjai voltak rokonaival vagy házas-(élet)társának rokonaival	38	Közeli barátja meghalt	70
Szülei elváltak	59	Gazdasági változások	
Egyik vagy mindkét szülője újraházasodott	50	Bevétele nagymértékben csökkent	60
Különélt házas(élet)társától munkája vagy párkapcsolatának problémái miatt	79	Jövedelme nagymértékben nőtt	38
Gyermeke elköltözött otthonról	42	Személyes tulajdona elveszett vagy károsodott	43
		Nagy jelentőségű dolgot vásárolt	37
A bekarikázott számok összege 1. oszlop:		Kisebb jelentőségű dolgot vásárolt	20
		Hitel- (törlesztési) gondjai voltak	56
		A bekarikázott számok összege 2. oszlop:	

A bekarikázott számok összege 1. és 2. oszlop összesen: _____

TESTI TŰNETEK

Kérjük, jelezze, hogy milyen egészségügyi problémái voltak az elmúlt év során, majd számolja össze az „Igen” válaszokat!

Légúti problémák			Mozgásszervi tünetek		
Volt-e náthás?	Igen	Nem	Voltak-e izomfájdalmai vagy görcsei?	Igen	Nem
Fájt-e a torka, illetve volt-e torokgyulladás?	Igen	Nem	Gyötörte-e hát- vagy derékfájdalom?	Igen	Nem
Volt-e asztmája vagy szénanáthája?	Igen	Nem	Gyakran fájt-e a feje?	Igen	Nem
Gyomor- és bélrendszeri problémák			Idegrendszeri problémák		
Gyakran voltak-e gyomorbántalmai?	Igen	Nem	Volt-e migrénes fejfájása?	Igen	Nem
Volt-e székrekedése vagy hasmenése?	Igen	Nem	Érzett-e zsibbadást vagy bizsergést?	Igen	Nem
Volt-e aranyeres panasza?	Igen	Nem	Voltak-e szédüléssel időszakai?	Igen	Nem
Szív- és érrendszeri problémák			Nemi- és kiválasztó szervrendszeri zavarok		
Volt-e magas vérnyomása?	Igen	Nem	Volt-e vese- vagy húgyhólyagbántalma?	Igen	Nem
Volt-e szívritmuszavara?	Igen	Nem	Nők: Voltak-e menstruációs panaszok?	Igen	Nem
Volt-e szív táji fájdalma?	Igen	Nem	Férfiak: Voltak-e prosztatabántalmak?	Igen	Nem
Általános egészségi állapot			Bőrproblémák		
Volt-e túlsúlyos vagy túl sovány?	Igen	Nem	Gyakran viszketett a bőre?	Igen	Nem
Rossz volt-e az egészségi állapota?	Igen	Nem	Volt-e allergiás bőrbetegsége?	Igen	Nem
Kimerültnak érezte-e magát?	Igen	Nem	Volt-e csalánkiütése vagy egyéb kiütése?	Igen	Nem

Az „Igen” válaszok száma: _____

PSZICHOLÓGIAI TÜNETEK

Kérjük, jelezze, hogy mely tünetek fordultak elő Önnél az elmúlt év során!

Szorongás			Depresszió		
Volt-e mostanában szorongása?	Igen	Nem	Volt-e tartósan szomorú vagy érezte-e magát magányosnak?	Igen	Nem
Érezte-e úgy, hogy az „idegeire mennek a dolgok”?	Igen	Nem	Érezte-e boldogtalannak vagy örömtelennek magát?	Igen	Nem
Előfordult-e, hogy hirtelen félelmek lettek úrrá Önön?	Igen	Nem	Jelentősen megváltozott-e a testsúlya?	Igen	Nem
Sokszor voltak kínos gondolatai?	Igen	Nem	Csökkent-e szexuális érdeklődése?	Igen	Nem
Könnyebben lett-e ingerült, mint általában?	Igen	Nem	Előfordult-e, hogy életét teljesen reménytelennek érezte?	Igen	Nem
Voltak-e alvászavarai?	Igen	Nem	Volt-e olyan időszaka, amikor azt kívánta, hogy bárcsak ne is élne?	Igen	Nem

Az „Igen” válaszok száma: _____

MAGATARTÁS ÉS ÉRZELMEK

Kérjük, jelölje választát!

Munkahelyi magatartás			Magabiztosság		
Sokat túlórázott?	Igen	Nem	Nehezeére esik kiállnia az igazáért?	Igen	Nem
Erősen kellett koncentrálnia?	Igen	Nem	Ritkán képes megmondani, mit akar?	Igen	Nem
Képtelen volt arra, hogy másoknak átadja feladataiból?	Igen	Nem	Úgy érzi, mások kihasználják Önt?	Igen	Nem
Mindig úgy érezte, hogy minden feladatot tökéletesen kell megoldania?	Igen	Nem	Szótlanul tűri, hogy kinevezzék?	Igen	Nem
Tempó			Érzelmei		
Gyorsan beszél, jár, és/vagy vezet?	Igen	Nem	Általában magába fojtja dühét?	Igen	Nem
Gyakran szorítja az idő?	Igen	Nem	Ha boldogtalan, ritkán mondja el másoknak?	Igen	Nem
Erős Önben a versenyszellem?	Igen	Nem	Ha feldühödik, később szégyenkezik miatta?	Igen	Nem
Felbosszantja a lassú közlekedés?	Igen	Nem	Általában elrejtje érzelmeit?	Igen	Nem
Életszemlélet			Társas kapcsolatok		
Ritkán érzi magát elégedettnek és boldognak?	Igen	Nem	Általában elkerüli a másokkal való konfliktust?	Igen	Nem
Úgy érzi, hogy az élete kicsúszott a kezéből?	Igen	Nem	Nehezeére esik szívességet kérni?	Igen	Nem
Gyakran kockáztat?	Igen	Nem	Halogatja a nehéz döntéseket?	Igen	Nem
Gyakran érezte magát tehetetlennek?	Igen	Nem	Ritkán bocsátkozik vitába?	Igen	Nem

Az „Igen” válaszok száma: _____

AZ EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS SZOKÁSOK

Kérjük, jelölje meg válaszait, majd adja össze a pontokat, és írja az összeget az utolsó sorba!

Káros szenvedélyek		
Dohányzik?	Igen (0)	Nem (2)
Hetente több mint hétszer fogyaszt alkoholt?	Igen (0)	Nem (2)
Fogyaszt élnékítőszert?	Igen (0)	Nem (2)
Aggódik-e amiatt, hogy túl sok gyógyszert fogyaszt?	Igen (0)	Nem (2)
Étrend		
Szigorúan figyel-e arra, mit és mennyit eszik?	Igen (1)	Nem (0)
Kellemes környezetben szokott étkezni?	Igen (1)	Nem (0)
Lassan és nyugodtan étkezik?	Igen (1)	Nem (0)
Testmozgás		
Munkája vagy élete mozgásigényes?	Igen (1)	Nem (0)
Végez-e rendszeresen könnyű testmozgást?	Igen (1)	Nem (0)
Végez-e rendszeresen intenzív testmozgást?	Igen (2)	Nem (0)
Életritmus		
Képes-e Ön irányítani életritmusát?	Igen (2)	Nem (0)
Úgy érzi-e, hogy van elég tartalék energiája?	Igen (1)	Nem (0)
Eleget alszik Ön?	Igen (2)	Nem (0)
	Összesen:	_____

TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG

Kérjük, jelölje meg válaszait, majd adja össze a pontokat!

Problémáimat megtartom magamnak.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Több olyan ember is van, akivel együtt szoktam tölteni az időmet.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Úgy érzem, hogy barátaim számára kevésbé vagyok fontos.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Vannak barátaim, akik mindig készek támogatni.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Úgy érzem, senki sincs, akinek elmondhatnám gondjaimat.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Gyakran érzem magányosnak magam.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Több (baráti) társaság tagja vagyok.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Gyakran elhívnak érdekes programokra.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
		Összesen:	

A STRESSZRE ADOTT VÁLASZ

Kérjük, jelölje meg válaszait, majd adja össze a pontokat!

Magamat hibáztatom a problémáimért.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Mindig keresek valami jót az adott helyzetben.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Azt kívánom, bárcsak elmúlna az egész.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Megpróbálom elfelejteni az egészet.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Megtervezem, hogy mit tegyek.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Jó irányba változom vagy fejlődök.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Kritizálom vagy kioktatom magam.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Nem veszek tudomást a problémáról.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Tanácsot kérek valakitől, akit tisztetek.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Azt kívánom, bárcsak másként érezhetnék.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
		Összesen:	

ELÉGEDETTSÉG AZ ÉLETTEL

Kérjük, jelölje meg válaszait, majd adja össze a pontokat!

Meg vagyok elégedve egészségi állapotommal.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Boldogtalan vagyok munkámmal kapcsolatban.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Örülök, hogy biztos munkám van.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Elégedetlen vagyok főnökömmel.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Elégedett vagyok személyes kapcsolataimmal.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Családi problémák aggasztanak.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Elégedett vagyok anyagi helyzetemmel.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Elégedetlen vagyok lakásom vagy a környék miatt.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
		Összesen:	

ÉLETCÉL ÉS KAPCSOLATOK

Kérjük, jelölje meg válaszait, majd adja össze a pontokat!

Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Életemnek nincs célja és értelme.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Az életben sok minden okoz nekem nagy örömet.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Képes vagyok megbocsátani magamnak és másoknak.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Kétlem, hogy életemnek bármilyen jelentősége volna.	Ritkán (2)	Néha (1)	Gyakran (0)
Az értékeim és hitem vezérelnek mindennapjaimban.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Összhangban vagyok a körülöttem lévő emberekkel.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
Meg vagyok békélve helyemmel az életben.	Ritkán (0)	Néha (1)	Gyakran (2)
		Összesen:	

ÉRTÉKELÉS

A STRESSZ ÖSSZESÍTÉSE: Kérjük, írja be a táblázatba az egyes témákhoz tartozó válaszok összegét és a hozzá tartozó stresszértékeket!

						<i>Az Ön értékei</i>
Kicsoda ön?	Válaszok összege	0-2	3-7	8-12	13+	
	Stresszérték	0	1	2	3	
Életének változásai a közelmúltban	Válaszok összege	0-199	200-299	300-449	450+	
	Stresszérték	0	1	2	3	
Testi tünetek	Válaszok összege	0-2	3-4	5-6	7+	
	Stresszérték	0	1	2	3	
Pszichológiai tünetek	Válaszok összege	0	1-2	3-4	5+	
	Stresszérték	0	1	2	3	
Magatartás és érzelmek	Válaszok összege	0-3	4-6	7-8	9+	
	Stresszérték	0	1	2	3	

Az öt stresszérték összege az Ön összesített STRESSZPONTSZÁMA: _____

A fenti stresszértékek alapján megtalálhatja az egyes fejezetekhez tartozó Önre jellemző érték jelentését!

Kiváló (0)	Jó (1)	Elégséges (2)	Aggodalomra okot adó (3)
-------------------	---------------	----------------------	---------------------------------

A MEGKÜZDÉS ÖSSZESÍTÉSE: Kérjük, írja be a táblázatba az egyes témákhoz tartozó válaszok összegét és a hozzá tartozó megküzdés-értékeket!

						<i>Az Ön értékei</i>
Az egészséggel kapcsolatos szokások	Válaszok összege	0-9	10-12	13-16	17-20	
	Megküzdés-érték	0	1	2	3	
Társas támogatottság	Válaszok összege	0-7	8-10	11-13	14-16	
	Megküzdés-érték	0	1	2	3	
A stresszre adott válasz	Válaszok összege	0-9	10-12	13-16	17-20	
	Megküzdés-érték	0	1	2	3	
Elégedettség az élettel	Válaszok összege	0-7	8-10	11-13	14-16	
	Megküzdés-érték	0	1	2	3	
Életcél és kapcsolatok	Válaszok összege	0-7	8-10	11-13	14-16	
	Megküzdés-érték	0	1	2	3	

Az öt megküzdés-érték összege az Ön összesített MEGKÜZDÉSI PONTSZÁMA:

A fenti megküzdés-értékek alapján megtalálhatja az egyes fejezetekhez tartozó Önre jellemző érték jelentését!

Kiváló (0)	Jó (1)	Elégséges (2)	Aggodalomra okot adó (3)
-------------------	---------------	----------------------	---------------------------------

A STRESSZ ÉS A MEGKÜZDÉS MÉRLEGE

Jegyezze fel az **ÖSSZESÍTETT MEGKÜZDÉSI PONTSZÁMÁT**: _____

Jegyezze fel az **ÖSSZESÍTETT STRESSZPONTSZÁMÁT**: _____

Számítsa ki a fenti összesített pontszámok különbségét (Megküzdési pontszám-stresszpontszám): _____

Az alábbiakban a stressz és a megküzdés mérlegének értékelését találja.

Kiváló (3)	Jó (2)	Elégséges (1)	Aggodalomra okot adó (0)
5 és 15 között	0 és 4 között	-4 és -1 között	-15 és -5 között

VÉLEMÉNY ÉS JAVASLATOK

Kiváló: Gratulálunk, Ön nagyon jól csinálja! Megküzdési képessége nagyban felülmúlja az Önt ért stresszhatásokat. Csak így tovább!

Jó: Megküzdési képessége meghaladja az Önt ért stresszhatásokat. Ez pozitív dolog! Lehetne-e a megküzdési képessége még jobb? Az alábbiakban talál néhány javaslatot.

Elégséges: Az Önt érő stressz szintje meghaladja megküzdési képességét. Tekintse meg alul, hogyan tudná csökkenteni stressz-szintjét és növelni megküzdési képességét. Olvassa át alaposan az alábbi listát és válasszon ki néhányat a követendő javaslatok közül!

Aggodalomra okot adó: Az Ön stressz-szintjének és megküzdési képességének mérlege súlyos aránytalanságról tanúskodik. Feltehetően Ön is érzi ennek a helyzetnek a terhét. Olvassa át alaposan az alábbi listát és válasszon ki a tanácsok közül néhányat, amit be tud építeni mindennapjaiba.

Általános javaslatok listája:

1. Lassítson! Kevesebb feladatot vállaljon!
2. Forduljon orvosához, vagy keressen más tanácsadót! Vigye el nekik ezt a kérdőívet!
3. Iratkozzon be relaxációs vagy meditációs tanfolyamra!
4. Gondolkozzon azon, hogy beiratkozik önbizalomnövelő tanfolyamra!
5. Folytasson egészséges életmódot!
6. Figyeljen az embertársaival való kapcsolataira!
7. Próbálja a természetet jobban megérteni és tisztelni!
8. Fedezze fel életének olyan területeit, mely megelégedettséget okoz Önnek, s fejlessze ezeket!
9. Fejlessze lelki életét!
10. Ossa meg másokkal azt, amit tanult.

Ezek a javaslatok a stresszel való megküzdésnek csak a kezdeti lépéseit jelentik. Fontos, hogy további információt szerezzen. Kapcsolatba léphet egészségügyi szakemberekkel, tanfolyamokon vehet részt, önsegítő könyveket, kazettákat, videókat tanulmányozhat.

3. melléklet - Interjú kérdések

I. A téma háttere kb. 30 perc

A Testi tudatosság kérdőív csomag végén lévő táblázatok átbeszélése, pontosítása.

1. Hogyan lett terapeuta?
2. Hogyan került kapcsolatba az említett testtudati technikán alapuló módszer(ek)kel/önismereti módszerrel?
3. Mi fogta meg leginkább az említett módszerben? Mi okoz örömet benne?
4. Mi okoz/ott nehézséget az említett módszerben?
5. Mit változtatott meg a módszer gyakorlása a személyes életében?

II. A módszer hatása a terápiás munkára kb. 50 perc

1. Idézz fel egy tipikus munkanapját attól a pillanattól, hogy elkezd készülni egy terápiás csoportfoglalkozásra/ vagy egyéni ülésre, addig, míg leteszi a páciens(ek) történetét!
2. A felidézett eseményekben vannak-e olyan tevékenységek, amelyekben tudatosan szokott figyelni a testében zajló folyamatokra? Mondjon erre minél részletesebb példákat!

3. Meséljen el minél részletesebben egy olyan esetet a praxisából, amelyet sikeresnek ítél!

4. Véleménye szerint mi okozhatta a terápiás változást, volt-e fordulópont a páciensnél az említett esetben?

5. Emlékszik-e olyan pillanatra a terápiában, amikor nem a szavak szintjén történt valami fontos változás a páciensnél?

6. Meséljen el minél részletesebben egy olyan esetet, amelyben nehézségei adódtak egy pácienssel, és nem végződött sikerrel az eset!

7. Véleménye szerint mi okozhatta ezeket a nehézségeket? Hogyan jutottak túl a nehézségen? Vagy hogyan végződött az eset?

8. Emlékszik-e olyan pillanatra a terápiában, amikor nem a szavak szintjén történt valami fontos változás ennél a páciensnél?

9. Idézz fel jellegzetes nehéz testi érzeteket, érzéseket a terápiás ülésekről!

10. Amióta gyakorolja az említett módszert, felfedezett-e valamilyen változást a munkájában, amit azóta másképp csinál?

11. Alkalmaz-e konkrét testtudati/önismereti gyakorlatokat a terápiában a páciensekkel?

12. Vannak-e olyan alapelvek, gyakorlatok az említett módszerben, amit még tudna alkalmazni a terápiás hatékonyság növelésére?

4. melléklet

Találkozás pillanatok példái

„Vagy hogy a szennyeseből vették vissza a ruhát, hogy el tudjanak menni az iskolába, és akkor az ő szeme is könnybe lábad, meg az enyém is. És akkor csak hallgatunk...”

„Hogy mondjam? Ránk telepszik egy szomorúság, vagy egy bármilyen érzés, amiről addig szó volt, és akkor csak egy kicsit csendben ülünk, hogy azt így mindketten megérezzük.”

„Olyan sokszor elmondta, hogy nagyon mélyen együtt éreztem vele. És igen, akkor meghalt. Ez biztos, egy kulcsmozzanat volt, hogy kvázi én akkor vele voltam ebben a gyászban.”

„És volt egy óra, amikor, hát én már tudtam, mert elmesélte előző alkalommal, hogy ez történt a cselekvések szintjén, de a másik órában visszatértünk erre, és utána alig beszéltünk, s akkor valami megtörtént állati intenzíven, így az együtt levés szintjén. Tehát egy ilyen érzelmi flow-ban csak ültünk, én is egy ilyen mély, lelkiismeret furdalásos fájdalomban...”

„És akkor így nagyon-nagyon elérzékenyült, és így elsírta magát, hogy így nem tudom, hogy valaki ezt így kibírja, hogy őneki. Tehát nem az van, hogy tovább kell menni, meg ellökik, és akkor ezzel lezárjuk, becsukjuk az ajtót, hanem hogy van lehetőség, akkor így elbúcsúzni.”

„Tekintetek találkozása, a légzés egymásra hangolódása. Olyan mély tartalmak megosztásában az együttérzés kifejeződése, amikor erre kifejezetten szükség volt, hogy nem szavakkal fogalmaztuk meg, de úgy együtt lenni a térben csendben, és megélni a kapcsolódás pillanatát.”

„És akkor hosszan hallgattam, és egyszer csak, így ahogy így feküdt (a páciens). Hátranézett, hogy akkor megnézzem engem... És akkor találkozott a tekintetünk, mert hát én láttam, hogy ő mozdul, és kíváncsi voltam, hogy akkor mit fog megnézni, vagy hogy mit akar csinálni. És akkor arra nem számított, hogy ennyire telibe találkozik a tekintetünk. Tehát hogy mindent el tudott képzelni, de azt nem, hogy én látni fogom, és hogy ahogy rám néz, akkor találkozunk.”

„Az ő anyukája az ilyen nagyon tanácsot ad, ilyen nagyon. Tudod, belemegy a másik határvonalai mögé, hogy mit kéne csinálni. Nem hagy csendeket, nem hagy időt, talán

ezek, amik így közöttünk meg ott tudnak lenni. Tehát olyan figyelem, ami tényleg az övé, meg tényleg az ő tere, nem veszem el tőle.”

„Tehát hogy ott az volt benne (a páciensben), hogy el fogom veszíteni a férjemet... Emlékszem, hogy ott nincs beszéd, csak sír, én meg ott vagyok, és ezt bírom. Meg azt mutatom, hogy ezt lehet...”

„Úgy történt, hogy ő így mesélt teljes kétségbeesésben, és emlékszem, hogy hátradőlök, megfogom a fotelt, és csak hallgatom, és folynak a könnyeim. Valahogy annyit mondok neki, hogy ez nagyon-nagyon nehéz. Hogy valahogy nem csoda, hogy ennyi érzés lehetett önben... Attól (lett változás a terápiában), hogy én mégis valahogy így nyugodt tudtam maradni.”

Elvétett vagy létre nem jövő találkozás pillanatok példái

„Nem tudom, egy otthonosság érzés, hogy amikor valakivel beindul egy terápia, akkor ő így megvan, és akkor így jön, és elindul egy történet, és akkor vagyunk mi. Vele valahogy ez az érzés nem volt meg.”

„És hogy mivel ez a páciens egy krónikus játszmában van az anyjával, azt gondolom, hogy ott köztünk történhetett valami, ahol én megpróbáltam okosabb lenni mint ő, vagy valamit jobban megmenteni úgy hirtelen, mint amennyire szüksége lett volna.”

„Igazából azért nehéz erről (beszélni), mert hogy ott volt egy ilyen nagyon erős testi élmény, de hogy ugyanakkor meg valahogy nem tudom megfogni.”

„Sokszor úgy érzem, hogy egyszerűen nem találok rajta fogást.”

„Ez volt a legnehezebb, hogy ilyen leértékelt, lealázott rossz tárgynak lenni hosszú távon, elég nehéz. Én ezt elég sokáig így mindig próbáltam visszafordítani... Tehát amikor egy kicsit is lett volna valamiféle összhang köztünk, akkor azonnal kiszállt, és gúnyosan (mondott) valamit. A nem szavak szintjén fényévekre voltunk egymástól. Nem lehetett azt átélni, hogy úgy együtt vagyunk valamiben.”

„És hát igazából vele folyamatosan olyan volt a munkánk, hogy így mindig azt éreztem, hogy így próbálnék közelebb menni, de nem tudok.”

„De az a fajta nyafogás, amihez nehéz, nem tudsz érzelmileg kapcsolódni, mert az együttérzéshez nincs rés, nem tudom, nem lehet hozzá kapcsolódni, csak nyafog, nyafog, és senki sem épül belőle, sem ő, sem a kapcsolat.”

„És ezt a fajta dühöt állandóan eljátszom, olyan nehéz... Mert hogy itt is ilyen képek fogalmazódnak meg bennem, hogy őt egy ilyen elkényeztetett gyereknek látom, én magamat meg egy olyan anyának, aki tényleg elveszíti a türelmét.”

„Ezért folyton érződött egy ilyen burok, hogy van körülötte egy burok, ami eddig és ne tovább.”

„Ha nem taszított volna ennyire az anyuka, akkor lehet, hogy jobban bele tudtam volna helyezkedni, és jobban az ő szemszögéből nézni.”

5. melléklet: Adatlap



EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR
TANULMÁNYI HIVATAL
Oktatásszervezési Iroda

¹ADATLAP

a doktori értekezés nyilvánosságra hozatalához

I. A doktori értekezés adatai

A szerző neve: Korbai Hajnal

MTMT-azonosító: 10060422

A doktori értekezés címe és alcíme: Testtudati technikák különböző alkalmazott területeken – A terapeuták testi tudatosságának, kapcsolati kompetenciájának és a terápiás hatékonyságának az összefüggései
DOI-azonosító²: 10.15476/ELTE.2019.179

A doktori iskola neve: ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola

A doktori iskolán belüli doktori program neve: Szocializáció és társadalmi folyamatok program

A témavezető neve és tudományos fokozata: Ehmann Bea, PhD

A témavezető munkahelye: MTA TTK Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet

A témavezető neve és tudományos fokozata: Vermes Katalin, PhD

A témavezető munkahelye: SE TSK GTI, Társadalomtudományi Tanszék

II. Nyilatkozatok

1. A doktori értekezés szerzőjeként³

a) hozzájárulok, hogy a doktori fokozat megszerzését követően a doktori értekezésem és a tézisek nyilvánosságra kerüljenek az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban. Felhatalmazom az ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola hivatalának ügyintézőjét Barna Ildikót, hogy az értekezést és a téziseket feltöltse az ELTE Digitális Intézményi Tudástárba, és ennek során kitöltse a feltöltéshez szükséges nyilatkozatokat.

b) kérem, hogy a mellékelt kérelemben részletezett szabadalmi, illetőleg oltalmi bejelentés közzétételéig a doktori értekezést ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban;⁴

c) kérem, hogy a nemzetbiztonsági okból minősített adatot tartalmazó doktori értekezést a minősítés (dátum)-ig tartó időtartama alatt ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban;⁵

d) kérem, hogy a mű kiadására vonatkozó mellékelt kiadó szerződésre tekintettel a doktori értekezést a könyv megjelenéséig ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban, és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban csak a könyv bibliográfiai adatait tegyék közzé. Ha a könyv a fokozatszerzést követően egy évig nem jelenik meg, hozzájárulok, hogy a doktori értekezésem és a tézisek nyilvánosságra kerüljenek az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban.⁶

2. A doktori értekezés szerzőjeként kijelentem, hogy

a) az ELTE Digitális Intézményi Tudástárba feltöltendő doktori értekezés és a tézisek saját eredeti, önálló szellemi munkám és legjobb tudomásom szerint nem sértem vele senki szerzői jogait;

b) a doktori értekezés és a tézisek nyomtatott változatai és az elektronikus adathordozón benyújtott tartalmak (szöveg és ábrák) mindenben megegyeznek.

¹ Beiktatta az Egyetemi Doktori Szabályzat módosításáról szóló CXXXIX/2014. (VI. 30.) Szen. sz. határozat. Hatályos: 2014. VII.1. napjától.

² A kari hivatal ügyintézője tölti ki.

³ A megfelelő szöveg aláhúzendő.

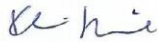
⁴ A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell adni a tudományági doktori tanácshoz a szabadalmi, illetőleg oltalmi bejelentést tanúsító okiratot és a nyilvánosságra hozatal elhalasztása iránti kérelmet.

⁵ A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell nyújtani a minősített adatokra vonatkozó közokiratot.

⁶ A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell nyújtani a mű kiadásáról szóló kiadói szerződést.

3. A doktori értekezés szerzőjeként hozzájárulok a doktori értekezés és a tézisek szövegének plágiumkereső adatbázisba helyezéséhez és plágiumellenőrző vizsgálatok lefuttatásához.

Kelt: Budapest, 2019. június 27.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized cursive letters.

a doktori értekezés szerzőjének aláírása