

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Pedagógiai és Pszichológiai Kar
Pszichológia MA

Felépüléstörténetek narratív elemzése

Kiss Márta

Prof. Dr. Rácz József, tanszékvezető, egyetemi tanár

2015.

Tartalomjegyzék

Előszó.....	5
Elméleti bevezető.....	5
Narratívák betegségről és felépülésről.....	5
A bio-medikális narratíva	6
A felépülés szemléletű narratíva.....	8
A betegségről és felépülésről szóló narratívák hatása mentális zavarral élőkre.....	9
A narratív identitásról	11
A narratív megközelítés alapgondolatai	11
Identitás mint narratív konstrukció	12
Identitás mint élettörténet	12
A narratív identitás megszerkesztése	14
Betegség, felépülés és narratív identitás	15
Betegség, mint törés a narratív identitás folyamatosságában	15
A narratíva mint a biográfiai törés kompenzálásának eszköze.....	16
Kutatási kérdések és irodalmi áttekintés.....	19
Kutatási kérdések.....	19
Korábbi kutatási eredmények	19
Módszertan.....	24
Minta, kontextus	24
A kiválasztás kritériumai és körülményei.....	24
A minta jellemzői.....	24
Kontextus	25
Személyes involváltság.....	25
Adatfelvételi eljárás	26
Adatelemzés.....	27
Eredmények	29
Az élettörténet megszerkesztése a betegség és a felépülés mentén	29
Élettörténeti folyamatok megalkotása	29
Élettörténeti koherencia megalkotása	32
Betegség –és felépülésnarratívák.....	34
Átfogóbb narratívák.....	34
Bio-medikális narratíva.....	34
GOÁMA, vagy felépülés szemléletű narratíva.....	38
Vallási narratíva.....	40
Kontroll narratíva.....	41

Közösségi narratíva.....	43
Narratíva töredékek.....	45
Stigmatizáló narratíva	45
Normalizáló narratíva	46
Kereső-felfedező narratíva.....	47
A tanulás és az irodalom mint a felépülés mérföldkövei.....	47
Felépüléssel kapcsolatos képek, metaforák	48
Megvitatás.....	49
Az élettörténet megszerkesztése	49
Élettörténeti folyamatok	49
Élettörténeti koherencia	50
Betegség- és felépülésnarratívák	50
Átfogó narratívák.....	50
Bio-medikális narratíva.....	50
Pszichológiai narratíva.....	51
GOÁMA / felépülés szemlélet narratívája.....	52
Vallási narratíva	53
Kontroll narratíva.....	53
Közösségi narratíva.....	54
Narratíva töredékek.....	55
Stigmatizáló narratíva	55
Normalizáló narratíva	55
Kereső-felfedező narratíva.....	56
Tanulás és irodalom narratívája.....	56
Irodalmi képek, metaforák.....	57
Kitekintés, a kutatás erősségei és gyenge pontjai	57
Kitekintés	57
Erősségek és gyengeségek.....	58
Irodalomjegyzék	59
Mellékletek	63
Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat	63

Táblázatok

1.Táblázat: A vizsgálati személyek adatai	25
2. Táblázat: Az élettörténet megszerkesztését illusztráló idézetek altémába, főtémába és szerkezeti elembe való csoportosítása	28

3. Táblázat: A betegséget és felépülést értelmező idézetek altémába, főtémába és narratívába való rendezése.....	28
4. Táblázat: Betegség-és felépülési narratívák, és narratíva töredékek	65

Előszó

Szakedolgozatomban azt vizsgálom, miként gazdagíthatják egyes szám első személyű felépüléstörténetek, vagy más néven felépülési narratívák a klinikai pszichológia elméleti és gyakorlati tudományát. Mielőtt rátérnék ennek a kérdésnek az elméleti hátterére, szeretnék pár alapfelvetést leszögezni, amelyek a dolgozat megközelítését megalapozzák, és a kutatás vezérfonalát képezik. Dolgozatomban a narratív szemlélet érvényesül, amely szerint az ember narratívákon keresztül, és narratív eszközök segítségével ismeri meg, értelmezi és alkotja meg a szociális világot és benne önmagát is (Bruner, 1991; Gergen és Gergen, 1997, Ezzy, 1998). Narratíva alatt olyan szöveget értek, amely eseményeket beszél el, és rendelkezik időbeli és logikai koherenciával (Hoshmand, 2005). Amikor a szociális világot és önmagunkat értelmezzük, olyan, szociálisan konstruált narratívákra támaszkodunk, amelyek számunkra elérhetőek és elfogadhatóak (Cushman, 1990, Adame, 2006). Ez azt jelenti, hogy a kultúra, a társadalmi intézmények közvetítenek bizonyos történeteket, vagy szövegszerű ideológiákat, amelyek mind tartalmukban, mind pedig formájukban hatást gyakorolnak azokra a történetekre, amelyeket mi saját magunknak elbeszélünk, amikor a valóságnak értelmet adunk. Végül fontos, hogy a világról és az önmagunkról alkotott narratíváink dinamikusan, az aktuális helyzet és interakciók függvényében módosulnak.

Vizsgálatom kvalitatív módszert, ezen belül narratív technikát alkalmaz, amely mind a vizsgálati személyek, mind a kutató szubjektivitását előtérbe helyezi. Ennek megfelelően szakdolgozatomban az egyes szám első személyű névmást alkalmazom.

Mivel a narratív szemlélet számomra új terület, illetve a pszichológiai kutatásokban sem tekinthető domináns megközelítésnek, szükségét éreztem, hogy az elméleti bevezetőben ezzel a szemlélettel részletesebben is foglalkozzam. Ennek megfelelően először összevetem a pszichiátriai zavarról alkotott bio-medikális narratívát a felépülés szemléletű narratívával, majd a narratív fordulatot, valamint a narratív identitáskonstrukció koncepcióját világítom meg. Ezt követően felvázolom általános kutatási kérdéseimet, mielőtt hasonló kérdésfelvetéssel foglalkozó korábbi kutatásokat ismertetek.

Elméleti bevezető

Narratívák betegségről és felépülésről

Klinikai pszichológusként szükségünk van egy többé-kevésbé egységes *narratívára*, amely segít nekünk értelmezni azt, amivel szakmai életünk során találkozunk. Ez a narratíva lehetővé teszi, hogy egyáltalán beszélni tudjunk pszichés zavarokról, hogy logikus elméleti rendszerbe foglaljuk mindazt, amit a pszichés problémákról, illetve az utóbbiaktól szenvedő személyekről tudni vélünk. Ennek a narratívának mentén jelöljük ki az élményeknek azon tartományát, amelyet patológiásnak, azaz a normalitáson kívül esőnek nevezünk. Ezeket az élményeket bizonyos, előre meghatározott szempontok alapján diagnosztikai kategóriákba szervezzük, leírjuk őket, magyarázatokat adunk kialakulásukra, valamint megfogalmazzuk lehetséges gyógyító mechanizmusokat és kimeneteleket.

Az elkövetkezőkben a mai pszichiátriai ellátást leginkább domináló bio-medikális narratívát fogom összevetni a felépülés szemlélet narratívájával, kitérve arra

is, hogy a különböző narratívák miképpen hatnak a pszichiátriai problémával küzdő egyénre.

A bio-medikális narratíva

A tizenkilencedik század végétől az orvostudomány rohamos fejlődésnek indult, és kialakította a bio-medikális modellt, melynek narratívája a huszadik század nagy részében, és még ma is meghatározza azt, ahogy betegségről és egészségről gondolkodunk. A bio-medikális modell értelmében a betegségek, (a pszichiátriai megbetegedések is), kizárólag biológiai, testi folyamatok zavarára vezethetők vissza (Kulcsár, 2002). A biológiai pszichiátria értelmezésében tehát a pszichés zavarok agyi eredetűek, amelyek bio-kémiai, valamint genetikai háttérrel rendelkeznek (Harangozó, 2009). A tünetek alapján betegségkategóriákat lehet kidolgozni, és a tüneteket szintén vegyi úton, azaz gyógyszeresen lehet kezelni. A gyógyszeres kezelés célja a tünetek kontrollálása, szinten tartása, csökkentése, vagy adott esetben megszüntetése. A bio-medikális narratívára jellemző ezen túl, hogy a betegsége, illetve a tünetekre, nem pedig a betegre összpontosít, a nagy pszichiátriai kórképeket, mint a szkizofrénia, vagy az affektív zavarok, legtöbbször krónikusnak ítéli, és a felépülésre csekély esélyt vizionál. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kidolgozott, és a nyugati világban elterjedt alkalmazásnak örvendő diagnosztikai kézikönyvének harmadik kiadása, a DSM-III igen sötét prognózist fest például szkizofrénia esetében. „*A premorbid működéshez való teljes visszatérés szokatlan, valójában annyira ritka, hogy ilyen esetben a klinikusok a diagnózist is megkérdőjeleznék. Ugyanakkor a teljes remisszió lehetősége mindig fennáll, bár a gyakorisága ismeretlen. A megszokott lefolyást akut fázisok és az epizódok között növekvő reziduális károsodás jellemzi*” (DSM-III, 185. old, idézi Harding, 1987, 727. old). A személy pszicho-szociális jellemzőit a bio-medikális narratíva sem a tünetek kialakulása, sem pedig a prognózis szempontjából nem tartja relevánsnak.

A huszadik században az orvostudomány fejlődésének, valamint az egészséges étellel való fokozott foglalkozás következtében a bio-medikális modell meghatározó tekintélyre tett szert a társadalomban, és úgy nevezett domináns, vagy „master” narratívává vált (Thorne és McLean, 2003, idézi Adame, 2006, 4. old). A társadalomban domináns narratívára az jellemző, hogy meghatározza a világ megtapasztalásának adekvát módját, a társadalom tagjai pedig kényszerítve érzik magukat, hogy ezeknek a narratíváknak megfelelően tekintsenek a világra és saját magukra, különösen, amennyiben megbetegszenek, és a narratíva által közvetlenül érintetté válnak. A bio-medikális narratíva egy fajta medikalizált valóságot kreál, amelyben a pszichiátriai zavarral küzdő személy minden problémája biokémiai egyensúlybomlás eredménye. Ez az elgondolás jól tükröződik egy, Harangozó (2009) korábban idézett cikkében ismertetett esetben, amikor egy házassági krízis alkalmával a jól informált házastárs a következő szavakat intézte általa bipolárisnak vélt partneréhez: „Kezeltetned kell az agyadban lévő kémiai egyensúlyzavart!” (Harangozó, 2009, 909. old). Ez jól mutatja, miként támaszkodik az egyén a társadalom domináns narratívájára, hogy saját valóságát értelmezze. Természetesen, ennek a narratívának az érvényességét felerősíti az, hogyha a kezelő pszichiáterek betegségértelmezésében, és páciensekhez való viszonyulásában is ennek a narratívának a premisszái tükröződnek. A bio-medikális narratívából következően, a pszichiáter feladata, hogy az észlelt tünetek alapján azonosítsa a diagnosztikai kategóriát, amelybe a beteget tartozónak véli, és a személyt diagnózisának megfelelő gyógyszeres kezelésben részesítse. A korábban említett prognózisból

kiindulva nem meglepő, hogy a pszichiátriai tapasztalatokról szóló személyes beszámolók tele vannak olyan élményekkel, amelyekben a kezelőorvos az ijesztő diagnózist krónikus betegségként írja le, amely képtelenné teszi a személyt, az önálló életvitelre, és élete végéig másoktól, és a pszichiátriai ellátástól teszi függővé (Deegan, 1988; Roberts és Wolfson, 2004; Johnstone, 2000). Ezekben az elbeszélésekben a pszichiáterek gyakran úgy vannak feltüntetve, mint akik paternalisztikusan bánnak pácienseikkel, és alapvetően csak tüneteik iránt érdeklődnek.

A bio-medikálisnak nevezett narratíva mellett a média által közvetített diskurzus is erőteljes hatással van arra, ahogyan a társadalom a mentális zavarokról, valamint az azzal élőkről képet alkot, ez pedig gyakran képezi alapját stigmatizáló és diszkriminatív magatartásformáknak. A közmédia a pszichiátriai betegséggel küzdőt gyakran kiszámíthatatlan, nem normális, örült és erőszakos cselekedetekre hajlamos személyeként ábrázolja (Johnstone, 2000; Leamy és mtsai, 2011). Az erőszakkal elkövetett bűncselekmények mögött előszeretettel feltételeznek pszichés problémát, gyakran kezeletlen szkizofréniát (ld.: <http://www.nyitnikek.hu/index.php?p=szegyenfal>). Társadalmunkban tehát a pszichés betegségről és az azzal élőkről szóló domináns narratíva jórészt megőrző, és jellemző, hogy megmagyarázhatatlan, „abnormális”, a társadalmi normáknak nem megfelelő viselkedést orvosi, első sorban pszichiátriai problémaként értelmezzük.

Ezzel párhuzamosan, körülbelül az 1970-es évek óta egyre több forrásból éri kritika a bio-medikális narratívát, ami relativizálja azt, és teret enged új diskurzusoknak a lelki problémák konstrukciójában. Az antipszichiátria több meghatározó szerzője a hatalom és a társadalmi kontroll gyakorlásának megvalósulását látja a pszichiátria narratívája és intézményes működése mögött, alapot szolgáltatva pszichiátria-kritikus mozgalmaknak (Bracken és Thomas, 2010; Szasz, 2010). Szasz az általa kritizált pszichiátria orvosi narratívái helyett például a szépirodalom mentális szenvedésről alkotott elbeszéléseit emeli ki, mint a megismerés és megértés optimálisabb formáját. „*Úgy vélem, a mentális distressz jobb megértésére tehetünk szert Shakespeare-től, vagy Dostojevszkij-től, mint az Amerikai Pszichiátriai Társaság Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyveiből*” (Szasz, 2003, 231. old). A diagnosztikai kategóriák érvényességét azonban nem csak antipszichiátriai, de pozitivisták is érték (Harangozó, 2009, Dutta és mtsai, 2007). Ennek a kritikának az értelmében a pszichiátriai betegségek nem felelnek meg több olyan kritériumnak sem, amelyek lehetővé tennék a tünetek egységes, és lehatárolt kategóriákba és szindrómákba való besorolását. Valójában a mentális zavarral élőket nem lehet jól elkülöníteni a normál populációtól, a különböző mentális betegségek között sincsenek egyértelmű megkülönböztetési szempontok, továbbá a lefolyás és a kórkimenetel is nagyon változó egy adott kategórián belül, végül pedig a laboratóriumi igazolás is hiányos (Harangozó, 2009, 907-908. old). A szigorú tünetfókusz, a biológiai redukcionizmus, a páciens személyes történetének és pszicho-szociális kontextusának figyelmen kívül hagyása, valamint az ezekből következő hiányos tudás és korlátozott hatékonyságú gyakorlat szintén gyakran szerepel a pszichiátria-kritikus irodalomban (Roberts, 2004; Dutta és mtsai, 2007). A bio-medikális modell megkérdőjelezése, és a pszicho-szociális tényezők szerepének előtérbe kerülése minden bizonnyal kedvezett a pszichológia fejlődésének, valamint a pszichológusok nagyobb számban való megjelenésének a pszichiátriai intézményekben, és ezzel együtt egy új tudományos megközelítés is teret nyerhetett. Ezek a változások tehát lehetővé és szükségessé tették, hogy új narratívák segítségével értelmezzük a pszichés szenvedést. Ennek is köszönhető, hogy a szakemberek mellett maguk az

érintettek is ennek az értelmezésnek a forrásává váltak, és létrejöhetett a felépülés-mozgalom, valamint a felépülés szemlélet megjelent a klinikai gyakorlatban is.

A felépülés szemléletű narratíva

A felépülés szemlélet alapjait az Egyesült Államokban, az 1970-es években elindult pszichiátriai páciensek felszabadításáért alakult mozgalom szolgáltatta, valamint a központosított pszichiátriai intézményrendszer felbomlása is hozzájárult ennek a narratívának a terjedéséhez. (Chamberlin, 1990). Ennek a mozgalomnak a tagjai az angol nyelvű irodalom alapján „ex-páciensként” vagy „pszichiátriai túlélőként” is azonosítják magukat, és alapvetően a pszichiátriában elszenvedett, gyakran bántalmazó és méltatlan bánásmód, valamint a társadalmi stigma ellen harcolnak. A nők és a homoszexuálisok emancipációjához hasonlóan a pszichiátriai túlélők is emberi jogi aktivistaként határozzák meg saját szerepüket (Bassman, 1997, idézi Adame, 2006, 5. old). A pszichiátriai túlélők egy rendszeresen megjelenő folyóiratot is szerkesztettek, amely hozzájárult a felépülés szemlélet megerősödéséhez és terjedéséhez. Az újság a *Madness Network News* címet viselte, és hosszú időn át a mozgalom „szavának” legfőbb forrását jelentette. Tartalma leginkább személyes élettörténetekben, irodalmi és művészeti alkotásokban, politikai elméletismertetésekben és hírközlésben merült ki, természetesen szigorúan az ex-páciensek hangnemében (Chamberlin, 1990).

A mozgalom a pszichiátriai gyakorlatot uraló bio-medikális narratívával szemben határozza tehát meg magát, és a pszichés betegségek értelmezésében a tudományos megközelítés helyett az érintettek egyéni definícióját helyezi középpontba. Ez az új diskurzus, ahogy a nevéből is látszik, előtérbe helyezte a pszichiátriai zavarból való *felépülés* fogalmát a más, testi betegségeknél használt *gyógyulás* fogalma helyett. A pszichiátriai túlélők mozgalma teljes mértékben megkérdőjelezte a bio-medikális modell pesszimisztikus prognózisát, és újraértelmezte a gyógyulás fogalmát, létrehozva a felépülés szemléletet (Andersen és mtsai, 2003; Anthony, 1993).

Több kutatás is készült, amelyek nagyobb terjedelmű, felépülés-orientációjú irodalmat tekintettek át abból a célból, hogy a felépülés új és egységes definícióját meghatározzák (Andersen és mtsai, 2003; Onken és mtsai, 2007; Leamy és mtsai, 2011). Ezek az irodalmi szintézisek azonban arra engednek következtetni, hogy a szemlélet lényege éppen abban merül ki, hogy a pszichiátriai zavarból való felépülésre nincsen egységesen meghatározható definíció. Konszenzust képez azonban az a gondolat, hogy a felépülés egy egyéni út bejárását jelenti, amely önmeghatározáson alapuló, pozitív identitás és életcél megtalálásához vezet. Ez a gondolat tükröződik Patricia Deegan, egy pszichiátriai túlélő felépüléséről szóló cikkében is, amelyből az derül ki, hogy a mentális zavarból való felépülést nem úgy kell érteni, mint amikor egy televíziót megjavítanak. Számára a felépülés új én-érzés, és életcél megtalálásában rejlik, a pszichés nehézségek korlátaihoz igazodva, és azokon túl. Ezen felül Deegan leírásában a felépülés célja nem az, hogy az ember normális legyen, hanem, hogy elmélyítse és kiteljesítse azt, amit számára az emberi lét jelent (Deegan, 1996, idézi Roberts és Wolfson, 2004, 37. old).

Más, felépülés szemléletű szerzők azt is hangsúlyozzák, hogy a pszichiátriai zavarból való felépülés párhuzamba állítható bármilyen normatív krízisből (gyász, baleset, természeti katasztrófa) való felépüléssel, és ezáltal univerzális élményként tekinthetünk rá, amelyet bárki megtapasztalhat. Ennek megfelelően a pszichés problémákért kevésbé biológiai folyamatok, mint inkább érzelmileg megterhelő, traumatikus életesemények felelnek. A felépülés pedig az ezekkel a traumákkal,

valamint a stigmatizáció következményeivel való sikeres megküzdést jelenti (Anthony, 1993).

A felépülés szemlélet elveti a diagnózisokban való gondolkodást, és a tüneteket nem abnormális biokémiai folyamatok melléktermékeként, hanem jelentéssel bíró tapasztalatként értelmezi, amelyek legtöbbször valamilyen változtatás szükségességére hívják fel a figyelmet (Roberts, 2000). A mozgalom ezen felül elutasítja a „páciens”, illetve a „beteg” kifejezéseket, és helyettük a „kliens”, vagy még inkább a „felhasználó” („consumer”) megnevezést vezet be. Ahogy az utóbbi kifejezésből is tükröződik, a pszichiátriai ellátást inkább szolgáltatásként fogalmazzák meg, amelyben kiemelkedő fontosságú a felhasználók szabad akarata és autonómiája bármi féle kényszerkezelés ellenében. A felhasználók a passzív és kiszolgáltatott betegszerep helyett felépülésük aktív ágenseivé válnak, ez a változás pedig beindítja és előrelendíti a felépülés egész folyamatát.

A felépülés szemlélet valóban új narratívát hozott létre, amely a bio-medikális modellel szemben újraértelmezte a pszichiátriai zavarok, valamint az abból való felépülés jelentését, megteremtve a lehetőségét annak, hogy az említett zavarok által érintett személyek másként tekintsenek saját élményeikre, és önmagukra egyaránt. Ezt az alternatív szemléletet alátámasztják olyan longitudinális kutatások, amelyek eredményei árnyalták a bio-medikális modell felépülésről alkotott elképzeléseit. Az egyik ilyen nagy kutatást Harding és munkatársai végezték. Ez egy retrospektív vizsgálat volt, amely 118 szkizofréniával diagnosztizált személyt vizsgált, és azt találta, hogy a diagnózis után 15 évvel, a vizsgálati személyek mintegy kétharmada jelentős javulást mutat (Harding, 1987). Később ezt más, nagyobb elemszámmal rendelkező kutatások is megerősítették (Harrison és mtsai, 2001, idézi Roberts és Wolfson, 2004, 38. old). Ezek a kutatások, valamint az egyéni beszámolók is hozzájárultak ahhoz, hogy a felépülés szemlélet a lelki nehézségekből való kiutat tünettípustól függetlenül mindenki számára elérhetőnek írja le.

A felépülés szemlélet értelmében nincsen egységes „recept”, amelynek segítségével a pszichés distresszel meg lehet küzdeni, ugyanakkor ez a narratíva előtérbe helyezi a felépült felhasználók egyéni beszámolóit, amelyek reményt, és egyben inspirációt is adhatnak másoknak, akik még keresik saját felépüléshez vezető útjukat (Ridgway, 2001). Éppen ezért, a felépülés központú ellátás fontos részét képezik az önszerveződésű, önszolgáltató csoportok, ahol ezek az egyéni történetek megoszthatóak és meghallgathatóak, azonosulási lehetőséget nyújtva a közösség tagjai számára (Anthony, 1993). Az alkoholizmusból való felépülést tanulmányozó kutatások hasonló szerepet tulajdonítanak az Anonim Alkoholisták csoportjában elhangzó személyes történeteknek, vagy drogfogyasztók élettörténeti elbeszéléseinek. Ezek a történetek gyakran hasonló felépítésűek, és mondhatni prototípusává válnak annak, ahogy a csoport tagjai saját tapasztalataikat értelmezik (Hjanninen és Koski-Jyannes, 2002; Bajzáth és mtsai, 2014). Ezt a jelenséget azonban olyan önszolgáltató csoportok kapcsán is leírták, amelyeket hasonló pszicho-szociális problémákkal rendelkező személyek hoztak létre Amerikában, mint például a *Codependents Anonymous* közössége (Irvine, 1999).

A betegségről és felépülésről szóló narratívák hatása mentális zavarral élőkre

Miért fontos ezekről a narratívákról írni? A valóságot, és benne önmagunkat, tapasztalataink értelmezésén keresztül ismerjük és határozzuk meg. Ebben az értelmezésben azokra a számunkra elérhető narratívákra támaszkodunk, amelyekkel

azonosulni tudunk. Egyrészt szükségünk van narratívákra, hogy értelmet adjunk tapasztalatainknak, ugyanakkor a különböző narratívák és értelmezések különböző hatást gyakorolnak érzéseinkre, gondolatainkra és tetteinkre.

A lelki problémák esetében különösen nagy súlya van az azokat értelmező narratíváknak, ugyanis az egyén egész személyisége, és önazonossága érintett. Amikor valaki pszichés krízist él át, akkor azt éli meg, hogy nem érti, mi van vele, és ezért magyarázatokat keres, amelyeknek segítségével állapotának jelentést tud adni. Az akut pszichés kríziseket az őket elszenvedők gyakran érthetetlen és kaotikus állapotnak élik meg, és ez az értelmezhetetlenség legalább annyira szorongást keltő, mint amennyire a tünetek maguk (Andersen, 2003; Botella és mtsai, 2004, idézi Adame, 2006). A korábban ismertetett bio-medikális narratíva segít ennek a szorongásnak a csökkentésében, ugyanis többé-kevésbé egységes értelmezési keretet nyújt a tapasztalatok magyarázatára és meghatározására, még akkor is, ha ez a narratíva megbélyegző.

A súlyosabb pszichiátriai problémák gyakran járnak az identitás elvesztésének érzésével, amelynek következtében az érintett személyek arra kényszerülnek, hogy az egyetlen, vagy a leginkább elérhető identitással és pozícióval azonosuljanak, ami a betegserep felvételét jelenti (Andersen, 2003). Erre a betegserepre jellemző, hogy az énről alkotott koncepciót átveszi a betegségtudat, a személy identitása eggyé válik diagnózisával. Ezáltal a személy passzívvá, és a kezelésnek kiszolgáltatottá válik, amiből egyenes út vezet a hospitalizációhoz.

Ezt a folyamatot mérlegelve a kutatók rámutatnak, hogy a szkizofrénné válás inkább szociális és interperszonális folyamat következménye, mint primér tünetek, vagy neurobiológiai abnormalitás eredménye (Andersen és mtsai, 2003, 587. old). A narratíva tehát interiorizálódik mind a szakemberek, mind a páciensek, mind pedig a tágabb társadalom valóságértelmezésébe, meghatározva a pszichiátriai ellátottakról való gondolkodást. Egy következő lépésben ez a betegségkonstrukció alakítja azokat az interperszonális folyamatokat és interakciókat, amelyekben pszichiátriai zavarral élő személyek részt vesznek. Végül, maguk az érintettek is, mivel szükségük van egy (egységes) narratívára ahhoz, hogy értelmet tudjanak adni saját állapotuknak, azonosulnak az intézmények és az interakciók által közvetített, leginkább elérhető értelmezéssel, és ez befolyást gyakorol szelf-koncepciójukra és felépülésükre egyaránt.

A bio-medikális narratíva tehát a szavakon túl a belső reprezentációkra és a szociális interakciókra gyakorolt hatásán keresztül önbeteljesítő próféciaként megvalósíthatja önmagát, létrehozva a a stigmatizáció, és az önstigmatizáció folyamatát (Howard, 2006; Harangozó, 2009) Ez a folyamat tulajdonképpen jól összevethető a szociálpszichológiából ismert, tajfeli szociális identitás elméletével is (Ashfort és Mael, 1989; Levy, 2009). A bio-medikális narratívával való azonosulás tehát krónikus betegserepben tart, csökkenti az egyéni képességekbe vetett hitet, és ezáltal korlátozza a szabad önmegvalósítás valamint ezzel párhuzamosan a felépülés lehetőségét.

Éppen ezért fontos hangsúlyozni, hogy léteznek alternatív narratívák a pszichés szenvedés értelmezésére, mint például a felépülés szemlélet, amelynek interiorizálása pozitívabb életszemléletet és énképet eredményezhet, mint a bio-medikális narratívával való azonosulás. Kleinman értelmezésében, a narratíva nem csak megmagyarázza a betegséget, de befolyásolja annak szubjektív megtapasztalását is (Kleinman, 1988, 45. old). A felépülés szemlélet megkérdőjelezi a testi folyamatainak kiszolgáltatott, kónikus beteg mítoszt, visszaadja a reményt, valamint a gyógyulás fölötti kontrollt és felelősséget a felhasználó kezébe helyezi. Ez a narratíva kirántja a felhasználót a passzív

betegszerepből, és arra biztatja, hogy diagnózisától függetlenül határozza meg önmagát. A felépülésről alkotott személyes beszámolókat áttekintő irodalom tanulmányozásakor azzal szembesülünk, hogy ezekben az elbeszélésekben a felépülés egyik kulcs tényezőjeként a társadalmi stigma interiorizálásának leküzdését, és ezzel párhuzamosan új, pozitívabb öndefiníció megteremtését határozzák meg (Leamy és mtsai, 2011). A pozitívabb identitás megtalálását pedig az élmények és saját szerepünk újraértelmezése és újraírása, vagyis új narratív keretbe foglalása teszi lehetővé. Nem csak azért, mert ezáltal számunkra pozitívabb narratívákra támaszkodhatunk, hanem azért is mert az identitás alapvetően narratív konstrukció.

A narratív identitásról

Az identitásnak minden felépüléstörténetet vizsgáló kutatásban központi szerepet jut (Andersen és mtsai, 2003; Onken és mtsai, 2007; Leamy és mtsai, 2011). Dolgozatunk most következő részében ennek okait fogjuk részletesebben megvilágítani. Először ismertetem a narratív megközelítés alapgondolatait, hogy utána megvilágíthassam a narratív identitás fogalmát. Végül megvizsgálom, miként értelmezi a szakirodalom a betegség élményének hatását a narratív identitásra.

A narratív megközelítés alapgondolatai

Az elmúlt húsz-harminc évben a narratív megközelítés egyre hangsúlyosabbá vált a pszichológia több területén is, mind az elméleti megfontolások, mind pedig a gyakorlati alkalmazás szintjén (Erős, 2004). A narratív fordulat minden bizonnyal köthető a pozitívista paradigmával szembeni kritika erősödéséhez, mely szerint utóbbi nem képezi a szociális világ megismerésének megfelelő módját. A narratív pszichológia kifejezést Sarbin vezette be 1968-ban megjelent könyvével, amelynek a címében is ezt a megnevezést hordozza (László, 2008). A narratív megközelítés előtérbe helyezi a történetek egyénre gyakorolt hatását, rámutatva arra, hogy a narratívák körülvesznek bennünket, és áthatják mindennapjainkat. A narratívák elsődleges formáját képezik annak, ahogyan a valóságnak és életünknek értelmet adunk (Polkinghorne, 1988; idézi Irvine, 1999, 5. old) A narratív szemlélet felfogásában a világból alapvetően kaotikus információhalmaz érkezik felénk, amelynek feldolgozása, szelektálása és rendszerezése a narratíva eszközével válik lehetségessé. A narratíva tehát értelmezhetővé teszi számunkra a valóságot, és ezzel együtt meg is konstruálja azt. Másképp fogalmazva, a narratíva segítségével történeteket alkotunk, amelyek jelentést adnak életünk eseményeinek, valamint lehetővé teszik, hogy megtaláljuk életünk értelmét, amely nem eredendően adott (Bruner és Lucarello, 2001, idézi László, 2008, 303. old). A külső tényeket számos különböző módon értelmezhetjük, és az, hogy milyen értelmezést részesítünk előnyben, függ az adott kontextustól, amelyben a jelentésadás létrejön valamint a társadalomban elfogadott, kanonikus értelmezési lehetőségektől (Bruner, 1991).

Bruner, aki a narratív megközelítés egyik atyjának számít, elkülöníti azt, ahogyan a fizikai külvilágot, és ahogyan a szociális világot, vagyis a humán interakciókat értelmezzük. Az elsőt a pragmatikus gondolkodás segítségével értjük meg, verifikálhatónak, kontextustól függetlennek, és oksági viszonyokkal rendelkezőnek tartjuk. A humán interakciók világát azonban narratív mechanizmusokon keresztül, értelmezés által közelítjük meg és konstruáljuk. Szociális valóságunkat tehát történetek

mintájára, és azok jellemzőit követve alkotjuk meg. Ezeknek a jellemzőknek a csoportjába tartozik például az időbeliség, amelyben az események fontossága, és nem a fizikai idő határozza meg a struktúrát. Történeteink behelyezkednek általánosabb történetsémákba, szereplőik tudatos szándékkal cselekszenek, valamint ezek a történetek hermeneutikus szerkesztésűek, vagyis többféle értelmezést tesznek lehetővé. A narratív realitáskonstrukció körkörös folyamatot indít be a narratíva és az élet között, amelyek egymást alakítják és folyamatosan újraértelmeződnek (Bruner, 1987, idézi László, 2008, 303. old; Ricoeur, 1984, idézi Taïeb és mstai, 2008, 2. old).

Identitás mint narratív konstrukció

A narratíva nem csak a külső valóság értelmezésének alapvető módja, de saját identitásunkat is narratív eszközök segítségével konstruáljuk meg. A szelf-konceptióról alkotott hagyományos kutatások abból az alapfeltevésekből indulnak ki, hogy az egyén stabil entitást képez. Vizsgálataik a szelfről alkotott reprezentáció struktúráját, tartalmát valamint értékelő aspektusát próbálták feltérképezni. Kutatták azokat a tényezőket, amelyek meghatározzák, illetve módosítják az egyén énről alkotott koncepcióját, illetve utóbbi viselkedésre gyakorolt hatásával foglalkoztak (Gergen és Gergen, 1997). Ezek a vizsgálatok azonban figyelmen kívül hagyták, hogy az egyén aktívan alakítja önmagáról alkotott elképzelését, valamint, hogy ez az elképzelés idővel változó és folyamatosan létrejövő jelenségként értelmezendő.

A sarbini hagyomány értelmében az identitás nem más, mint élettörténeti elbeszélés, vagy én-narráció, amelyben az elbeszélő (angol I) megkonstruálja énjét (angol me-t) (Sarbin, 1968, idézi László, 2008, 302. old). Ez a narratív konstrukció minden esetben függ az adott szociális kontextustól, amelyben a narratív identitás megfogalmazódik, ennek következtében az identitás alapvetően szituatív, és antiesszencialista (Pólya, 2007). Mondhatjuk tehát, hogy Sarbin megágyazott a hermeneutikai szemléletű pszichológiának, amely a személy szubjektív valóságához a személy élettörténeti elbeszélésén, illetve az elbeszélés kontextusának értelmezésén keresztül jut el. Ilyen értelemben a narratíva a pszichológia „tőmetaforájaként” értelmezhető (László, 2008, 302. old).

Identitás mint élettörténet

Paul McAdams életművének jelentős részében az identitás élettörténeti modelljével foglalkozott (McAdams, 2001; 2008). Ez a modell Erikson identitás-elméletére, valamint a kognitív képességek fejlődéséről szerzett kutatási eredményekre alapul. Erikson fejlődépszichológiai szakaszmodelljében a serdülőkor pszicho-szociális kihívásaként az identitás integráció és az identitás diffúzió közötti feszültséget azonosítja (Marcia, 1966). Ebben az életkorban kezd el tudatosulni bennünk, hogy különböző helyzetekben különbözőnek éljük meg saját magunkat, valamint különbséget érzünk múltbéli és jelenlegi énünk között is. A társadalmi normák azonban azt várják el tőlünk, hogy ezeket a különálló szelf-érzeteket koherens egységbe szervezzük, amely identitásunk alapját képezi. Később tinédzserkorban meg kell határoznunk, kik vagyunk, és kiké akarunk válni a jövőben, ehhez pedig elkezdjük egységes történetté összerakni saját magunkat, legyen az szakmai érdeklődésünk, ideológiai szemléletünk, vagy párkapcsolati elköteleződésünk.

Habermas és Bluck kutatásai alátámasztják ezt az elméletet, amennyiben rámutatnak, hogy ugyanerre az életkorra tehető azoknak a kognitív képességeknek a kialakulása, amelyek lehetővé teszik számunkra a koherens élettörténet megalkotását (Habermas és Bluck, 2000). Az említett szerzők négy féle koherenciát azonosítanak be, amelyek egy integráns identitás alapját képezik: időbeli, életrajzi (a normatív fejlődés szintjeivel megegyező), ok-okozati és tematikus.

Utóbbiról McAdams részletesebb kutatásokat is folytatott, és ő is azt találta, hogy a személyek igyekeznek identitásukat egy vagy két nagyobb élettörténeti téma köré szervezni, amelyek végighúzódnak életük különböző fejezetein. McAdams négy élettörténeti témát tudott beazonosítani, amelyek gyakran előfordultak. Ez a négy téma két dimenzió két végpontját jelenti. Az első dimenzió két végpontja az ágencia („agency”), valamint a közösség („communion”). Míg az ágencia a személy individualista törekvéseinek megvalósításáról szól, addig a közösség témájában a szociális közegbe való tartozás kerül középpontba. A második dimenzió egyik pólusát a jó útra térés („redemption”) tematikája foglalja el, amelyben valamilyen negatív kiindulópont pozitív végkifejlethez vezet. A dimenzió másik pólusán pedig a romlás („contamination”) témája leledzik, amely a jó útra térés megfordítottja.

McAdams hat általános elvet fogalmaz meg az élettörténeti identitás kapcsán:

- A szelf *elbeszél*, pontosabban a szelf egyszerre az elbeszélő és az elbeszél. Az elbeszélő pedig stratégiailag válogat a múlt eseményei közül, annak megfelelően, hogy a szelfet a személyes céloknak megfelelő módon prezentálja. Vagyis az élettörténet mindig a rekonstruált múltból, és az elképzelt jövőről szól.

- Az élettörténet *integrál*, még hozzá bizonyos értékek mentén. McAdams szerint, ez az integráció különösen fontossá vált a mai világban, ahol nincsen egységes konszenzus arról, miként kell élni, vagy mi az élet értelme. Az érték közvetítése „*önéletrajzi érvelés*” útján valósul meg, ami azt jelenti, hogy egyedi, epizodikus élményekből általános, szemantikus jelentésre következtetünk (McAdams, 2008, 244. old).

- Az élettörténeti identitás *társas* természetű, vagyis a történetet csak a befogadó kontextus figyelembe vételével lehet értelmezni, ugyanis az elbeszélők minden esetben elővételezik azt, amit szerintük a befogadó hallani szeretne. Ez a feltételezés egy kísérlet során megerősítést nyert, amikor a hallgatónak adott instrukció arra vonatkozóan, hogy miképp kell viselkednie a történet hallgatása alatt, befolyásolta az elbeszélő történet hosszát, elbeszélési módját és az elbeszélő érzelmi állapotát egyaránt (Pasupathi és Rich, 2005). Ez a kutatás arra is rámutat, hogy a társas visszajelzés, amelyet történetünk kivált, hatással van annak alakulására. A kutatók szerint a társas közeg szelf-igazoló funkcióval is rendelkezik, amelyet arra használunk, hogy narratív identitásunk érvényességét és értékét teszteljük.

- Az élettörténeti identitás *idővel változik*. Ez egyrészt az önéletrajzi emlékezet korlátaival függ össze, másrészt pedig azzal, hogy adott emlék jelentősége a későbbi fejlemények fényében módosul, átértékelődik.

- Az élettörténet alapvetően *kulturális* szöveg. Rubin (2005) gondolatát követve, sok minden, amire az emberek „visszaemlékeznek” életükből, valójában közös kulturális tudás az élet folyamáról. Gergen és Gergen egy vizsgálatából kiderül, hogy az amerikai középosztály tagjai mind egy közös „kulturális mítosz” narratíváján keresztül beszélnek el életük első húsz évét. Ennek a mítosznak megfelelően a gyermekkor boldog, a tinédzserkor konfliktusos és küzdelmes, az egyetemi évek pedig újfent boldog

időszak. Mindez úgy is igaz, hogy tinédzserkorban nagyon eltérő mélypontot képező eseményeket neveztek meg az interjúalanyok. A szerzők értelmezésében a domináns kulturális narratíva inkább meghatározza a visszaemlékezést, mint a konkrét életesemények maguk. (Gergen és Gergen, 1988; idézi Sandelowski, 1991, 163. old).

Más kultúrákat azonban más tipikus elbeszélte életút jellemezhet (Gregg, 1991, idézi McAdams, 2008, 241. old). Egy kutatás amerikai és kínai személyek önéletrajzi emlékeit hasonlította össze (Wang és Conway, 2004, idézi McAdams, 2008, 241. old). Ez a vizsgálat azt mutatta, hogy az amerikai vizsgálati személyek emlékei inkább szelf-fókuszúak voltak, amelyek az egyén önmegvalósítását helyezték a középpontba. Ezzel szemben a kínai vizsgálati személyek emlékei történelmi eseményekre, szociális interakciókra és fontos embertársakra helyezték a hangsúlyt.

Ugyanakkor McAdams (2008) kiemeli, hogy egy társadalomban az egyének, vagy bizonyos csoportok törekedhetnek a domináns normáknak való ellenállásra, hangot adva elnyomott diskurzusoknak, vagy alternatív életszemléleteknek. Az ilyen narratíva az angol irodalomban a *counter-narrative* kifejezés alatt fut, és jellemző kisebbségek, diszkriminált, vagy egyéb marginalizált társadalmi csoportokra.

- Az élettörténeti identitás hatodik jellemzője, hogy bizonyos történetek jobbak, mint mások. Egy történet „jósága” annak koherenciájával és morális üzenetével áll összefüggésben (McAdams, 2008). Ez a jellemző átvezet bennünket a narratív identitás megszerkesztésének aspektusaihoz.

A narratív identitás megszerkesztése

Gergen és Gergen (1997) rámutatnak, hogy csak azáltal lehet identitásunk, hogy képesek vagyunk időben elhatárolt, töredezett eseményeket összefüggésbe hozni, és egységes történetté formálni. Egyes szerzők szerint ez a narratív rend, amely által az identitás létrejön, alapvető szerepet játszik abban, hogy életünknek értelmet és célt tudunk adni (Bettelheim, 1976, idézi Gergen és Gergen, 1997, 255. old; McAdams, 2001). Az „értelem” azáltal valósul meg, hogy a narratív identitás eszközével képesek vagyunk koherens kapcsolatot teremteni eredetileg különálló események között. A célirányosság pedig azáltal jön létre, hogy *folyamatokat* szerkesztünk az élet történéseiből, amelyek múlt és jelen értelmezésén keresztül a jövőt is meghatározzák.

Az ember, mint „történetmesélő lény” a valóságot és önmagát olyan narratívákban konstruálja meg, amelyek hasonló szabályokat követnek, mint amelyek a kulturális és irodalmi szövegeket szervezik (Gergen és Gergen, 1997). Ez azt jelenti, hogy élettörténetünk szerkezete tulajdonképpen az antik dráma történeteinek struktúráját alkalmazza, amennyiben nem más, mint kronologikusan felépített történet, elbeszélés, amely rendelkezik kezdettel, és bizonyos végcél irányába halad (Szokolszky, 2004). Az így létrejövő folyamat valamilyen értékelő aspektus mentén kap értelmet, amelynek mentén bizonyos változás áll be. A történet kezdődhet negatív alaphelyzetben, és lehet jó a vége, mint a komédiában, vagy a kalandregényben, de a folyamat lehet negatív irányú is, amikor a kiinduló helyzet pozitívabb, mint a végkifejlet, akár csak a tragédiában (Frye, 1951).

Amikor saját életünk történetét írjuk, mi is hajlamosak vagyunk folyamatokban gondolkodni, és annak a kérdésnek a mentén szerkesztjük történeteinket, hogy ezek a folyamatok mutatnak-e fejlődést pozitív, vagy negatív irányba. Ennek megfelelően, az élettörténet eseményei három típusú narratívába rendeződhetnek.

- A narratíva lehet progresszív, más néven *emelkedő*, amikor a személy élete során egyre többé, bölcsebbé, vagy autentikusabbá válik.

- A történet formája lehet regresszív, vagy *ereszkedő*, amikor az események egyre rosszabbra fordulnak, vagy a személy egyre mélyebbre kerül.

- Végül létezik még a *stabilitás* narratívája is, amikor nem áll be változás az adott érték mentén, amely megmarad konstansnak esetleges próbatételek ellenére. Például, ha valaki identitásában központi komponens a tisztesség, akkor élettörténete olyan eseményeket fog bemutatni, amelyekben, nehéz körülmények ellenére is a végkifejletben ugyanolyan tisztességes maradt, mint mindig is volt.

Az irodalmi művekben, éppúgy, mint az élettörténetekben, több irányú folyamat is érvényesül, és két folyamat közötti váltás alkotja a kiemelt fontosságú mélypontokat, vagy csúcspontokat, amelyek egyben fordulópontok is. Szerhasználati függőségéből kilépett személyek felépüléstörténetére például nagyon jellemző a V vagy U alakú narratíva (Hänninen és Koski-Jyännes, 2002). Ez a narratíva kezdetben ereszkedő formát vesz fel, a függőség egyre fokozódik, a személy helyzete egyre kritikussá válik, míg el nem ér egy mélypontot, amelyet követ a remény ébredése. Utóbbit leggyakrabban az Anonim Alkoholisták csoportjával való találkozás adja. Innentől pedig a narratíva emelkedő formában folytatódik, a személy sorsa egyre jobbra fordul, mígnem teljesen megszabadul függőségétől.

Az élettörténeti narratívában meghatározó a folyamatokban való gondolkodás, valamint a kontinuitás és a változás összehangolása. Ahogy Paul Ricoeur fogalmaz, a mítosz művészete abban áll, hogy a diszharmóniát, amelyet a történetben kibontakozó törés, vagy fordulópont okoz, harmóniává változtatja (Ricoeur, 1984, idézi Taïeb és munkatársai, 2008, 2-3. old). Ricoeur, aki szintén narratív megközelítésből szemléli a szelfet, az identitás szó etimológiájával támasztja alá ezt a kontinuitás és változás közötti feszültséget, amely az identitásra, és egyben a mítosza is annyira jellemző. Az identitás szó ugyanis az 'idem' és az 'ipse' latin szavak összetételéből származik. Míg az idem a stabil önazonosságot, fejezi ki, addig az 'ipse' a fejlődő és dinamikus változó énséget. A narratív identitás lényege pedig e két pólus közötti mediációban merül ki (Ricoeur, 1992, idézi Taïeb és munkatársai, 2008, 3. old).

Dolgozatomban amellet érvelek, hogy a narratív identitás aktív megalkotása mindenekelőtt olyan helyzetekben kerül előtérbe, amikor életünk folyamában valamilyen nagyobb változást, vagy törést tapasztalunk meg, mint amit szomatikus vagy pszichés betegségek jelenthetnek.

Betegség, felépülés és narratív identitás

Betegség, mint törés a narratív identitás folyamatosságában

Biográfiai elbeszélések többek között akkor kerültek a társadalom-és humántudományok érdeklődésének fókuszába, amikor utóbbiak krónikus betegség személyes megtapasztalását és feldolgozását kutatták.

Bury (1982) félig strukturált interjúkat folytatott ízületi gyulladás által sújtott személyekkel, és arra a megállapításra jutott, hogy a krónikus betegséget a személyek olyan eseményként élték meg, amely törést okozott élettörténetükben. Ez a törés egyrészt az addig általánosnak gondolt evidenciák, magyarázóelvek és rendszerek szintjén jelentkezett, másrészt pedig a saját, természetesen adottnak gondolt képességek

és lehetőségek megváltozásában. Mindez megkérdőjelezte az interjúalanyok világról és önmagukról alkotott addigi koncepciójukat, arra készítette a vizsgálati személyeket, hogy újraírják saját élettörténetüket abból a célból, hogy lehetővé tegyék ennek a törésnek az integrálását az identitás addigi folyamatosságába.

Hydén (1997) személyes beszámolókat narratív elemzésén keresztül a betegség élményét és világát, mint különálló szociális valóságot tanulmányozta. Ő is úgy látta, hogy a betegség megváltoztatja az időbeliség érzékelését, módosítva azt, ahogy a múltra és a jövőbe tekintünk és megkérdőjelezi az identitás kontinuitását.

A mentális betegséget megtapasztalt személyek beszámolóiban is beazonosítható törés, szakadás megtapasztalása, amely az identitás elvesztésének, illetve önmagukkal való meghasonlás érzésével társul (Deegan, 1988; Andersen és mtsai, 2003). Valami megváltozik, megrendül, az élet valamilyen új és érthetetlen logikát kezd el követni, a dolgok nem úgy alakulnak, mint ahogy megszoktuk és elváránk. Egyes kutatók szerint a pszichopatológiák közös vonása az értelmezhetetlenség és a személyes kontroll elvesztésének az élménye (Botella és mtsai, 2004, idézi Adame, 2006, 9. old).

A narratíva mint a biográfiai törés kompenzálásának eszköze

Llewellyn és munkatársai (2014) krónikus veseelégtelenségben szenvedő idős személyek narratíváit vizsgálták, és hasonló következtetésekre jutottak, mint Bury a betegség által okozott biográfiai törés élményével kapcsolatban. Ennek a kutatásnak az eredménye arról tanúskodott, hogy a személyes elbeszélések elősegítetik az identitás kontinuitásának megőrzését a krónikus, végstádiumú betegség ellenére.

A szerzők két, folyamatosságot fenntartó narratív stratégiát azonosítottak. Az egyik *normalizálta* a betegséget, amennyiben azt az időskor természetes velejárójaként értelmezte. Ebben a narratívában az öregedés a test fokozatos elhasználását jelentette, amelyben a betegség kronológiai adottságként, és normatív eseményként lett átkeretezve, megőrizve a normalitás folyamatosságát.

A másik, kontinuitást teremtő narratíva abban merült ki, hogy a vesebetegség összefüggésbe került korábban megélt súlyos betegségekkel, és ily módon csak egy volt a sorban. Azáltal, hogy a betegség normalitássá vált az élettörténetben, a mostani veseelégtelenség nem okozott törést. Ezekből a narratívákból a szerzők arra következtettek, hogy létezik egy alapvető törekvés a kontinuitásra, amely arra készít bennünket, hogy életünk meghatározó tényezőit élettörténetünkben folytonosságba szervezzük. Ahogy Kleinman fogalmaz: „a narratíva segít megteremteni a kontinuitás és a koherencia illúzióját, amikor a betegség megkérdőjelezi azokat: ezek szükséges illúziók, amelyek a betegségből kulturális élményt csinálnak” (Kleinman, 1988, 45. old).

Arthur W. Frank (1993; 1991, 1995, idézi Rimmon-Kenan, 2002, 11. old) szintén betegség okozta változásokat vizsgált a narratív identitás szintjén, publikált önéletrajzi emlékiratok alapján. Ő a betegség-narratívákon keresztül egyrészt a betegséget, mint szociális konstrukciót vizsgálta, másrészt több olyan retorikai eszközt is azonosított, amelyeknek segítségével az elbeszélők képesek voltak a betegség által okozott törést identitásuk narratívájába integrálni.

Először is, az időbeliség kapcsán két alapvető narratív pozíciót fedezett fel. Az első múltat és jelent köti össze oly módon, hogy tulajdonképpen a jelen változását kiterjeszti a múltra, amit az én így fogalmaz meg: „az vagyok, aki mindig is voltam”.

Példának Audre Lorde példáját hozza fel, aki *The Cancer Journals* címen jelentette meg visszaemlékezéseit. Lorde fekete, leszbikus, feminista költő volt, aki mellrákon esett át, aminek következtében levágták egyik mellét, amelyet a költő nem kívánt protézissel helyettesíteni. Lorde elbeszélésében kidomborodik, hogy etnikai és szexuális identitásában is mindig is másnak érezte magát, a mellrák és az ezzel járó testi változás csupán újabb megnyilvánulása ennek a másságnak, amely meghatározóvá vált identitása szempontjából (Rimmon-Kenan, 2002). A jelen „mátság” érzése kiterjed a múltra, élettörténeti folyamatosságot teremtve, és kompenzálva a betegség és a műtét következményei által okozott törést.

A másik narratív pozíció, amely a kontinuitást megteremti, a jelen változásait a jövővel köti össze, vagyis a következőképp fogalmazható meg: „az vagyok, akivé válhatok”. Frank erre egy nő példáját hozza fel, aki abortuszra kényszerül, bár azt alaptól gyilkosságnak, és az anyai identitással összeegyeztethetetlennek tartja azt. Önéletrajzi elbeszélésén keresztül azonban létrehoz maga számára egy új női-anyai identitást, amelyet képes elfogadni és magáévá tenni. Ez a nő pedig olyan, akinek „el kell fogadnia a tudatot, hogy rendelkezik azzal a hatalommal és képességgel, hogy véget vessen egy életnek, amely egyben saját lényének része.” (Frank, 1993, 45. old). Itt a változás tehát inkább fordulópontot jelent, amelytől kezdve új folyamat indul be az élettörténetben, az identitás átíródik, és integrálni tudja a korábbi identitással össze nem egyeztethető eseményt.

Frank (1993) arra is felfigyelt, hogy bizonyos metaforák gyakran visszatérnek betegségről szóló narratívákban. A leggyakoribb a fönix metaforája. Ez a metafora hasonló változást fejez ki, mint az előbb említett „az vagyok, akivé válhatok” narratív pozíció, ugyanis új szelf megszületését hangsúlyozza. Ez az új szelf pedig, bizonyos szempontból jobb, vagy több mint a betegséget megelőző szelf. Ezt a gondolatot fejezi ki Emmanuel, Dreuilhe, AIDS-beteg megfogalmazása is: „Az új születési időnk a nap, amikor felfedeztük, hogy AIDS-et hordozunk magunkban.” (Frank, 1993, 41. old)

Egy másik, gyakran használt hasonlat a reveláció, vagy megvilágosodás. Ez fordulópontot jelent, amelyet követően a személy identitása új jelentésstruktúrával gazdagodik. Itt is megjelenik tehát az újjászületés gondolata, bár ez kevésbé radikális, és nem követeli meg a régi szelf megsemmisülését, mint a fönix esetében. Arról van szó, hogy a személy ereje megújul azáltal, hogy új irányt tud kijelölni saját maga számára, amelyben személyes identitása manifesztálódhat. Ennek a két metaforának a mentén Frank a fenti két narratív pozíciót („az vagyok, aki mindig is voltam” és „az vagyok, akivé válhatok”) kiegészítette további két típusú narratívával.

Az egyik a „sorozatos megvilágosodások” narratívája. Ebben a narratívában az elbeszélő ráismer, hogy a betegség tulajdonképpen mindig is szelfje része volt. Frank Zola példáját hozza fel, aki gyermekbénulásban szenvedett, és leírta, hogy sokáig küzdött azért, hogy „normális” legyen, ám egyszer csak rájött, hogy ő mindig is beteg volt, és ezt elfogadta, mint személyes identitásának egy részét, ahelyett, hogy elutasítaná. Ez az időbeli szerkesztést tekintve hasonlít az „az vagyok, aki mindig is voltam” narratívájára, hiszen a múlt kötődik össze a jelennel, azonban itt van egy markáns fordulópont, amely a jövőre nézve is hatással van. A személy ekkor *válik* azzá, aki mindig is volt, és lesz a jövőben is, nem pedig arról van szó, hogy a jelen igazából egyszerű folytatása a múltnak.

Végül a negyedik narratív pozíció, amelyet Frank reziduális típusként tart számon, a „vonakodó fönix” meghatározást kapta. Ez a típusú elbeszélés

tulajdonképpen nem fejez ki változást, hanem inkább azt emeli ki, miként tanult meg az elbeszélő betegségével együtt élni.

Frank (1995, idézi Rimmon-Kenan, 2002, 15. old) kidolgozott egy másik tipológiát is, szintén betegségről alkotott narratívák alapján, amely ugyanúgy az identitásban beálló változás feldolgozásának módjait írja le. Itt három típusú narratíváról beszélhetünk.

Az egyik a helyreállító, vagy restitúciós narratíva. Ebben a típusú elbeszélésben a betegség átmeneti változást hoz, szenvedést okoz, de végül visszaáll az egészség betegséget megelőző állapota. Ebben a narratívában a test leválik az énről, a test beteg, nem az én. Ennek megfelelően a gyógyulás, vagyis a kontinuitás helyreállítása sem az énhez kötött, hanem külső ágens (a gyógyszer, az orvos) beavatkozására valósul meg.

A második narratíva típust Frank kereső-felfedező narratívának nevezte el. Ebben a típusú elbeszélésben a betegség belső utazássá válik, amelynek végén a személy több lesz, mint a betegség előtt volt. A betegséggel járó szenvedés és változás tehát utólag pozitív értelmet nyer, ugyanis a személy a betegség tapasztalatának köszönhetően átalakult, bölcsebb lett. Ugyanakkor az elbeszélő nem más emberként írja le magát, hanem még inkább *önmagává vált*. Láthatjuk tehát, hogy ez a típusú narratíva mind időben, mind az ok-okozati kapcsolatot illetően helyreállítja a koherencia érzését. A személy visszatért önmagához, sőt úgy érzi közelebb került ahhoz, aki ő valójában, és ezáltal pozitív értelmet nyert a kezdetben érthetetlennek tűnő szenvedés. Az ilyen típusú narratíva gyakran szolgál példaként is sorstársak számára, ugyanis reményt nyújt, hogy van kiút, valamint pozitív átkeretezést is ad a szenvedésnek, mint amely hosszú távon erősebbé tesz.

Végül, a harmadik típusú narratíva a káosz-narratíva, amelyet tulajdonképpen a narratív rend hiánya jellemez. Az elbeszélő nem használ igeidőket, a történet folyamatos jelenben folyik, összefüggéstelen, bármikor megszakítható, de a végtelenségig folytatható is. Ez a típusú elbeszélés nem képes az eseményeket az identitás koherens narratívájába integrálni, és mind elbeszélőként, mind hallgatóként szenvedést jelent.

Bár Frank tipológiája kidolgozásakor főként testi betegségben szenvedő személyeket vizsgált, a korábban ismertett szakirodalom alapján a pszichés zavarok ugyanúgy, sőt talán még inkább megkérdőjelezzik a narratív identitás kontinuitását és koherenciáját, amennyiben a pszichés betegségek a személyiséget közvetlenül érintik, amely általában meghatározóbb az identitás szempontjából, mint a test.

Összefoglalva, a világról, és saját magunkról alkotott koncepciókat narratíván keresztül alkotjuk meg és hozzuk létre. Történetek segítségével adunk jelentést, értelmet, és koherenciát életünk eseményeinek, amelyeknek a fenti tulajdonságok nem képezik inherens részét. Amikor bizonyos váratlan és megmagyarázhatatlan események, mint amilyen valamely krónikus betegség élménye megkérdőjelezi addigi történetünk folyamatosságát és koherenciáját, akkor arra kényszerülünk, hogy ezt a történetet újraírjuk. Ez annál inkább így van, minél közelebbről érinti az ént, vagy az identitást a betegség által okozott törés. Narratív eszközök segítségével azonban képesek lehetünk oly módon újraalkotni életünk történetét, hogy az újfent koherens és értelemmel teli legyen.

Kutatási kérdések és irodalmi áttekintés

Kutatási kérdések

Az ismertett elméleti megfontolások fényében jelen kutatásom segítségével olyan személyek elbeszélését fogom vizsgálni, akik megtapasztaltak komolyabb pszichés kríziseket, és azokból sikeresen felépültek. Kutatásomban két fő kérdés vezérel.

1. Hogyan szerkesztik meg a vizsgálati személyek élettörténetüket a betegség és a felépülés élmények elbeszélésén keresztül?
2. Milyen kulturálisan adott narratívák segítségével integrálják az interjúalanyok betegségük és felépülésük történetét élettörténetük narratívájába?

Korábbi kutatási eredmények

Több korábbi kvalitatív elemzés született pszichiátriai felépülők interjúi alapján, amelyek arra voltak kíváncsiak, hogy a vizsgálati személyek miként szerkesztik meg betegségük és felépülésük személyes történetét.

Egy amerikai kutatás olyan személyek narratív identitását vizsgálta, akiket anorexiával kezeltek legalább egyszer életük során (Shohet, 2007). Ebben a kutatásban három személlyel készült több órás interjú narratív elemzése alapján a kutató két típusú felépülési narratívát tudott azonosítani. Az egyik típusú elbeszélést a *teljes felépülés* narratívájának nevezte, míg a másik típusú narratíva a *küzdelmes felépülés* meghatározást kapta.

A szerző a két típust Ochs és Capps élettörténeti elbeszélésekről alkotott elméletére vezeti vissza (Ochs és Capps, 2001, idézi Shohet, 2007, 347. old). Eszerint, az élettörténeti narratíva szerkesztésénél két féle motiváció feszül egymásnak. Egyrészt törekszünk a hitelességre, vagyis, hogy az elbeszéltek minél inkább hűek maradjanak a múlt emlékeihez, másrészt pedig igyekszünk koherens történeteket előadni, amelyek lineárisan haladnak az időben, az események világos ok-okozati összefüggésben állnak egymással, valamint közvetítenek egy fajta morális üzenetet.

A Shohet vizsgálatában azonosított teljes felépülés típusú narratívában a koherenciára való törekvés érvényesül inkább, míg a küzdelmes felépülés narratíváját a hitelesség igénye jellemzi. A két típus között további különbségek lelhetőek fel négy szempont mentén, amelyek a következők:

1. Magabiztosság az anorexiával és önmagával kapcsolatos saját tudásban
2. Az intézmény által közvetített domináns betegség-narratívákkal való azonosulás mértéke
3. Múltbéli és aktuális szelf közötti kapcsolat
4. A narratíva linearitása

A *teljes felépülés* narratívájára jellemző a magas fokú, tudással kapcsolatos magabiztosság, az erős azonosulás az intézményes narratívával, éles törésvonal választja el a múltbéli („anorexiás”) és a jelenlegi szelf-koncepciót, valamint lineáris,

lépcsőzetes folyamatokat ír le. Ezt a típust a kutató a korábban ismertetett, Frank féle kereső-felfedező narratívával állítja párhuzamba.

A *küzdelmes* narratíva elbeszélője ezzel szemben hullámzóan magabiztos saját tudásában, a domináns narratívához való viszonyát erős ambivalencia jellemzi, a múltbéli és az aktuális szelf közötti határ bizonytalan, és a narratíva íve inkább cirkuláris, mint lineáris. Ezeket a különbségeket Shohet kvantitatív szógyakoriség elemzéssel is alátámasztotta.

Összefoglalva, a *teljes felépülés* narratívája a *küzdelmes felépülés* típusú elbeszéléshez képest inkább hasonlít klasszikus történethez, amely jól azonosítható kezdettel, markáns fordulópontokkal, lineáris folyamatokkal és dicső végponttal rendelkezik. Ez a típusú elbeszélés a felépülés szemlélet „empowerment” narratívájának tipikus esete, amelyben a személy egyre nagyobb öntudatra tesz szert és megvalósítja „valódi” önmagát. A küzdelmes felépülés narratíváját áthatja az ambivalencia, nem egyértelmű az események, és azok egymáshoz való viszonyának értelmezése. A betegség visszatérő elem, a felépülés konstansnak, végpont nélkülinek tűnik.

Shohet konklúziójában amellet érvel, hogy a narratív terápianak nem az lenne a célja, hogy mindenkit rávezessen a teljes felépülés narratívájára, hanem, hogy a narratíva segítségével lehetővé váljon az élettörténeti események változatosabb és szabadabb értelmezése, az egyéni igénye khez alkalmazkodva.

Vanthuyne (2003) Québecben végzett kvalitatív kutatásában szintén a narratív identitás konstrukcióját vizsgálta affektív zavarral élő személyekkel készült interjúk alapján. Vanthuyne négy féle narratív struktúrát tudott beazonosítani, amelyek mentén a személyek a pszichés zavar által okozott törést identitásukba integrálták.

Az első típust a *kontinuitás* jellemezte, amelyben a pszichés zavart kísérő tüneteket, mint a régmúltban kezdődő és fokozatosan erősödő folyamat részeként értelmezték. Az elbeszélők felidéztek, hogy valójában már gyerekként is tapasztaltak hasonló tüneteket, esetleg kisebb intenzitással, csak akkoriban még nem tudatosult bennük, hogy ez ugyanaz a probléma, mint amelytől most szenvednek. Az ilyen narratívát használó személyek tehát kiterjesztették jelen tapasztalataikat a múltra, amelyek vörös fonálként végighúzódtak életük történetén. Ezáltal az ilyen stílusú beszámolók a szerzőben a reménytelenség érzését keltették, mintha a személy egész életére el lenne átkozva, ugyanis a negatív élmények a jövőre nézve is elkerülhetetlennek tünnek fel.

Egy másik típusú narratíva vegyítette a *kontinuitás* és *diszkontinuitás* elemeit. Ez a narratíva a korábban említett V struktúrát követte, amelyben egy kezdeti nehézség fokozatosan egyre rosszabb állapotba sodorta a passzívnak lefestett elbeszélőt. Ezt követően beállt egy fordulópont, amelytől kezdve az egyén aktívan alakította saját sorsát, és fokozatosan egyre sikeresebben küzdötte le nehézségeit.

A harmadik típusú narratívát a diszkontinuitás határozta meg. Ez azt jelenti, hogy a pszichés krízis nem valamilyen régen kezdődött probléma logikus folyamánként jelent meg, hanem radikális és nem várt negatív fordulatot képezett. Ez a csapás az elemzett interjúkban legtöbbször egyben valamilyen pozitív változás és újjáépítkezés kiindulópontját is jelentette, amelynek segítségével a személy végső soron boldogabb emberré vált.

Végül születtek olyan narratívák is, amelyekre a *strukturálatlanság* volt jellemző. Az ilyen elbeszélések nem szervezték mentális zavarral kapcsolatos élményeiket összefüggő, koherens struktúrába, és nem is próbáltak rájuk magyarázatot találni, vagy nekik jelentést tulajdonítani. A szerző ezekkel a narratívákka-l

kapcsolatban arra a következtetésre jut, hogy valószínűleg ezek a személyek nem voltak képesek értelmet adni megterhelő élményeiknek, valamint identitásukban nem integrálódtak az önazonosság, és az én-idegenség élményei koherens narratív struktúra segítségével. Ez az elbeszélési mód megközelíti Frank káosz-narratíváját.

A narratív identitáskonstrukciót a függőségekről való leszokás folyamatában is sokat vizsgálták (McIntosh és McKeganey, 2000; Taïeb és munkatársai, 2008; Hänninen és Koski-Jännes, 2002). Itt szintén megjelenik a V alakú elbeszélési struktúra, amelyet kezdeti ereszkedő narratíva, markáns fordulópont majd emelkedő narratíva jellemez, a végpontot pedig a függőségből való felépülés képezi.

McIntosh és McKeganey (2000) hetven skót személy interjút elemző kutatásából az derül ki, hogy a függőségből felépülő egyének narratívájuk segítségével konstruálják meg „nem függő identitásukat”. A szerzők három nagyobb téma köré szervezték a kapott narratívákat. Első lépésben a vizsgálati személyek újraértelmezik függőségüket, bemutatva, miként vált a kezdeti kellemes tevékenység fokozatosan egyre rombolóbbá. A narratívák második témáját az identitás újrakonstruálása alkotja. Ezt a vizsgálati személyek általában kontrasztok felállításával tették meg, amelyek mind arra utaltak, hogy a függő identitás, nem az ő valódi identitásuk. A függő énképüket vagy azzal az én-konceptióval hasonlították össze, amelynek segítségével a függőség előtti önmagukat jellemezték, vagy pedig vágyott, lehetséges önmagukról alkotott elképzelésükkel. Végül, a megkérdezett felépülő függők magyarázatot adtak függőségükből való felépülésükre, megvilágítva azokat a fordulópontokat, amelyek a leszokás útjára terelték őket. Ezek lehetnek negatív események, mint súlyos egészségkárosodás, vagy a partner szerhasználat általi halála, de a fordulópontot jelenthette pozitív fejlemény is, mint például gyermekáldás.

Howard (2006) hasonló narratív identitásváltásról számol be affektív zavart megtapasztalt személyekkel végzett kutatásában, amelyben a felépülés-identitás időbeli ambivalenciáját vizsgálja meg. Ez a vizsgálat olyan személyekkel készített interjút elemzett, akik „betegségkarrierjük” kezdetén azonosultak a kapott diagnózissal, később azonban hátrahagyták ezt az identitást, átváltva a felépülés-identitásra.

A Glaser és Strauss (1990) által kidolgozott Grounded Theory módszerét alkalmazó kutatás megállapítja, hogy a diagnózisról alkotott narratívákat ambivalencia jellemzi. A személyes beszámolók alapján a diagnózissal való azonosulás kezdetben segítséget jelentett az interjúalanyok számára. A diagnózis lehetővé tette a probléma megnevezését, ezáltal pedig értelmezte a jelent, kaotikus és érthetetlen élményeivel együtt. Itt is megvalósult a tünetek kiterjesztése a múltra, amit más kutatásokban is azonosítottak. Végül, a diagnózis magában foglalta a kezelés tervét, és ezáltal jövőképet is meghatározott. A diagnózissal való azonosulás következtében tehát múlt, jelen és jövő összekapcsolódott egy lineáris folyamatban, amely időben egyre javuló mentális egészség szintet vetített előre. Howard ezt a típusú felépülés-identitást *várakozó görbéjűnek* nevezte, utalva erre a lineáris folyamatra, amelynek a felépülés végpontját képezi.

Az interjúalanyok elbeszélésének következő részében beáll egy fordulópont, amikor a diagnózissal való azonosulást kezdik korlátozónak megélni. A szerző értelmezésében a néven nevezés és értelmezés ugyan segít az elején rendet teremteni a káoszban, és irányt mutat, később azonban csökkenti az önmeghatározás szabadságát. A diagnózis melléknévből főnévvé alakul át, a személy egyenlővé válik a címkével, eltörölve az optimista jövőképet, és örök jelenné változtatva az élettörténeti narratívát. A felépülés már nem átmeneti időszak a gyógyulás felé, vagy eszköz a gyógyuláshoz, hanem a cél maga. A szerző ezt a felépülés-identitást az *elfogadás görbéjével* jellemzi,

amely tulajdonképpen vízszintes egyenesben ábrázolja az idő és a mentális egészség kapcsolatát. Az interjúalanyok arról számoltak be, hogy egy idő után a diagnózis-identitás megakadályozta őket a növekedésben, hiszen túlzottan szűk keretek között határozta meg a személyes képességeket, és a fejlődési esélyeket. Ennél fogva, a vizsgálati személyek tudatosan kitörtek ebből a diagnózis-identitásból, hogy növeljék egyéni szabadságukat, törést hozva létre a múlt diagnózis-identitása és a jelen alternatív identitása között. Ezt követően a diagnózis helyett az identitás más komponensei kerültek középpontba, és a személy nem bipolárisként mutatkozott be, hanem például íróként, akinek bipoláris zavara van. A szerző záró gondolataiban rávilágít a diagnózis-identitás ambivalenciájára, amely rövidtávon csökkenti a szorongást, de hosszútávon korlátozóvá válhat.

Most áttérek azokra a kutatásokra, amelyek azt vizsgálták, hogy a felépülésről szóló elbeszélések milyen tudományos és kulturális narratívák segítségével értelmezik a pszichés problémákat, és az azokból való felépülést.

Alexis Adame (2006) félig-strukturált interjút készített négy személlyel, akik mind egy pszichiátriai túlélőkből álló közösség tagjai. Kutatásában arra volt kíváncsi, hogy a bio-medikális narratíva mennyiben és milyen módon jelenik meg az elbeszélésekben, és, hogy a rögzített felépülés történetek mennyiben képeznek ennek ellentmondó narratívát (counter-narrative).

A kutató értelmezése alapján a vizsgált felépüléstörténetek lebontják a pszichés zavarok bio-medikális modellből eredő értelmezését (gyógyíthatatlan, biológiai tényezők, gyógyszer szükségessége, stb.). Ezekben az elbeszélésekben a felépülés kulcsa a „jó élet” egyéni meghatározásának megtalálásában rejlett, amelynek legtöbbször része volt nagyobb közösséghez való tartozás, a tartalmas emberi kapcsolatok, és a politikai aktivizmus a pszichiátriai túlélők mozgalmának keretei között. Adame konklúziója szerint a felépülési narratíva, már nem egyszerűen ellen-narratíva a bio-medikális modellhez képest, hanem alternatív narratíva, amely a politikai aktivitást, a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos tudatosság növelését, és a kulturális normákhoz képest kisebbségben lévő közösségekben való részvételt hangsúlyozza.

Vanhuyné korábban már idézett kanadai kutatása azt is felmérte, hogy a szerinte egész Észak-Amerikára kiterjedő, mentális egészséget konceptualizáló domináns bio-medikális narratíva mennyiben jelenik meg a felvett interjúkban. Az interjúk alapján Vanhuyné három féle idiómát azonosított, amelyek mentén az interjúalanyok személyes élményeiket értelmezték.

Az egyik a *pszichiátriai idióma* volt, amely gyakorlatilag a bio-medikális narratívának felelt meg. Ez az idióma betegségként interpretálja a pszichés problémákat, amelyet gyógyszer és rehabilitációs programok segítségével lehet kezelni, és amelyből a gyógyulás a normalitáshoz való visszatérést jelenti. A diagnózis ezen személyek számára segített abban, hogy ne örülteként, vagy az ördög által megszállottként gondoljanak saját magukra, hanem jól ismert és körülírt betegségtől szenvedő egyénként. Ugyanakkor ezek a személyek elismerték ennek a látásmódnak a korlátait felépülésükre nézve, amikor megfogalmazták, hogy úgy érzik, problémáik valódi okának felderítése, vagy kezelése nem képezi az ellátás részét.

A második beazonosított idióma az *érzelmi idióma* volt. Ebben a narratívában előtérbe kerül két fontos tényező, amely a pszichiátriai idiómából kimarad: az önismeret és a saját érzésekre való odafigyelés. Hatékony kezelésként különböző terápiák és a spiritualitás merült fel. Az érzelmekkel való „tisztába kerülés” segít a személyeknek

megérteni nehézségeik okait, és azok működési módját egyaránt. Ez a narratíva a személyes megküzdési módokat is inkább előtérbe helyezi, mint a gyógyítás külső ágensét megjelenítő gyógyszer hangsúlyozó pszichiátriai idióma., az ezt az idiómát használó személyek legtöbbször saját magukat tették felelőssé problémáikért, figyelmen kívül hagyva a tágabb szocio-ökonómiai kontextust (szegénység, diszkrimináció).

Végül, a harmadik idiómát Vanthuyne *politikai idiómának* nevezte. Ez az idióma a problémák gyökerét nem a testben, nem is a személyiségben vagy az érzelmi életben, hanem a tágabb szocio-politikai kontextusban találja meg. Az elbeszélő, mint politikai jogokkal rendelkező állampolgár jelenik meg, aki ugyanúgy bele tud szólni a közügyek alakulásába, mint bárki más, aki nem rendelkezik pszichiátriai diagnózissal. Ez a narratíva lehetővé tette a vele élő interjúalanyok számára, hogy megtalálják helyüket a szociális szférában. A pszichiátriai idiómához hasonlóan, ez az idióma is a személy hatáskörén kívülre helyezte a problémák okát, így a közvetlenebb kontextus, a személyes nehézségek itt is figyelmen kívül maradtak. A vizsgálatvezető leírása alapján az interjúalanyok általában többféle idiómát is vegyítettek, ugyanakkor mindenkinél volt egy, amelyik túlsúlyban volt a másik kettőhöz képest.

Egy további, félig pszichiátriai, félig antropológiai kutatás egy Egyesült Államokbeli kisebbség, a navajo indiánok körében zajlott (Storck és mtsai, 2000). Ez a közösség erősen vallásos, ami a gyógyítással kapcsolatos nézetekre is kiterjed. A nyugati pszichiátria, a DSM diagnózisai itt ismeretlen fogalmak, az amerikai kutatók viszont három olyan bennszülöttel készített interjút elemeztek, akikre illettek a DSM-IV által indikált major depresszió kritériumai, és akik részt vettek helyi, vallásos gyógyító ceremónián. A kutatók többek között arra voltak kíváncsiak, hogy mi jellemző olyan betegségről és gyógyulásról szóló narratívákra, amelyekre nem gyakorolt hatást a bio-medikális narratíva.

Eredményeikből az derül ki, hogy a Navajo közösség számára egészség, betegség és vallás nagyon erősen összefonódik. Ennek értelmében a betegséget, mint spirituális diszharmóniát, vagy akár mint a Gonosz művét értelmezték. Az interjúalanyok számára a gyógyulás első lépése az volt, hogy a személyek problémáikat (amelyeket a kutatók pszichiáterek depresszív tüneteknek neveznek), jeleknek tekintették, amelyek erre a diszharmóniára mutatnak rá. Az interjúk alapján a problémák akkor múlhatnak el, ha a személy képes visszafordítani a spirituális diszharmóniát, amely jelenleg életüket jellemzi, és visszatalálni a harmóniához. A változtatás fogalma tehát itt is előtérbe került, és a tünetek értelmet nyertek, amiről a vizsgálati személyek pozitívan számoltak be. Ezáltal hosszútávon a tünetek hozzájárultak ahhoz, hogy az interjúalanyok életüknek nagyobb személyes és szociális jelentőséget tulajdoníthassanak, ugyanis segítettek számukra abban, hogy spirituális életük újra harmonikussá váljon.

Az ismertetett cikkekből kitűnik, hogy a pszichés betegségből való felépülésekről alkotott személyes történetek igen gazdag vizsgálati anyagot képeznek, amely még hasonló kérdések mentén is különböző következtetésekre vezet. Az általam bemutatott kutatások rámutatnak arra, hogy érdemes felépüléstörténeteket tudományosan vizsgálni, ugyanis ezáltal nem pusztán egy-egy személy élménybeszámolóit ismerhetjük meg, de betekintést nyerhetünk azokba a narratívákba, amelyek révén a lelki szenvedés, valamint az ebből való felépülés értelmet nyer, és az élettörténeti identitás konstrukcióját meghatározzák.. Reményeim szerint sikerült olyan kutatásokat ismertetni, amelyek segítik az olvasót az én vizsgálati eredményeim értelmezni.

Módszertan

Kutatásomban arra voltam kíváncsi, hogy pszichés problémáikból felépülő személyek miként szerkesztik meg betegségük, valamint felépülésük történetét, illetve hogy milyen szocio-kulturális narratívák segítségével értelmezik ezeket a tapasztalatokat és integrálják őket élettörténeti narratívájába.

Ezekre a kérdésekre leginkább érintett egyének személyes elbeszélésein keresztül tudok választ kapni, ezért élettörténeti interjúk készítését választottam vizsgálati módszerként. Miután kutatásomban a narratív konstrukcionista megközelítést alkalmazom, ezért narratív elemző technikákkal tudom leghatékonyabban az elbeszéléseket a feltett kérdések szempontjából megvizsgálni. Ezek a megfontolások vezettek oda, hogy dolgozatomban felépüléstörténeti interjúkat elemezzek narratív technikával.

A kutatásra a Semmelweis Egyetem Tudományos Kutatásetikai Bizottsága adott etikai engedélyt.

Minta, kontextus

A vizsgálati személyek a budapesti Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum, vagy másik nevén Ébredések Alapítvány kliensei közül kerültek ki. Összesen tizenkét személlyel készítettem interjút, egyikük elbeszélését azonban nem vontam be a végső elemzésbe, ugyanis az illető az interjú során csak nagyon keveset beszélt felépüléséről, ami vizsgálatom központi témáját képezi.

A kiválasztás kritériumai és körülményei

Vizsgálatomnak nem célja az eredmények általánosítása, ennél fogva a mintavételnél nem törekedtem a reprezentativitásra. A kutatási részvétel feltétele az volt, hogy a személy rendelkezzen pszichés betegséggel és abból való felépüléssel kapcsolatos egyéni tapasztalattal. Akut tünetek jelenléte kizáró okot jelentett. Az interjúalanyokat személyes ismeretség, valamint a kezelő team tagjainak ajánlása alapján választottam ki. A személyek megkeresése előtt egyeztettem az őket kezelő pszichiáterrel, aki megerősítette a személyek interjúra való alkalmasságát. A vizsgálati személyek az interjú előtt írásban nyilatkoztak, hogy pszichés problémáikból felépültek, vagy a felépülés útján járnak.

A minta jellemzői

Szakedolgozatomban az interjúalanyokat azon a néven nevezem, ahogy ők azt előre meghatározták. A mintát képező tizenegy személyből hét nő, négy férfi. A megkérdezett személyek életkora az interjúk időpontjában 24 és 57 év közötti tartományban volt megtalálható, a vizsgálati személyek átlagéletkora 42,3 év. Képzettségük az érettségitől az egyetemi diplomáig terjed. Jelenleg a tizenegy személyből négyen rendelkeztek aktív dolgozói státusszal, és további két személy végzett önkéntes munkát az interjú időpontjában. A vizsgálati személyek demográfiai adatait az 1. számú táblázat ismerteti. A diagnózisokat tekintve, négy személynél szkizofrénia, négy személynél affektív zavar, egy személynél borderline személyiségzavar, egy személynél szorongásos zavar lett korábban megállapítva, míg egy interjúalanynál szkizofréniát és borderline személyiségzavart egyaránt diagnosztizáltak.

1.Táblázat: A vizsgálati személyek adatai

Név	Életkor	Családi állapot	Végzettség	Dolgozói státusz
Aszter	36	nőtlen	szakképzettség	munkanélküli, tapasztalati szakértő
Erika	48	hajadon	egyetem	aktív
András	24	nőtlen	érettségi	aktív
Iván	45	nőtlen	érettségi	munkanélküli, tapasztalati szakértő
Edit	57	férjezett	főiskola	rokkantnyugdíjas
Csabi	30	nőtlen	OKJ-s képzés	munkanélküli
Ildikó	55	házas, külön él	felsőfokú tanfolyam	munkanélküli, rokkantnyugdíjas
Margit	46	hajadon	Egyetem	munkanélküli
Andrea	45	elvált	főiskola	munkanélküli, rokkantnyugdíjas
Veronika	31	hajadon	OKJ-s képzés	aktív
Katalin	51	férjezett	főiskola	aktív

Kontextus

A pszichiátriai centrum, amelyben az interjúk készültek, egyike azon kevés magyarországi pszichiátriai intézményeknek, ahol a felépülés szemlélet teret nyert. Az intézmény ambuláns betegellátás mellett nyílt osztályt működtet, amely nappali kórházként funkcionál.

Az ellátás a közösségi pszichiátria gyakorlatának felel meg. A centrumban központi szerep jut a páciensek autonómiájának, gondozásuk azoknak a céloknak a mentén történik, amelyeket ők maguknak kitűznek, valamint a gondozásba a kliens közeli hozzátartozóit, illetve adott esetben barátait, szomszédait is bevonják. Számos önszerveződésű, önsegítéssel alapuló csoport működik az intézményben, amelyeket tapasztalati szakértők, vagyis felépült kliensek vezetnek. Az önsegítő csoportok között találunk hanghallók, bipoláris zavarral élők, traumatizált, valamint alkohol-és drogfüggő személyek által tartott közösséget is. Az itt ellátott személyek részt vehetnek irodalmi kultúrkörön, művészeti csoporton, kézimunka csoporton, valamint filozófiai kávéház is szerveződik heti rendszerességgel.

A gyógyszeres kezelést, amely a gondozásnak csak egy szeletét képezi, a kliensek kívánságainak megfelelően, gyakran hosszabb kísérletezés után állítják be. Több olyan ellátott is van, aki egyáltalán nem szed gyógyszert.

A felépülés szemlélet sikeres érvényesülése abban is megnyilvánul, hogy egyre több kliens válik tapasztalati szakértővé, és munkájuk, valamint az általuk tartott csoportok nagy népszerűségnek örvendenek. Hamarosan akkreditált képzés is indul tapasztalati szakértők részére az intézményben belül.

Személyes involváltság

Kvalitatív kutatásom szubjektív aspektusából eredően szükségesnek tartom, hogy a kutatással kapcsolatos személyes, involváltságomat is megvilágítsam.

2014 februárja óta végzek önkéntes munkát az Ébredések Alapítvány pszichiátriai centrumában, és rendszeres megfigyelő résztvevője vagyok az itt

megtartott hanghalló csoportnak. Szakdolgozatom témáját is a csoport ihlette, amikor egyik alkalommal az egyik csoporttag, akivel volt szerencsém később interjút is készíteni, előadta saját felépüléstörténetét. Ez a felépüléstörténet nagy érdeklődést váltott ki belőlem, és azt a meggyőződést alakította bennem, hogy a klinikai pszichológia értékes tudásforrását képezhetik a felépülésről szóló személyes beszámolók. A bemutatott intézmény falai között találkoztam először a felépülés szemlélettel, amely új és haladó narratívát jelent számomra, még úgy is, hogy én pszichológushallgatóként kevésbé a klasszikus bio-medikális narratíva szellemében képződtem. Szakmai fejlődésem szempontjából igen jelentős az a tapasztalat, amelyet az intézmény, felhasználói, és a kezelő személyzet által volt szerencsém szerezni. Példaértékűnek tartom az ellátást, amelyben az itteni kliensek részesülnek, az itt uralkodó szemlélet és ellátás előnyeit a készített interjúk is tanúsítják.

A kutatási eredmények árnyalásához fontosnak tartom kiemelni, hogy az intézmény szemléletével és ellátásával kapcsolatos lelkesedésem és elfogultságom nagy valószínűséggel befolyásolta az interjúk légkörét, valamint az általam készített értelmezésüket. Az interjúalanyok feltételezhetően törekedtek az intézmény narratíváját előtérbe helyezni, egyrészt, mert a vizsgálat itt folyt le, másrészt mert a felépüléstörténetek iránti érdeklődés önmagában is a felépülés szemlélet részét képezi. Más intézmény pácienseinél ez a narratíva valószínűleg sokkal kevésbé került volna előtérbe.

Adatfelvételi eljárás

Az előre kiválasztott felhasználókat személyesen kértem fel a vizsgálaton való részvételre. A felkérés során körülbelül a következőket fogalmaztam meg: *„A szakdolgozatom keretében a pszichés problémákból való felépülésről szeretnék többet megtudni. Lenne kedve egy körülbelül egy órás interjúban az ezzel kapcsolatos tapasztalatairól mesélni?”*

Tizenhárom személyt kerestem fel, közülük egy személy, bár először vállalkozott, később lemondta az interjút. Amikor ennek oka felől érdeklődtem, a személy nem adott egyértelmű választ. Az egyik interjúalany anyagát kihagytam az elemzésből, ugyanis kevés szót ejtett felépülésének folyamatáról, így nem bizonyult alkalmasnak elemzésre. A végső anyagot tizenegy személy interjúja képezi.

Minden beszélgetés előtt a résztvevők írásos tájékoztatást kaptak a vizsgálatról, valamint beleegyező nyilatkozatot is valamennyien aláírtak (ld. melléklet). Félig strukturált interjúkat készítettem, amelyeket minden alkalommal egy „generatív narratív kérdés” indítottam, amely elég általános, de utal a kutatás központi témájára: *„Arra kérném, hogy minél szabadabban meséljen az életéről, ezen belül pszichés betegségéről, vagy nehézségeiről, és az ebből való felépüléséről!”*. Ezt követően a személyek viszonylag hosszabban beszéltek életük relevánsnak ítélt eseményeiről. Alapvetően igyekeztem az interjú során tisztázó jellegű kérdésekre szorítkozni. Amennyiben (a korábbi interjúk, vagy a szakirodalom alapján) úgy éreztem, hogy bizonyos fontosnak tűnő területek kimaradtak, akkor azokra direktebb módon is rákérdeztem. Interjúalanyaimat ösztönöztem, hogy saját életük „szakértőiként” értelmezzék is az általuk elbeszélte eseményeket (Flick, 2009). Az elbeszélés alatt igyekeztem aktív és empatikus hallgatóságként jelen lenni, és minél kevesebbszer közbelépni. Amennyiben úgy éreztem, hogy a vizsgálati személy túlságosan elkalandozott a témától, úgy megpróbáltam finoman visszaterelni.

Interjúalanyaim különböző mértékben voltak képesek élményeiket narrativizálni, olykor érződött rajtuk, hogy próbálnak az én vélt elvárásaimnak megfelelően logikus, koherens elbeszélésre, és egyesek frusztrálva érezték magukat, ha úgy érezték, hogy például időben ugrálva beszélték el az eseményeket, vagy ha beszámolójukból nem egyenes vonalú, „hibátlan” felépüléstörténet bontakozott ki.

Bizonyos interjúalanyokkal tegeződtem, ugyanis az Alapítványnál az a szokás, hogy a tapasztalati szakértőket a kezelők és az önkéntesek is tegezik, különösen akikkel stigma-csökkentő rendezvényeken közösen vettem részt.

A legrövidebb interjú időtartama 38 perc volt, a leghosszabb egy óra 17 percet vett igénybe. Mindegyik interjút a vizsgálati személyek előzetes beleegyezésével diktafonra rögzítettem, majd a hangfelvételeket számítógépes dokumentumba átirtam (ld. mellékelt lemez). Az elemzést ezen a dokumentumon hajtottam végre.

Adatelemezés

Kutatásomban a narratív valóságkonstrukció szemléletéből indulok ki, amely szerint az egyén valóságát elbeszélésen keresztül értelmezi és alkotja meg. Az elbeszélésekre, mint a valóság szubjektív értelmezésére tekintek. Vizsgálatom célja ezeknek a szubjektív értelmezéseknek értelmezése, amely szintén megkerülhetetlenül szubjektív. Miként a vizsgálati személyek interpretáción keresztül adják elő saját életük eseményeit, úgy én is interpretálok azt, amit ők az interjúban elmondtak, követve a hermeneutikai szemléletet (Sandelowski, 1991). Ez azt jelenti, hogy szövegműközi értelmezésre törekedtem, tehát az elbeszélés konkrét elemeire alapozva igyekeztem jelentést tulajdonítani a vizsgálati személyek által elmondottaknak.

Az elemzés során többször átolvastam az interjúkat. Olvasás közben *jelentési egységekre* bontottam a szöveget. Jelentési egység alatt azoknak a szavaknak, vagy mondatoknak összességét értjük, amelyek közös jelentést hordoznak (Graneheim és Lundman, 2004). Ezekhez a jelentési egységekhez pedig *témákat* rendeltem, amelyek összesűrítették a jelentési egységhez társított tartalmát. A kód egy szóból, vagy maximum egy fél mondatból állt. Amennyiben az adott jelentési egység összekapcsolódott más téma részletesebben volt kifejtve, úgy azt adott esetben fő-és altémákba szerveztem (Kassai és mtsai, 2015).

Minden egyes interjúból készítettem egy tematikus összefoglalót, amelyben megjelenítettem a főtemákat és altémákat, illetve azokat idézetekkel támasztottam alá. Ezeket az összefoglalókat elküldtem az interjúalanyoknak visszajelzés, javítás és kiegészítés céljából. Csak páran éltek ezzel a lehetőséggel, ők legtöbbször még inkább kihangsúlyoztak egy-egy elemet, amely már benne foglaltatott az összefoglalóban, vagy behoztak egy-egy új gondolatot. Ezekre a kiegészítésekre ismertetek példát az eredmények bemutatásánál. Nagy félreértésre nem derült fény.

Ezt követően áttekintettem az összefoglalókat, és a gyakoriság alapján egységes fő- és altémákba szerveztem őket, továbbra is idézetekkel kísérve. Az így kapott struktúrát megvizsgáltam a kutatási kérdések mentén, amelynek következtében egyrészt kiemeltem azokat a főtemákat, amelyek az elbeszélés *időbeli, vagy logikai szerkesztését* jelenítik meg, másrészt azokat a témákat, amelyek a betegséget és felépülést *értelmező narratívákat* képviselnek. Voltak olyan témák, amelyek mindkét kérdéshez kapcsolódtak, azokat mindkét szempontból figyelembe vettem. Az alábbi két táblázat az elemzést kívánja illusztrálni.

2. Táblázat: Az élettörténet megszerkesztését illusztráló idézetek altémába, főtémába és szerkezeti elembe való csoportosítása

szerkezeti elem	Főtéma	Altéma	Idézet
Folyamatok	tünetek kiterjesztése a régmúltra	a tünetek gyerekkorban kezdődtek	„mert végül is a gyerekkoromban már ez megvolt, mert én.. vannak emlékeim róla, az általános iskolában is, hogy, hogy nagyon félénk voltam, meg érzékeny, meg nagyon magamra vettem mindent”
	ereszkedő narratíva	irányítás fokozatos elvesztése	„Maga, az én dolgaim is éreztem, hogy a saját, amiket szeretnék én is csinálni, azok is kicsúsznak a kezemből, és így végül is két irányból jött. Szóval magamból is éreztem, hogy ez így nem fog tovább menni, és kívülről is ugyanezt láttam, hogy ez így nem fog tovább menni. És ez így halmozódott, és egyszer egyszerűen csak így kibukott, így minden így szakadt, és akkor.”
	emelkedő narratíva	fokozatos haladás a felépülésben	„ide kerültem az Alapítványhoz, és akkor itt fokozatosan haladtunk előre.”
	mélypont	krízis, intenzív tünetek	„Az első pszichotikus állapot volt a legnehezebb. Erről egy kicsit nehéz is beszélni. Tehát olyan mélységet tapasztaltam meg, amely a mai napig fájdalmas, meg kell, hogy mondjam”
	fordulópont	felépülés elhatározása	„megráztam magamat, hogy nem lehetek ennyire béna, csinálnom kell, talpra kell állnom, huszonegy-két éves vagyok, most már mindjárt 30. Csinálni kell, mindenféleképpen, nem szabad itt abbahagyni.”

3. Táblázat: A betegséget és felépülést értelmező idézetek altémába, főtémába és narratívába való rendezése

Narratíva	Főtéma	Altéma	Idézet
Bio-medikális narratíva	kezelés	gyógyszersedés szükségessége	„kértem az orvost, hogy erre adjon valami útmutatást, de azt mondta, hogy ilyenre nincs szükség. Szerinte a gyógyszer mindent meg fog oldani.”
	tünetek oka	hormonális egyensúlyzavar	„amikor a boldogsághormon nincs meg, mert a szerotonin, szerotonin szint nem megfelelő, akkor biztos, hogy ezt pótolni kell valamivel.” (Katalin)
	kezelés	gyógyszersedés szükségessége	„felismertem, hogy nem szabad elhagyni a gyógyszert, csakis az orvos monitorozása mellett.”
	kezelés felépülés	gyógyszersedés szükségessége, együttélés megtanulása	„És a doktorasszonnyal mi úgy vagyunk már, hogy tudjuk azt, hogy ez életem végéig ez így marad, hogy gyógyszert kell szedni, de hogy már megtanultam vele együtt élni, és rendezni a saját dolgaimat”
	tünetek oka	öröklődés	„Most a doktornőnek nem tudom mi az álláspontja, hogy most én örököltem-e ezt, mert más orvos azt mondta, hogy lehet, hogy örököltem ezt, ezt az állapotot, van benne valami szerintem”
	én elbeszélése	betegsidentitás	Szokták mondani, nem, nem lehet meggyógyulni, csak tünetmentessé válni. Ezt úgy értik szerintem, akik ezt leírják, ilyen betegek, vagy hogy mondjam őket. Hogy hát mi ilyenek vagyunk, tehát, hogyha

			<i>nyilvánvalóan megint ilyen hasonló szituációba kerülsz, akkor ez megint elő fog jönni”</i>
--	--	--	---

Eredmények

A következő részben ismertetni fogom a narratív elemzés eredményeit, mielőtt megtárgyalnám, hogy ezek az eredmények miként válaszolják meg a feltett kutatói kérdéseket. Az interjúk átirata a dolgozathoz mellékelt lemezen található.

Az élettörténet megszerkesztése a betegség és a felépülés mentén

Élettörténeti folyamatok megalkotása

A rögzített elbeszélésekből az látszik kikristályosodni, hogy a vizsgálati személyek betegségüket és felépülésüket nem pontszerű eseményekként, hanem hosszabb időtartamot átölelő, többé-kevésbé egyenletesen változó folyamatokként alkotják meg.

A betegség, és a felépülés története leggyakrabban V, vagy U-alakú narratívába szerveződik. Ez azt jelenti, hogy az interjúalanyok betegségüket először *ereszkedő narratívába* foglalták. Ez a narratíva a betegség „első jeleit” a régmúltra, leggyakrabban a gyerekkorba helyezi vissza. Ezt követi a tünetek fokozatos súlyosbodása, az elbeszélő pszichés állapota és szociális helyzete egyre rosszabbra fordul. Majd a betegség narratívája elér egy *mélypontot*, amelyet valamilyen akut pszichés krízis, illetve kórházi benntartózkodás képez. A mélypontot *fordulópont* követi, vagyis valamilyen többé-kevésbé drasztikusnak ábrázolt változás, amely lehetővé teszi a felépülés megindulását. Innen pedig következik a felépülés *emelkedő narratívája*, amely az elbeszélő állapotának, helyzetének, cselekvőképességének lépésenként történő lassú és fokozatos javulását írja le. Lássunk most pár konkrét példát ennek a V, vagy U-alakú narratíva elemeinek a megvalósulására.

Nagyon gyakori volt, hogy az elbeszélő a tüneteket **kiterjesztette a régmúltra**. A vizsgálati személyek többsége nem a diagnózist közvetlenül megelőző akut krízissel kezdte betegségének elbeszélését, hanem rámutatott arra, hogy valójában tünetei a régmúltban, legtöbbször a gyerekkorban is már megvoltak, és végighúzódtak élete bizonyos szakaszán. Ezt láthatjuk Veronika, Aszter és Ildikó alábbi idézeteiben is:

„Óvodás koromban már lehetett valamilyen probléma” (Veronika)

„mert végül is a gyerekkoromban már ez megvolt, mert én.. vannak emlékeim róla, az általános iskolában is, hogy, hogy nagyon félnék voltam, meg érzékeny, meg nagyon magamra vettem mindent” (Aszter)

„Aztán, valahogy akkor is voltak már ezek a tünetek. Még akkor olyan tünet volt, hogy nem hanghallás, hanem akkor még ilyen gondolat, tehát ilyen, voltak ilyen, ilyen félig ilyen mintha idegen gondolatok lettek volna, hogy, de én akkor úgy éreztem, ez így végigkísérte a kamaszkoromat ilyen 25 éves koromig legalább” (Aszter)

És már ilyen gyerekkoromban mindig ilyen nagyon kívülállónak éreztem magam, meg nem odavalónak, meg nem értettem az egészszet.” (Ildikó)

András, aki szintén a régmúltra helyezte betegségének kezdőpontját, felhívta rá a figyelmemet, hogy ez a folyamat tulajdonképpen utólag állt össze a fejében:

„Aztán 2007-ben arra lettem úgy, de ezt utólag rakja az ember össze, ez azért fontos, tehát, (...). 2007-ben azt vettem észre, hogy nem voltak akkor még problémáim, tehát tudtam repülni, mindent tudtam csinálni. De fáj nagyon sokat a gyomrom, de istenigazából én ezt ezzel nem hoztam összefüggésbe, mert nagyon sokat kávéztam, és mindig ráfogtam arra, hogy hát nagyon sok kávét iszom, és biztos attól van.” (András)
Az elbeszélésekben a betegség tehát nem csak, hogy a régmúltban kezdődik, de fokozatos romlást is mutat, megalkotva a tünetek lineáris eszkalációját és az **ereszkedő narratíva** szerkezetét. A következő idézetek ezt a fokozatos állapotromlást illusztrálják:
„És akkor úgy egyre lejjebb kerültem, de mindig úgy gondolod, hogy majd, majd valaki segíteni fog, majd a következő. Te meg úgy elvagy ebben (...), hogy rosszul vagy, semmit nem tudsz csinálni. (...) De hogy ez lassan férkőzik be az életedbe, ez a dolog, hogy, hogy megszokod, hogy mindig rosszul vagy, megszokod, hogy fáj mondjuk a gyomrod, megszokod, hogy ilyen az életed. Megszokod, hogy már nem mész közösségbe, nem mész a Balaton partra, nem mész fürdeni, nem jársz étterembe, nem jársz szórakozni, szóval mindent megszoksz. De valahol baromira el is vagy tőle keseredve” (András)

„Éreztem, hogy a saját, amiket szeretnék én is csinálni, azok is kicsúsznak a kezemből, és így végül is két irányból jött. Szóval magamból is éreztem, hogy ez így nem fog tovább menni, és kívülről is ugyanezt láttam, hogy ez így nem fog tovább menni. És ez így halmozódott, és egyszer egyszerűen csak így kibukott, így minden így szakadt, és akkor.” (Csabi)

„Tehát voltak időszakok, amikor nagyon-nagyon lent voltam, és iszonyatosan erős fájdalokkal, konkrét fizikai fájdalokkal küzdve tettem a mindennapokon a dolgom, ami odáig vezetett, hogy azért tartósan kimerültem, kifáradtam, és végül is 2010-re egészségkárosodott lettem.” (Katalin)

Az utóbbi két idézetben már megjelenik, hogy ez az ereszkedő narratíva előbb vagy utóbb elér egy **mélypontot**. Margit számára ezt a mélypontot első pszichotikus epizódja, valamint az azt követő kórházi kezelés jelentette, amelyet halál közeli élményként fogalmazott meg és nagy félelmek kísérték.

„Az első pszichotikus állapot volt a legnehezebb. Erről egy kicsit nehéz is beszélni. Tehát olyan mélységet tapasztaltam meg, amely a mai napig fájdalmas, meg kell, hogy mondjam (...) a lényeg az az, hogy nagyon sok gyógyszert adtak, tehát borzasztóan éreztem magam, fizikálisan, féltem, rettegetem, és úgy gondoltam, hogy én most meg fogok halni.”

András interjújában elmesélte, hogy mielőtt az Ébredések Alapítványhoz eltalált, nagyon sokféle kezeléssel próbálkozott, hogy intenzív szorongását csökkentse, azonban valójában egyik kezelés sem bizonyult igazán hatékonynak. Tünetei eközben egyre romlottak, mígnem úgy érezte, hogy minden remény elveszett, és szinte feladta.

„És akkor, amikor már minden kötél szakadt, és egyébként otth, a környezetemből sem volt meg már a megfelelő támogatás, tehát minden reményem elveszett, akkor kitaláltam, hogy elmegyek a Thalassa Házba. Az nem tudom honnan jött, ez a dolog, de akkor már tudtam jól, hogy itt már mindennek vége, tehát nekem már mindegy” (András)

Az elbeszélésekben a mélypontot **fordulópont** követte, ahonnan megindulhatott a felépülés. Aszter, interjújának elején elmesélte, miként „esett szét” fokozatosan élete és gondolkodása, megterhelő munkája és szerhasználata miatt. Ezzel párhuzamosan családjával és volt barátnőjével való kapcsolata is fokozatosan leromlott, míg végül nem volt hova mennie, az utcán aludt, majd pszichiátriai osztályra került. Itt azonban megszületett benne egy belső elhatározás, hogy változtat életmódján, és innentől kezdve fokozatosan jobbra fordult a sorsa. Aszter a következőképpen írta le ezt a fordulópontot:

„akkor elvittek egy környéki pszichiátriára, akkor ott voltam egy hónapig zárt osztályon voltam, két hónapig meg a rendes osztályon, és akkor valahogy ott fordult velem a világ, hogy nagyon rossz benyomással voltam a szüleimre is, hogy akkor dohányoztam is, ittam is, füves cigiztem is. És akkor ott abban a kórházban úgy, úgy végigpörgött az agyamon az a sok szenvedés, amin előtte átmentem, és hogy ez így nem mehet tovább, és, hogy valamit tennem kell” (Aszter)

Csabi hasonló életutat vázolt fel, elbeszélése alapján fiatal korában nem megfelelő, „habzsoló” életmódot folytatott, illetve a számára nagyon fontos emberi kapcsolatait is fokozatosan elveszítette, míg egy hosszabb, számára méltatlannak tűnő pszichiátriai osztályon való tartózkodást követően elhatározta, hogy megváltozik, ugyanis többet szeretne az élettől és saját magától. A következő idézet ezt a fordulópontot írja le:

„megráztam magamat, hogy nem lehetek ennyire béna, csinálnom kell, talpra kell állnom, huszonegy-két éves vagyok, most már mindjárt 30. Csinálni kell, mindenféleképpen, nem szabad itt abbahagyni.” (Csabi)

Andrea elbeszélésében ezt a fordulópontot az Ébredések Alapítvány megtalálása jelentette, ahol, korábbi negatív tapasztalataival ellentétben nem csak gyógyszerrel kezelték, illetve az őt kezelő pszichiáter nem „másodrendű állampolgárként” kezelte, akinek az a feladata, hogy „marékszámra szedje a gyógyszert”. Utóbbi megfogalmazásokkal korábbi kezelését illetve, amely mellett Andrea csak tünetei fokozódását írta le, mígnem eljutott az Alapítványhoz, ahol megkezdődhetett állapotának javulása:

„Tehát olyan szorongással mentem át az autóval, hogy pokoli érzésem volt. Utána nem tudtam tömegközlekedni egy jó darabig, minden tünetet produkáltam, ami elképzelhető. Nagyon nehéz volt. és akkor visszatérve, igen ide kerültem az Alapítványhoz, és akkor itt fokozatosan haladtunk előre.”

Andrea idézete már átvezet bennünket a felépülés **emelkedő narratívájához**.

Interjújának folytatásában leírta, hogy míg kezdetben egy puding megfőzése is nagy nehézséget jelentett számára, addig egy évvel később képessé vált arra, hogy kiterjedt baráti körét egy többfogatós vacsorára vendégül lássa.

És tyúklépésben haladtunk előre (...) igen ide kerültem az Alapítványhoz, és akkor itt fokozatosan haladtunk előre. Először az volt a feladat, itt ebben a szobában ültem Ünigével [az egyik kezelő pszichológus], és először az volt a feladat, hogy, tudok-e egy pudingot megfőzni. És fogalmam sem volt, hogy hogy kell egy pudingot megfőzni (...) És, akkor utána a remény megjelent, hogy van kiút ebből, és akkor fokozatosan eltelt egy év, emlékszem november elseje volt, amikor terveztem egy vacsorát magamnál, hogy a barátaim, akik végig kiálltak mellettem, meg jártak a kórházba látogatni, vissza tudjam hívni egy vacsorára a lakásomba. És akkor az ilyen nagyon nagy készülődés volt, hogy bevásároltam, menüt csináltam, máglyarakást, nem tudom, fogalmam sincs milyen olasz tésztát csináltam, meg levest, és heten voltunk, hat barátomat hívtam el, és akkor ez ilyen nagy dolog volt, hogy fű én ezt meg tudtam csinálni egyedül.”(Andrea)

Ez az emelkedő narratíva bontakozik ki Csabi elbeszéléséből is, aki, a fent leírt fordulópontot követően elkezdett jobban lenni, ahogy lépcsőről-lépésre megoldotta problémáit, képezte magát és újra munkába tudott állni. Ezzel párhuzamosan tünetei is fokozatosan csökkentek.

„a felépülés részéről annyit, hogy mindig haladtam így lépcsőről lépésre, vagy valami nagyobb lépést tettem meg, és oldottam meg folyamatosan a problémáimat, mind, amik körülvettek, mind, ami én bennem volt. Így a hanghallásom is csökkent, a funkcionális zavarom is. Elkezdtem olvasni, tanulni, tovább képeztem magamat.” (Csabi)

András felépülését szintén nagyon lassú, apró lépésekben haladó, fokozatosan erősödő folyamatként írta le. Ő hosszú időn át nem mert kilépni lakásából erős szorongása miatt, azonban miután az Alapítványhoz került, illetve megtalálta a számára megfelelő gyógyszert, egyre inkább képessé vált belső biztonság megélésére. Egy barátnő segítségével fokozatosan egyre többet tudott az utcán tartózkodni, és egyre nagyobb távokat tett meg.

„És akkor ez így elég volt, hogy így elsétáltunk odáig, meg elsétáltunk amodáig, meg elvitt az ilyen boltba, meg olyan boltba, és akkor így elindult baromi lassan egy folyamat. És te közben biztos vagy benne, hogy nem történik közben semmi. És mondjuk, egy hónap múlva rájössz, hogy te jóisten, hát előtte egy évig hát még arról se lehetett szó, hogy én a lakásajtón kimegyek, de most már mondjuk, oda az utcáig el tudok menni, vagy, vagy egyedül el tudok, be tudok egyedül ülni az autóba” (András)

Az interjúból tehát olyan élettörténet rajzolódott ki, amelyben a betegség általában gyerekkorban, vagy fiatal felnőttkorban már enyhébb formában megjelent, majd a tünetek fokozatosan súlyosabbá és intenzívebbé váltak, egyre rosszabb fizikai, lelki és társas helyzetbe sodorva az elbeszélőt. Ez az ereszkező narratíva egy mélypont elérésével zárult, amellyel kapcsolatban az elbeszélő gyakran a remény elvesztéséről, vagy valamilyen nagyon intenzív, fájdalmas, vagy megalázó élményről számolt be. Ezt követte egy fordulópontra, amely lehetett pusztán egy belső elhatározás, vagy az Ébredések Alapítvány alternatív szemléletének és az itt zajló kezelés előnyeinek a megtapasztalása. Ettől a ponttól kezdve pedig a felépülés emelkedő narratívája vált az elbeszélés vörös fonalává, amelyben a személy egyre jobban lett, többet vállalt, aktívabban alakította saját sorsát. Az interjúból azonban nem csak a betegség és a felépülés történetének folyamatossága, de belső koherenciája is kirajzolódik.

Élettörténeti koherencia megalkotása

A vizsgálati személyek által elbeszélte betegség és az abból való felépülés eseményei nem csak időben, de logikus, ok-okozati folyamatok mentén is szerveződtek, megalkotva azt, amit én élettörténeti koherenciának nevezek. Az interjúalanyok a betegséget, valamint egyes tüneteiket nem véletlen, random eseményként értékelték, hanem azokat összefüggésbe hozták életük más eseményeivel. Megmagyarázták őket, *célt, értelmet és jelentést* tulajdonítottak nekik, ezáltal megindokolva ezeknek a tapasztalatoknak a létezését. A betegség és a felépülés tehát koherens helyet és szerepet kapott a személyes élettörténet narratívájában.

Az interjúalanyok különböző logikus magyarázatokat fűztek pszichés problémáik kialakulásához. Veronikánál húszas évei elején alakult ki hanghallás. Interjújában elmesélte, hogy ez a tünet élete olyan időszakában jelentkezett, amikor nagyon magányosnak, tanácstalannak érezte magát és külső segítségre, útmutatásra szorult volna a nehézségeivel való megküzdésben. A hang, amely ekkortájt megjelent, tanácsokkal látta el őt, bízta, hogy ezt, vagy azt tegye, és segítette neki megoldani a problémáit. Veronika tehát úgy értelmezte hanghallását, hogy azt ő maga hozta létre, ily módon helyettesítve például szüleit, vagy egy pszichológust, akik segítséggel szolgálhattak volna, és akkortájt nem voltak számára elérhetőek. Az alábbi idézet ezt az értelmezést illusztrálja:

„én abszolút hiszek abban, hogy volt egy olyan helyzet, ahol volt több problémám, rettegtem, párkapcsolati, anyagi problémák is voltak, és senki nem volt ott, aki azt mondja, hogy itt jobbra vagy balra menjek, vagy hogyan álljak ehhez hozzá. Mert akitől kértem segítséget, az (...) meg sem hallgatott gyakorlatilag. És gyártottam...”

(Veronika)

Csabi nagyon hasonló módon értelmezte saját hanghallását:

„most már csak akkor jönnek elő hangok, hogyha magányos vagyok, és nincs kívül éppen beszélgetni, vagy olvasni, vagy zenét hallgatni, vagy akármi mást csinálni. Hogyha teljesen egyedül vagyok, akkor szokott ez végül is így kijönni rajtam” (Csabi)

Egy másik típusú magyarázati narratívában a betegség gyermekkori sérülések, traumák hatására alakult ki. Ildikó például úgy fogalmazta betegségét, amelyet borderline személyiségzavarként azonosított, mint amely a gyerekként elszenvedett abúzusok, valamint az ehhez való alkalmazkodás *következményeként* jött létre. Ez többek között abban nyilvánult meg, hogy igyekezett mindenkinek nagyon megfelelni, azért, hogy elnyerje mások szeretetét, amelyben nagy hiányt kellett elszenvednie. A betegség tehát itt is, akárcsak Veronikánál valamilyen hiány következtében jelenik meg, és azt a célt szolgálja, hogy ez a hiány csökkenjen.

„De amikor a borderline vezérelt, akkor minden hova elmentem, mert lehet, hogy így akartam ilyen szeretet vásárolni, vagy megfelelési kényszer (...) A borderline pedig azért úgy, hogy elfogadjanak, azért én mindenkivel így nagyon megküzdöttem. Hogy az ő igényihez alkalmazkodjak.” (Ildikó)

„Tehát végül is ez egy menekvés volt, gondolom. A gyerekkori rossz dolgokból így menekültem ki. Volt ez az agresszív rész, aki végül is mindent kibírt.” (Ildikó)

Erika is hasonló gondolatokat fogalmazott meg, amikor pszichés problémáit megmagyarázta. Ő is azt írta le, hogy a gyerekkori nehézségek, illetve az ezekhez való alkalmazkodás egy „egót”, vagyis hamis ént hoznak létre, amely kezdetben segít, később azonban a fejlődés akadályává válik és betegséghez vezet.

„Ez az ego dolog érdekes végül is, ezt az egót azért hoztuk létre, mindenki a sajátját, hogy túléljünk. Mert gyerekként nyilván mindenkit értek csapások, meg traumák, kit kevesebb, kit több, mikor hogy, hogy ki milyen családban nőtt fel, milyen környezetben volt. És minél, minél nehezebb volt az embernek a sorsa gyerekkorában, ez az ego annál vastkosabb, és annál erősebb, mert annál nagyobb védelemre volt szükség. És aztán eljut az ember egy pontra, amikor ezt az egót végül is föl kell oldani, föl kell számolni, mert ez már akadály az utunkon, akadály a fejlődésünknek.” (Erika)

Az interjúalanyok személyes *jelentést* is tulajdonítottak az általuk megélt tüneteknek. Iván, akinél szintén hanghallás alakult ki, beszámolt arról, hogy a hang nem értelmetlen jelenség, hanem valójában személyes problémáira mutat rá. Iván azt hangsúlyozta, hogy a hangok, a téveszmék jelentést hordoznak, amelyet az őket megtapasztaló személy le tud fordítani, és ennek következtében képessé válik pozitív változásra.

„a hang végül is elárulja végül is, egy ilyen tárgyalás során, hogy milyen problémáid lehetnek” (Iván)

Aszter alábbi idézetében is ugyanez az értelmezés fogalmazódik meg:

„Hát [a hang] támogat úgy, hogy, hogy tehát, hogy, hogy a pozitív oldalát kell nézni, hogy le kell fordítani, tehát, hogy, hogy dekódolni kell, hogy mond valamit, akkor, akkor azt le lehet fordítani jóra. Tehát végül is támogat, tehát átvitt értelemben mindig támogat. Csak tudni kell értelmezni, hogy mit, mit akar mondani” (Aszter)

Végül az élettörténeti koherenciához az is hozzájárult, hogy sok interjúalany képes volt utólag *értelmet* és *előnyt* találni betegségé tapasztalatának. Margit többször hangsúlyozta, hogy a betegséggel járó szenvedés hosszútávon lehetővé tette számára, hogy másoknak segítsen, akik hasonló problémákkal küzdenek.

„szeretnék olyan állásba elhelyezkedni majd egyszer, ahol olyan gyerekeket, fiataloknak tudok segíteni, akik még előtte állnak ennek a húszas éveik, fiatal felnőttkornak. És hogy ne essenek bele azokba a csapdába, amelyekbe én belesétáltam” (Margit)

Ildikó szintén azáltal tudott értelmet adni betegségé élményének, hogy ezáltal mások számára reményt és kapaszkodót tud adni, hogy neki sikerült ezekből a nehézségekből felépülni.

„Tehát, hogy jobban átérzem, hogy miket éreznek, amikor mondjuk, öngyilkosok akarnak lenni, vagy amikor ilyen feleslegesnek érzik magukat, meg tehetetlennek, mert én is éreztem magam úgy, évek, évtizedekkel ezelőtt. És azért is jó, mert, hogy ha én meggyógyultam, akkor ők is kapnak egy ilyen kapaszkodót, hogy hát igen, ki lehet ebből mászni, és akkor én tudom, hogy én mire figyeltem, vagy, hogy volt, és akkor el tudom mondani, kipróbáljuk, ha nem válik be, akkor keresünk mást” (Ildikó)

Aszter azt fogalmazta meg, hogy betegsége és felépülése következtében sokkal összeszedettebbé vált, és, hogy ez a pozitív változás nem mehetett volna végbe, ha nincs a betegség.

„azért régen azért így nem voltak ennyire összeszedettek a gondolataim, mint így, hogy így átjutottam ezeken a dolgokon. (...) Meg azt vettem észre, hogy így a kommunikációban is így rendezettebbek a gondolataim, így sokkal jobban odafigyelnek rám az emberek. És ez úgy tetszett, tetszik. És régen nem ilyen voltam, most meg ilyen vagyok, és hát örülök neki, hogy komolyan vesznek” (Aszter)

Láthattuk tehát, hogy az interjúalanyok betegségüket és felépülésüket élettörténeti folyamatokként ábrázolják, valamint elbeszélésükben koherens magyarázatot és értelmet kapcsolnak ezekhez a tapasztalatokhoz élettörténetük egészét tekintve.

Betegség –és felépülésnarratívák

A most következő részben azokat a narratívákat fogom bemutatni, amelyeken keresztül a vizsgálati személyek betegséggel és felépüléssel kapcsolatos élményeiket és saját szerepüket is értelmezték és élettörténetükbe beillesztették. Ezeket az eredményeket két részre bontva ismertetem. Először az átfogóbb és kiterjedtebb narratívákat mutatom be, amelyek magukban foglalják a szenvedést jelentő állapot specifikus meghatározását, kialakulásának okát, a kezelés módját, értelmezik a felépülést és társul hozzájuk *én-koncepció*. Ezekre a komponensekre minden egyes narratívánál kitérek. Ezután rátérek néhány narratíva töredékre, amelyek inkább csak egy-egy gondolatot fejeznek ki, de fontos támpontját képezik a tapasztalatok értelmezésének.

Átfogóbb narratívák

Érdekes módon azt tapasztaltam, hogy a vizsgálati személyek többféle átfogóbb narratívát használtak betegségük és felépülésük értelmezésére, amelyek egymás mellett, néha akár egymásnak ellentmondva, vagy egymással vitatkozva jelentek meg. A kiterjedtebb narratívákat a mellékelt 4-es számú táblázat foglalja össze.

Bio-medikális narratíva

Annak ellenére, hogy az intézmény falai között a felépülés szemlélet dominál, sok vizsgálati személy támaszkodott a bio-medikális narratíva elemeire, amikor betegségét és felépülését meghatározta és értelmezte. Ennek értelmében sokan használták a „betegség”, „krónikus betegség” kifejezéseket, amikor problémáikat definiálták, valamint saját magukra, és sorstársaikra is legtöbbször a „beteg” megnevezést használták. A bio-medikális narratívának megfelelően, többen hivatkoztak bio-kémiai folyamatokra, hormonális, és neurotranszmitterekkel kapcsolatos eltérésekre, valamint genetikai meghatározottságra tüneteik hátterében. A kezelés (egyik) meghatározó sarokkövét a megfelelő gyógyszer beállítása és rendszeres szedése jelentette. Utóbbinak köszönhetően az interjúalanyok tüneteik csökkenéséről és kontroll alatt tartásáról számoltak be, ami tulajdonképpen felépülésük kulcsát is képezte. Ezzel együtt a

betegség részévé vált a személyek életének, illetve személyiségének, gyakran előfordult az „alapvető érzékenység” kifejezés ezekben a narratívákban. A vizsgálati személyek felépülésüket úgy fogalmazták meg, hogy hosszútávon megtanultak betegségükkel és a gyógyszereszedéssel együtt élni. A bio-medikális narratíva megnyilvánulását Edit, Katalin, Aszter és András interjúrészeleitein keresztül fogom bemutatni:

Edit:

Editnél a problémák a változó korról kezdődtek, leginkább szorongásos és hanghallással kapcsolatos tünetekről számolt be. Felépülésének fordulópontjaként a hatékony gyógyszer megtalálását nevezte meg, amelynek segítségével elviselhetőbbé és elfogadhatóbbá váltak tünetei. Lássunk néhány idézetet, amelyből visszaköszönnek a bio-medikális narratíva elemei:

„én szentül hiszem, hogy ez a változó kori hormonális átváltozással, felborul az embernek a teljes hormonrendszere, és ugye átíródik valami másra, na, ez okozhatta valószínű ezt a galibát”

„Főlírta, na hazamentem, nyomban bevettem ebből a bűvös bogycsóból (nevet), és olyan két óra múltán éreztem, hogy valami van. És akkor este gondoltam, hogy na, beveszek egyet vagy kettőt, na most mégis mennyit, de nem mertem kettőt, hát bevettem csak egyet. És következő nap reggel új nap ébredt fel velem. Annyira hatott, ez még az a jó erős anyag tartalmú Zyprexa volt, és akkor elkezdtem ezt szedni, és elkezdtem lazulni, és könnyebb lett, és, szóval megváltoztatta az életem ez a gyógyszer.”

„És a doktorasszonnyal mi úgy vagyunk már, hogy tudjuk azt, hogy ez életem végéig ez így marad, hogy gyógyszert kell szedni, de hogy már megtanultam vele együtt élni, és rendezni a saját dolgaimat”

Katalin

Katalin bipoláris affektív zavartól szenved, amelyet részben túl alacsony szerotonin-szintjének, valamint öröklött adottságának tulajdonít. Bár a gyógyszerrel kapcsolatban beszámolt bizonyos ellenérzésekről, elsősorban azok mellékhatásaival kapcsolatban, mégis úgy látja, elengedhetetlen részét képezik kezelésének. Betegségét alapvető „érzékenységként” és „alacsonyabb terhelési küszöb”-ként értelmezi, amelyek személyiségének részét képezik, és amellyel az évek során megtanult együtt élni. *„amikor a boldogsághormon nincs meg, mert a szerotonin, szerotonin szint nem megfelelő, akkor biztos, hogy ezt pótolni kell valamivel. Ezt most ugyanúgy tudom elképzelni, mint, mint a nőgyógyászati területen, amikor változó kor, és változik a hormonháztartás, akkor van, akinek pótolni kell”* (Katalin)

„Én azt hiszem, hogy van az én puttyomban is némi örökség a szüleimtől”

„én azt gondolom, hogy egyre jobban tudom kontrollálni. Tehát tavaly ősszel volt egy ilyen, ilyen, ilyen nagyon-nagyon szeles, viharos időszak. És akkor például újra elkezdtem gyógyszereket szedni. Tehát nyáron leállítottuk a gyógyszereket, és ősszel újra beállítottuk a gyógyszereket. És, és akkor például úgy éltem meg, hogy, hogy semmi bajom nem volt. És részben a gyógyszerek beállításának, részben meg a kontrollnak köszönhetően”

„Hát valószínű azért, hogy érzékenyebb vagyok, mint az átlagemberek”

„Hát én ezt már úgy fogom fel, hogy igen, ez így része az életemnek, vannak hullámok, vannak jobb és rosszabb időszakok. És, és nagyon-nagyon boldog vagyok, amikor a jobb időszakokat élem”

Aszter

Amint az korábban már kiderült, Aszter sokáig szenvedett hanghallástól, és gondolatainak rendezetlenségétől, emellett sokáig érzelmi életét is „kiszáradt”-nak, tompának élte meg. Interjújában használta az „idegbeteg” kifejezést, amelynek segítségével betegsége mélypontját megfogalmazta. Problémái kialakulásában fejlődési

rendellenességnek, illetve a dopamin nem megfelelő szintjének is jelentőséget tulajdonított. Elbeszéléséből az derül ki, hogy a hatékony gyógyszer megtalálása neki is nagyon sokat segített a felépülésben.

„olyan érzésem volt, hogy úgy, nem tudom, hogy ezt lehet-e érteni, mintha ki lennének száradva az idegeim, ilyen, ilyen, meg az érzéseim. Tehát, hogy ilyen kiszáradt, mintha nem lenne volna bennem semmi, tehát ilyen nagyon rossz érzés”

„Most a doktornőnek nem tudom mi az álláspontja, hogy most én örököltem-e ezt, mert más orvos azt mondta, hogy lehet, hogy örököltem ezt, ezt az állapotot, van benne valami szerintem” (Aszter)

„arra is gondoltam, hogy nekem, hogy hiányzott valami fejlődési szakasz így az idegrendszeremben. Mert, mondjuk koraszülött is voltam, tehát, meg olvastam is ilyenekről, hogy ilyen is elképzelhető. Meg ezt leszámítva, úgy az idegrendszert leszámítva is éreztem így, már utólag összehasonlítva az akkori önmagammal, hogy hogy valami hiányzott belőlem, hogy ez hiányzott belőlem, ez. És ez az izé jut eszembe, ez a dopamin, ami, ami, aminek a hiánya van, vagy a többlete van ilyenkor asszem. (...)Meg azt olvastam, hogy az emberiséget is a, bocs, hogy ilyeneket így mondok (nevet), hogy az hajtotta az emberiséget is annak idején, mármint, hogy az őskortól kezdve, hogy volt ez a dopamin az embernek az agyában, ami, ami sikerélmény, hogyha elért valamit az ember, akkor sikerélménye, elégedett lett. És, és én ezt nagyon, én ezt mostanában tapasztalom meg, hogy milyen ez, hogy milyen ez az érzés. Tehát nem mostanában, már évek óta, amióta kezelés alatt vagyok”

„végül is a normális állapotba úgy jutottam el, hogy antipszichotikumokkal. Tehát, hogy ha, tehát én amúgy, őszintén megmondom, én félek, félek abbahagyni a gyógyszert. Mert lehet, hogy megint ugyanolyan lesz, mint tíz éves koromban, meg tizennégy, amikor én tiszta feszült voltam, meg ilyen idegbeteg. És, az az nagyon rossz volt, tehát, hogy a gyógyszeresök, sok, sokat lett már csökkentve a gyógyszer, de, de félek attól, hogy végleg abbahagyni. És most érzem úgy, hogy, hogy valahogy úgy összeszedettebb a gondolkodásom.”

András

Andrásnál gimnazista korától kezdve jelentkeztek szorongásos tünetek, amelyek egyre erősödtek, míg végül már otthonát sem merete elhagyni. Betegségmagyarázata genetikai és környezeti tényezők kölcsönhatásán nyugszik, emellett elutasítja a neurotranszmitter-elméletet. Saját magát a szorongásos betegek csoportjával azonosítja, tüneteit, Katalinhoz hasonlóan személyiségének és élete részéként fogalmazta meg.

Gyógyulásában szintén kiemelte a megfelelő gyógyszer megtalálását, bár ma már úgy gondolja, hogy ez inkább placebo-hatás. Betegségével való együttélését a cukorbeteg életmódjával veti össze, amint azt látni fogjuk.

„és egyszer csak kitaláltam, hogy szedek antidepresszánst, tehát már miért ne. És akkor így olvastam mindenfélét, és jó hát, most szedjük ilyen. Másnap mondtam, nem kell, kuka. Akkor szedjük olyat, mondtam nem kell, kuka. Jó, akkor volt egy harmadik, szedtem egy ideig, de hát az borzasztó volt, kuka. És akkor kitaláltam ezt a cipralaxet, de végül azt kezdtem el szedni, az escitalopram nevű történetet.”

„Én azt gondolom, hogy ennek van genetikai háttere is, mert vannak körülöttem emberek, akikkel sokkal durvább dolgok történnek az életében, mint velem, és még sincs semmi baja”

„Tehát ennek van egy nagyon erős genetikai meghatározottsága, a másik pedig a környezet. Ez a kettő, semmi más. (...) Tehát, itt nincsenek szerotonin-szintek, nincsenek, nincsen semmi”

„Ez ugyanúgy bennem van ez a bet, szokták mondani, nem, nem lehet meggyógyulni, csak tünetmentessé válni. Ezt úgy értik szerintem, akik ezt leírják, ilyen betegek, vagy

hogy mondjam őket. Hogy hát mi ilyenek vagyunk, tehát, hogyha nyilvánvalóan megint ilyen hasonló szituációba kerülsz, akkor ez megint elő fog jönni (...) mi olyan alapvetően vagyunk érzékenyek”

„Most megpróbálok veled együtt élni, mert hát egy cukorbetegnek is együtt kell élnie, tehát mindig arra gondolok, hogy hát hogy egy cukorbetegnek is együtt kell élni, tehát ez mindig szorongást okoz, hogy mindig nálam kell lennie a rivotrilnak, ha nincs nálam, akkor nagyon nagy baj történhet”

Pszichológiai narratíva

A bio-medikális narratíva mellett a legtöbb vizsgálati személy „naiv” pszichológiai diskurzusokba foglalta és pszichológiai mechanizmusok segítségével magyarázta betegségének kialakulását, illetve felépülésének kulcsfontosságú tényezőit. A tünetek tehát a pszichés, vagy lelki betegség meghatározást kapták, amelyekhez leggyakrabban (korai) traumatikus élmények, elfojtott érzések, illetve a stressz vezettek el. A pszichológiai narratíva értelmében a hatékony kezelést leginkább a beszélgetés, a pszichoterápia jelenti, amelynek segítségével nagyobb önismeretre és tudatosságra tehetnek szert a lelki problémákkal küzdők. A felépülés tehát öntudatra ébredést, érzelmi tudatosságot és az önbizalom növekedését jelenti. Ennek a narratívának a felhasználói úgy beszéltek saját magukról, mint akik autentikusabbá váltak és közelebb kerültek saját magukhoz. A felépülés által képessé váltak számukra megfelelő döntéseket hozni, valamint saját igényeiket és szükségleteiket felismerni, és érvényre juttatni. Ezt a narratívát Ildikó és Erika példáján keresztül fogom bemutatni.

Ildikó

Ildikót szintén megismerhette már valamelyest az olvasó a dolgozat korábbi részéből. Ő saját meghatározása szerint borderline személyiségzavartól szenvedett, többször volt öngyilkossági kísérlete, valamint erős szorongásos epizódokat is megélt. Interjúját rögtön azzal kezdte, hogy ő gyermekkorában többszörös trauma áldozatává vált, amelyből menekülésképpen olyan személyiséget fejlesztett ki, amely arra törekedett, hogy másoknak megfeleljen, saját igényeit és érzéseit pedig elnyomta. Felépülésében nagy jelentőséget tulajdonított pszichoterápiájának, valamint annak, hogy saját magát intenzíven megfigyelte és elemezgette. Felépülésének köszönhetően tehát jobban megismerte és megértette saját működését, és ezáltal képessé vált arra, hogy azonosítsa viselkedésében és érzelmi reakcióiban a betegség hatásait, és utóbbi irányításától megszabadítva magát tudatosan döntsön.

„Hát én egy ilyen bántalmazott gyerek voltam, anyukám vert, meg ilyen szexuális abúzusok is történtek. És már ilyen gyerekkoromban mindig ilyen nagyon kívülállónak éreztem magam, meg nem odavalónak, meg nem értettem az egészet.”

„Tehát végül is ez egy menekvés volt, gondolom. A gyerekkori rossz dolgokból így menekültem ki. Volt ez az agresszív rész, aki végül is mindent kibírt.”

„Tehát hogy nagyon tudatosan odafigyeltem magamra, minden rezdülésemet, érzésemet elemezgettem, hogy az mitől van, és akkor sikerült kiküszöbölni.”

„És most ez az én részem, az nem akar úgy mindenkinek megfelelni. A borderline pedig azért úgy, hogy elfogadjanak, azért én mindenkivel így nagyon megküzdöttem. Hogy az ő igényihez alkalmazkodjak. És, de az meg nem én voltam, hogy nagyon sokszor fönntartottam úgy kapcsolatokat, amiben nekem nagyon rossz volt”

És ahogy egyre jobban megismertem, meg tudatosítottam magamban, hogy nem az a jó, amit a beteg oldalam csinál, egyre jobban átvettem saját magam, magam fölött az uralmat, hogy most már én döntök.”

Erika

Erika szintén gyermekkorában elszenvedett sérüléseknek tulajdonította lelki problémáit, amelyek következtében személyisége védőpajzsot növesztett, amelyet Erika „ego”-nak nevezett. Ez a védőpajzs ugyanakkor el is torzította valódi személyiségét, és útját állta személyes fejlődésének. Felépülésének történetét lelki utazásként ábrázolja, amelynek során sokféle terápián, spirituális gyakorlaton részt vett azzal a céllal, hogy megismerje, megértse és megtalálja önmagát. Ezt pedig azért tartja elérhetőnek, hogy tudatosítja elnyomott, kellemetlen érzéseit, és megérti a problémái háttérében álló összefüggéseket. Felépülését tehát úgy látja, mint utat autentikus énjéhez, amelytől a betegség elválasztja.

„Ez az ego dolog érdekes végül is, ezt az egót azért hoztuk létre, mindenki a sajátját, hogy túléljünk. Mert gyerekként nyilván mindenkit értek csapások, meg traumák, kit kevesebb, kit több, mikor hogy, hogy ki milyen családban nőtt fel, milyen környezetben volt. És minél, minél nehezebb volt az embernek a sorsa gyerekkorában, ez az ego annál vastkosabb, és annál erősebb, mert annál nagyobb védelemre volt szükség. És aztán eljut az ember egy pontra, amikor ezt az egót végül is föl kell oldani, föl kell számolni, mert ez már akadály az utunkon, akadály a fejlődésünknek.”

„Mert pont az a baj ugye, hogy mindent, ami ugye kellemetlen volt régen, még most is, sokan, aki nem foglalkozik vele tudatosan, az letolja a tudatalattiba.”

„És így lépésről lépésre arra jutottam, hogy végül is én önmagam szeretném megtalálni.”

„meg ezek a betekintés önmagamba, tehát hogy felismerek dolgokat, hogy az anyám akkor ez, meg az apám, meg a nővérem, meg akkor ez, meg az, ez a hapi az a hapi, tehát így egyre jobban mélyebben bele tudok tekinteni a történésekbe. Meg ilyen meglátásaim vannak, meg összefüggéseket látok, hogy ó jaj ez az. (...) És akkor így összefüggésbe kerül, és akkor ez most itt engem segít, azért amit ő, és ez olyan, mint egy kis puzzle”
„Önmagam hiteles része, hát, ja, hogy azt keresem, még azért annyira nem találtam meg, már úgy érzem, hogy közelítek, de még nem találtam meg. Még az egótól nem sikerült megszabadítani”

GOÁMA, vagy felépülés szemléletű narratíva

A felépülés szemléletű narratíva a tüneteket bio-medikális „betegség” helyett „gondok által átmenetileg megváltozott állapot”-ként, azaz GOÁMA-ként határozza meg. A GOÁMA anagramma az Alapítvány hanghallással élőknek és által tartott csoportban született, és azóta a csoporttagok szóhasználatának részévé vált. Ebben a narratívában a pszichés tünetek az élet útján történt elakadás, megoldatlan probléma, illetőleg valamilyen változás szükségességének a kifejeződését jelentik.

A hang, amelyet a hanghalló észlel, valójában támogatást jelent számára, és személyes jelentéssel bír, amelyet az úgynevezett hanghalló módszer segítségével lehet megfejteni, és ezáltal javulást elérni. Ez a módszer Hollandiából származik, Magyarországon itt az Ébredések Alapítványnál alkalmazták elsőként. A felépülés fontos sarokkövét képezi a sorstársakkal való közösség által nyújtott segítség, amely többek között a személyes felépüléstörténetek megosztásán keresztül valósul meg.

A gyógyszer semmi esetre sem képezi az állapot javulásának elengedhetetlen feltételét. A GOÁMA narratíva szerint a felépülés által fejlődik a személyiség, előrelépés történik a személyes célokban, és pozitív változás áll be az életmódban. A

narratíva a felépülő személyt kiteljesedettebbnek és folyamatosan fejlődőnek alkotja meg.

A narratíva több eleme is átfedésben van a pszichológiai narratívával. A GOÁMA narratíva Ivánnál jelent meg legteljesebb formájában, ő ugyanis az a személy, aki Magyarországon először alkalmazta a hanghalló módszert, és az Alapítványnál, illetve most már más városokban is hasonló önsegítő csoportokban oktatja azt. Ennek a narratívának az elemei minden olyan vizsgálati személynél megjelentek, akik megtapasztaltak hanghallást, ami nem meglepő, hiszen mindannyian a GOÁMA csoport tagjai. Veronika és Iván példáján keresztül fogom ezt a narratívát szemléltetni.

Veronika

Veronika, aki szintén a hanghalló csoport meghatározó tapasztalati szakértője, elmesélte, miként alakult ki hanghallása a korábban már ismertetett pszicho-szociális tényezők következtében. Interjújából kiderült, hogy sokáig nem mert problémájával orvoshoz fordulni, ugyanis rettegett attól, hogy szkizofrénné nyilvánítják. Később, mikor felkeresett orvosokat és pszichológusokat, végül megkapta ezt a diagnózist, amellyel az azonosulás jelentős szenvedést és ellenérzést váltott ki belőle. Felépülése szempontjából nagy jelentőséget tulajdonított annak, hogy megismerhette a GOÁMA csoport szemléletét, és, hogy el tudta engedni a bio-medikális narratíva betegidentitását. Veronika azt is jól szemlélteti, miként jelentett számára a tünetként aposztrofált hang támogatást és segítséget, hogy előrelépjen életében.

„én a hangot, mint egy segítőt használom. Egy olyan élethelyzetben alakult ki, amikor nagyon kellett volna segítség, de akárkihez fordultam, barátnőm, akivel nagyon jóban voltam lerázott, mert bolond vagyok, az anyám nem hitte el, nem akart meghallgatni, apu abszolút nem volt olyan helyzetben. A párom nem akart.”

„Nem mertem kimenni, erre a hang beszélt, hogy apránként, kis lépésekben menjek emberek közé. (...) A hang ösztönzött, hogy kezdjek el valamilyen megoldást találni, kezdjek el munkát keresni, rábeszélte, hogy keressék munkát, neki láttam.”

„Bár egy picit haragszom a Thalassa Házra, az volt az egyetlen hely, közben nyolc-kilencen próbáltak diagnosztizálni, egyedül ők mondták, hogy ez szkizofrenia, és mindenki más azt mondja, hogy tévedtek. És nagyon kiborultam, amikor ki lett mondva, és nagyon sokáig ebben a betegségtudatban, vagy mindig ehhez kötődtem, és feleslegesen küzdöttem egy diagnózissal, amit azóta nyolc másik szakember mondta, hogy nem.”

„az igazi áttörés pedig itt történt meg, az Alapítványban, amikor eljöttem erre a csoportra. Mert itt valami egészen más módon értelmezték ezt a hangot, mint ami jellemző volt egyébként. (...) Itt nem betegségben gondolkoznak, hanem gondok okozta megváltozott, átmenetileg megváltozott állapot, és elkezdtem ide jönni, és talán itt kezdődött el, vagy ért véget, vagy legalábbis egy lépéssel előrébb vagyok a feldolgozottságban, hogy hogy ezt mennyire tartom, vagy saját magamat mennyire tartom bolondnak vagy elmebetegnek, vagy egyáltalán ezt betegségnak”

Iván

Iván szintén hanghallásos tünetekről számolt be, amelyektől sokáig szenvedett, erről azonban kevés részletet árult el interjúja során. Nehézségei háttérben bizonyos, a gyerekkorhoz köthető „életproblémák”-at és későbbi személyes „válságot” azonosított, amelyek gátolták mind szakmai, mind pedig magánéleti sikereiben. Édesapja, aki a GOÁMA csoport első számú vezetője segített számára a hanghalló módszert alkalmazni, és Iván elmondása alapján pár hónap alatt jelentős javulást ért el saját állapotában. Interjújából kiderül, hogy a módszer segítségével nem csupán tüneteit tudta csökkenteni, de képessé vált arra, hogy „nyertes személyiséget” építsen magának.

„amikor megismerkedtem ezzel a módszerrel, akkor én egy ilyen válságban voltam, és szóval nem volt világos előttem, hogy én miért vagyok válságban, és ezekkel a módszerekkel, ezzel a módszerrel rájöttem olyan dolgokra, hogy, miért vagyok válságban”

„nem betegséget, és megoldhatatlan dolgot kell sejteni a háttérben, hanem az (...) bizonyos életproblémák, és bizonyos dolgokon való változtatás szükségességét”

„Ugye ez [a hang] néha negatívan, ilyen bírálóan szól, vannak bizonyos ilyen negatív megjegyzések, hogy te semmirekellő vagy, meg úgysem tudsz mit tenni, meg csúnya vagy, meg nézz tükörbe, és hasonlók. De ezek csak szimbolikus dolgok, tehát ki kell hámozni, föl kell neki tenni eldöntendő egy-két kérdést, tehát különböző kérdéseket a hangnak ilyenkor, hogy hát ugye te arra gondolsz, amikor azt mondd, hogy semmirekellő vagyok, hogy ebben, és abban változtassak, de adott dolgokban”

„A hang minden esetben támogat. Kivétel nélkül, még ha durvaságokat mond, szimbolikusan negatívan fejezi ki magát, akkor is minden esetben, kivétel nélkül támogat. Ez nagyon fontos, mert ez egy olyan kapaszkodó, ugye hogyha egy hang van, aki támogat téged abban, hogy eredményes ember legyél, ez egy nagyon nagy dolog.”

„Tehát ötven felépüléstörténet, ami sikeres, tehát ahol biztosan hatott a módszer, és ezek engem is nagyon inspiráltak”

„kibontakozott előttem egy módszer, aminek van egy nagyon érdekes tulajdonsága, hogy egy jellemformáló, tehát az ember a saját sorsát a kezébe veheti, a saját személyiségének a formálása révén, ami munkabefektetéssel, a módszer, technikának a használatával az ember harmóniába kerülhet a világgal, és az értékeit olyan szinten tudja kamatoztatni, amilyen szinten ő mozog.”

„ez egy korszakalkotó dolog, ez, hogy nem gyógyszerekkel, és nem diagnózissal, hanem személyiségépítéssel segítünk embereknek”

Vallási narratíva

A vallási narratíva szintén értelmezési keretet adott a betegséggel és a felépüléssel járó tapasztalatoknak. Ez a narratíva „transzcendens jelek”-ként értelmezte a tüneteket, amelyeknek eredete az elbeszélő számára nem feltétlenül volt ismert, azonban „Isten akarata” valósult meg benne, ugyanis a szenvedés élménye által az elbeszélő megtapasztalhatta Isten kegyelmét. A vallásos narratíva a felépülést a hit, és az isteni gondviselésbe vetett bizalom által ábrázolja megvalósíthatónak, amennyiben Isten közvetett utakon mindig megsegíti azt, aki hozzá folyamodik segítségért. A betegség tehát egy fajta próbatételt jelent, amelyen keresztül a hívő ember növekszik hitében, bölcsességben és közelebb kerül Istenhez, aki kinyilvánítja felé kegyelmét. Ez a narratíva Margitnál mutatkozott meg legteljesebb formájában, így az ő idézeteivel fogjuk ennek elemeit bemutatni, azonban Erika és Katalin beszámolójában is megjelentek nagyon hasonló vallásos magyarázó elemek.

Margit

Margit elbeszéléséből az derült ki, hogy fiatal felnőtt korában jelentkeztek először pszichotikus tünetek hosszabb külföldi fenntartózkodás során, valamint magánéleti problémák következtében, illetve Margit feltételezi, hogy tudta nélkül valamilyen drog hatása alá is kerülhetett. Elmondta, hogy nem pontosan tudja, miért „kellett” betegségének kialakulnia, azonban biztos benne, hogy isteni szándék áll mögötte. Első pszichotikus epizódja miatt kórházba került, és az itt átélt tapasztalatokat halálközeli élményként írta le. Az ebből való felépülést pedig isteni „csoda”-ként, és „újjászületés”-ként fogalmazta meg. Felépülésében hangsúlyozta hite szerepét, valamint azt, hogy ő

maga aktívan kérte Isten segítségét, és nyitott volt annak befogadására, ami abban nyilvánult meg, hogy nem zárkózott el a külvilág elől. Emellett fontosnak találta azt, hogy a betegség tapasztalatán keresztül másoknak tud segíteni a felépülésben.

„elvesztettem a realitáskontrollomat, és hát olyan dolgokat észleltem, amiket azelőtt soha. Tehát ezt sok betegőtől hallom azóta itt is, mert igen.. Hogy úgymond jeleket tapasztal az ember. (...) Igenis, vannak olyan megtapasztalások az életben, amit nem tudok megérteni, vagy a földi eszemmel felfogni, tehát köthetőek úgymond ilyen metafizikai, vagy transzcendens valóságnak a részei.”

„Tehát hogy a rossz hangok, negatív dolgok nagyon előtérbe kerülnek egy ilyen beteg életében, de valahogy, amikor a mélység nagyon nagy, akkor nagy a kegyelem is. Tehát aki megtapasztalja a halál árnyékát, az megtapasztalja Isten fényét is. Tehát valahol ez kompenzálja van”

„Tehát én ezt kívánom a betegtársaimnak, hogy tudjanak igenis bekapcsolódni. Hogy most Istennek nevezik, vagy jónak, jósnak, vagy szépségnek, mindig nyújtsák ki a kezüket, és valaki meg fogja fogni. Legyen az egy betegtársam, egy derék, becsületes pszichiáter, orvos, szakorvos, egy emberséges idegen, egy rokon, egy jóakaró, mindig jön válasz. Tehát ha én nekem már csak arra van erőm, hogy föltegyem a kérdést, hogy istenem, ugye te vagy? Akkor ő válaszol. De azért valamit nekem is kell tennem.”

„az örvény a legalján, (...) a tengernek a felszíne háborog, de legalul nyugalom van, és csend. És ha az ember hagyja magát az örvény által vinni, legalulra akár, ha kell, mert erről nem tehetünk, akkor ott szépen kiúszik, és nincs semmi baj, tehát nem fullad meg. Tehát ott tapasztalja meg Istent, ott legalul, sokszor. És akkor elkezd valami megfordulni.”

„Jóllehet a fájdalomtól nem kímél meg Isten senkit. De ha megtanulom azt, hogy ne féljek tőlük, hogy valahogy elfogadjam, hogy a szenvedés az életnek egy természetes része, és hogy ebből valami szép dolog is kiszülhet. Hogy másokat taníthatok, vagy akár az, hogy ezt most Önnek elmondhatom, mint egyetemi végzős hallgatónak, ez nagy kegyelem. (...) Tehát hogyha megengedte ezt a labilitást, annak is volt valami oka.”
(8.old)

„valami feladatot még Isten szánt nekem, hát hogy még mindig itt vagyok”

„Tehát ez legyen a végszó, van kiút, nekem a hit adta ezt a kiutat, meg az, hogy iszonyúan elszánt vagyok, hogy a jó süljön ki ezekből a dolgokból, és hogy valami értelmét is lássam ennek az egésznek”

Kontroll narratíva

Ez a narratíva nem adott külön definíciót a pszichés tünetekre, azt leginkább a tehetetlenség, a kiszámíthatatlanság és a kiszolgáltatottság élményeként írta le. Azok a személyek, akik ennek a narratívának mentén értelmezték betegségüket és felépülésüket, betegségük leírásakor azt fogalmazták meg, hogy elveszítették a kontrollt saját viselkedésük, vagy döntéseik fölött. A felépülés által valósulhatott meg, hogy a személy fokozatosan tudatos irányítása alá vette saját tevékenységét, mindennapjait és életvitelét. A felépülés által tehát az elbeszélő visszaszerezte élete fölötti irányítását, autonómbbá vált és fokozottabban megélte élnéhatékonyágát. Ezt a narratívát Edit és Ildikó interjúrészeivel fogom illusztrálni.

Edit

Editet már korábban bemutatam a bio-medikális narratívával kapcsolatos eredményeknél. Edit interjújában a bio-medikális narratíva betegségről és felépülésről alkotott narratívája mellett olyan narratíva is megjelenik, amely a személyes autonómiát

és a „belső kontroll”-t hangsúlyozza, mint a felépülés szempontjából meghatározó tényezőt. Interjújában leírja, miként valósult meg ez a kontroll az olyan legkézenfekvőbb tevékenységektől, mint a mosakodás, a nap strukturálásán át az egész kezelés egyéni kontrolljáig.

„Mert akkor, amikor az ember ilyen lelki betegségben van, akkor ugye szokták azt mondani, hogy a skizofrénia az a meghasadt személyiség. Valóban úgy érzi az ember, hogy ezeken a hangokon keresztül valami más személy irányítása alá kerül. És ebből, a gyógyulás abból áll, hogy ettől a személytől visszaserzi magát az ember saját irányítása alá”

„szedje össze az erejét, vegye vissza saját kezébe az életének az irányítását! Fel kell adni, hogy mindent mások tegyenek meg értünk! Választhatjuk az önsajnálatot vagy az élet megélését! Senki nem végezheti a felépüléshez szükséges munkát helyettem¹”

„És akkor így, ahogy végigmegy a nap, ez ad egy rácsot az embernek, de ilyen kisebb gondolkodási adagokat is jelent, mert, hogy ugye el kell gondolni, hogy most akkor hogy fogok mosakodni, hogy mely részeimet mosom meg. És azok a gondolatok már az enyéme. Lehet, hogy a mosakodás, meg az öltözködés között bejönnek a hangok, de akkor már tudatosan irányítom magamat arra, hogy na, mit vegyek fel”

„Egy teljes nap, egy teljes óra a te saját akarated szerint”

„egy idő után az ember annyira át tudja venni a saját maga, hát nem kezelését, meg nem irányítását, hanem kialakul egy ilyen belső kontroll, és már az ember tudja a következő lépéseket magának kitűzni”

Ildikó

Ildikót szintén bemutattam már, ő a kontroll narratíváját a pszichológiai narratíva mellett jelenítette meg, amennyiben leírta, hogy azáltal, hogy jobban megismerte és intenzíven elemezte saját magát, képessé vált arra, hogy uralni tudja betegségét. Ildikó, Edit megfogalmazásához hasonlóan ketté választotta saját személyiségét egy beteg, „borderline” önmagára, és egy valódi önmagára. Míg betegsége idején borderline énje uralta Ildikót, addig felépülését úgy ábrázolta, mint amelynek során valódi énje visszavette az irányítást beteg énjétől. Ezzel párhuzamosan megjelenik egy kontraszt a passzív, beteg ének, és a tüneteknek kiszolgáltatottabb múlt, és az aktív jelen között, amely a felépülést jellemzi.

„nagyon sokszor nem értettem a saját mozgatórugóimat. Mert azt végül is tudtam, hogy sok rossznak én vagyok a kiváltója, ami ért. De nem tudtam, hogy miért csinálom. Hogy mi késztet rá? Mert amikor... én játékgépeztem is, tehát hogy nem tudtam, hogy miért játékgépezem, mikor utálok”

„ilyen pánikrohamyszerűen jön rám ez a szorongási roham. (...) Az elmúlt félévem azzal telt, hogy teljesen rendbe raktam magam, föladom a csekket is, tehát hogy minden rendben van, és kizárom azokat a lehetőségeket, hogy szorongják”

„nagyon sokáig úgy éreztem, mintha ilyen két személy lenne bennem. Én, az Ildikó, és egy másik, az a betegség. (...) És nagyon sokáig ez a beteg rész vezérelt. És ahogy egyre jobban megismertem, meg tudatosítottam magamban, hogy nem az a jó, amit a beteg oldalam csinál, egyre jobban átvettem saját magam, magam fölött az uralmat, hogy most már én döntök.”

„Igen, sokkal tudatosabb vagyok, és jobban odafigyelek. Nem hagyom, hogy az érzelmeim vezényeljenek”

¹ Edit itt egy sorstárs felépüléstörténetéből idézett, amelyet kinyomtatott formában magával hozott.

Közösségi narratíva

A közösségi narratíva egyes elemei minden vizsgálati személynél megjelentek. Ebben a narratívában a pszichés problémákat a magány, az elszigeteltség okozza, vagy legalábbis súlyosbítja. Az elbeszélő nagy jelentőséget tulajdonít emberi kapcsolatainak, amelyek gyógyító hatással is vannak azáltal, hogy a szeretettség és az elfogadás élményét nyújtják. Emellett a mások boldogságának, vagy sorstársak gyógyulásának elősegítése értelmet ad a személy életének, és előrelendíti felépülését. Ez a narratíva kiemelt szerepet tulajdonít a sorstárs közösségeknek a felépülés szempontjából, valamint annak is, hogy a személy valamilyen közösséghez tartozik, ott meghatározott szerepe van, és a közösségben új identitást kap. A közösségi narratíva jól kibontakozott Andrea, Csabi és Katalin narratívájából is, következzenek tehát részletek az ő interjúikból!

Andrea

Andreánál fiatal felnőttként diagnosztizáltak bipoláris affektív zavart, és élete során többször élt meg intenzív mániás és depressziós időszakokat. Elbeszéléséből az derül ki, hogy ezekből a mélypontokból nagyon gyakran barátai és családtagjai húzták ki, akik tünetei ellenére szeretettel és elfogadással voltak irányában, illetve bevonódtak Andrea gondozási tervébe a közösségi ellátás keretein belül. Utóbbi jelentőségét Andrea akkor is újból kiemelte, amikor az interjújából általam készített összefoglalót kiegészítette. Andrea meghatározó tagja az Alapítványnál működő önsegítő bipoláris csoportnak, amelynek szintén nagy jelentőséget tulajdonított felépülése szempontjából, egyrészt mert elmondása szerint a csoport csökkentte elszigeteltség élményét, másrészt pedig az is sokat jelent számára, hogy ő reményt adhat másoknak, akik hasonló cipőben járnak.

„És akkor heti egyszer volt ilyen örömteli tevékenység [mint a kezelési terv része], az egyik barátnőm éppen GYES-en volt, hogy látogassam meg őt. És akkor őt meglátogattam, és akkor örömteli tevékenység, hogy kifele, a világ fele nyitunk. Ők elfogadták az én betegségemet, és nagyon jól álltak hozzá, a barátaim.”

„Hát általában a társas kapcsolataim segítenek, hogy barátok jöttek a zárt osztályra látogatni, és amikor kijöttem, akkor is mellettem voltak. Tehát fogták a kezem, tehát az, hogy nekem nagyon fontosak a baráti kapcsolataim.”

„hogy nincsen elmagányosodás érzésem, nem vagyok egyedül ebben a világban. Tehát, hogy megértenek ezzel a mássággal, mert végül is ez egy másság, egy ilyen, egy ilyen tünettel élni, tehát azért a normálistól egy kicsit eltérő. Bocsánat (sír). És ezt elviselni sem lehet könnyű, mondjuk ilyen társas kapcsolatok szintjén. Tehát, hogy ehhez kell egy tolerancia, meg egy nagyon elfogadó közeg, szerintem (...) tehát, hogy nem hibáztatnak azért, ami történik, elfogadják.”

„Igen, hogy nem éreztem elhagyatva magam. Mert azt vettem észre a sorstársaimon, mert most van ez az önsegítő csoport, amit most már 3 éve tartunk, ez a bipoláris csoport, és nagyon sokan elmagányosodnak, hogy így egyedül érzik magukat. Hogy nincsen a külvilággal kapcsolatuk, és az nagyon nehéz lehet, úgy elszigetelten élni. (...) Ez egy összetartozást jelent, hogy hasonló, tehát jobban megnyílnak az emberek hasonló problémájú emberekkel, mert nyilván a szakemberek, mi elmondjuk, hogy mi a bajunk, de nem tudja mi az a pszichotikus élmény, mert nem élte át”

Csabi

Csabi szintén pszichotikus tünetektől, elsősorban hanghallástól, valamint ennek következtében depressziótól szenvedett több éven keresztül. Interjújában gyakran előkerült a magány és az emberi kapcsolatok témája. Betegsége, valamint tünetei kialakulásában meghatározónak találta barátaival való kapcsolatának leromlását, vagy egy-egy fontos személytől való eltávolodását. Hanghallását is úgy értelmezte, hogy a hangokat tulajdonképpen magányában generálja saját magának, hogy barátait ilyen

módon pótolja. Csabi beszámolójából kiderül, hogy barátai, és a nekik okozott öröm számára a boldogsággal egyenlő.

„És innentől kezdve kezdtem úgy érezni, hogy nem éppen vagyok képben. Részben az is, hogy nem tudtam túllépni rajta, hogy tudtam, hogy a magánéletem válságban van.

Éreztem előre, hogy össze fogok veszteni, veszni egy olyan hölgygel, aki számomra nagyon fontos, és ráadásul nagyon régóta a barátom, úgyhogy tisztában voltam vele, hogy ez így valahogy teljesen meg fog szakadni”

„és ott még megvolt az a baráti társaság, és Timi is megvolt, úgyhogy tudtam valamibe kapaszkodni, és kitartást adott nekem végül is ez az egész, hogy tényleg vannak olyan barátok is, környezetem, meg magamért is, amiért lehet küzdeni, és úgy éreztem, hogy boldogabb vagyok, mint fiatalabb koromban.

„Igazából az akkori baráti társaságom, az otthagytam, nem foglalkoztam velem. Szóval 1-2 évet úgy teljesen úgy egyedül töltöttem, csak úgy sodródtam jobbra-balra ismeretségi körökön belül”

„tisztában vagyok ezekkel, hogy ezeket én generálom, és én adok nekik olyan hangot, akikkel éppen szeretnék társalogni. Tehát ezek olyan személyek, akik akik, így közelebb álltak hozzám. (...) külső személyek, akik hiányoznak.”

„szerintem sokat segített az, hogy tényleg segítettem mind az állapotom előtt, mind az állapotom közben, mind mostanában is, mert a mostani állapotomhoz képest is megtettem a legjobban megtehető dolgokat, úgy, hogy tényleg mindenkinek, nem csak az én életem legyen rendben, de a környezeté is. És ez így szerintem sokat segített.”

„hogya sikerül magamnak, vagy másoknak úgy teljesíteni, és segíteni, hogy látom, hogy vagy én lettem boldog, vagy ők lettek boldogok, ez nekem bőven elég.”

Katalin

Katalint bemutattam már a bio-medikális narratíva kapcsán. A közösségi narratíva az ő interjújában is hangsúlyosan jelen volt. Katalin az Alapítványnál irodalmi kultúrkört tart sorstársak számára, és ezt a tevékenységet fontosnak találta felépülése szempontjából. Elbeszélésében többször is hangsúlyozta, milyen sokat jelentett számára az Alapítvány közössége, amelyet „nagy család”-ként írt le, és amelyben neki fontos szerepe van. Saját családját, gyermekét is olyan örömforrásként ábrázolta, amely motiválja őt a felépülés irányába.

„És azt gondolom, hogy a gyógyulásomban nagy szerepe van ennek is, hogy a közösség tagjának érzem magam. Tehát, hogy tartozom egy közösséghez, ahol fontos vagyok, ahol, ahol számítanak rám, ahol feladat van, és, bocsánat (könnyezik), de erről nem tudok meghatottság nélkül beszélni. (...) Hatalmas gyógyító ereje van annak, hogyha valaki tisztában van azzal, hogy ő ott számít, ő ott fontos. És ezeket szinte úgy éljük meg itt, nyilván a szervezésnek, meg a trénernek személyének tudhatóan úgy éljük meg, hogy egy nagy család vagyunk, és összetartozunk”

„A gyerekek [akiket Katalin pedagógusként tanít] is nagyon nagy örömet jelentenek valahol (könnyezik). Valahol úgy élem meg az itteni munkát is a fiatalokkal, hogy igen, hát ők is gyerekek. És próbálom nem elragadtatni magam az érzéseim által, pedig ez sem könnyű, de valami miatt azt érzem, hogy nekem dolgom van ezekkel a fiatalokkal”

„De a gyerekekkel dolgozni is egyébként nagyon nagy öröm, az itteni fiatalokkal dolgozni is nagyon nagy, tehát ez egy örömforrás. És ezek az örömforrások ezek, ezek, azt gondolom, hogy felérnek bármiféle gyógyszerrel”

„ez az egész [az általa tartott csoport], ez bennem úgy fogalmazódott meg, hogy, hogy ez egy gyógyító tevékenység legyen, tehát nem csak nekem, hanem másoknak is. És aztán nyilván az öröme, amit együtt élünk meg, az, azok, azok gyógyító tevékenységgel ráhatnak mindenkire, oda-vissza.”

Összefoglalva, azt láthatjuk, hogy a felépüléstörténetekből sok különböző átfogó narratíva bontakozik ki, amelyek mentén vizsgálati személyek betegségüket és felépülésüket értelmezik és élettörténetükbe integrálják. Érdekes módon nem az a jellemző, hogy egy-egy személy egy egységes narratívát alkalmaz, hanem úgy tűnik, az interjúalanyok több narratívát próbálnak vegyíteni. Előfordult, hogy azt éreztem, hogy két narratíva egymással küzd az adott személy narratívájában. Ez a „harc” legtöbbször a bio-medikális és a felépülés szemléletű narratíva között alakult ki. Veronikánál, amint láthattuk, a felépülés egyik kulcsmozzanata az volt, hogy el tudta engedni a bio-medikális narratíva betegidentitását és azonosulni tudott a GOÁMA csoport pozitívabb narratívájával. Más látható önellentmondás nélkül tudta akár a bio-medikális és a felépülés szemléletű narratívát is vegyíteni.

Ezek voltak tehát a komplexebb, átfogóbb értelmező narratívák, fontosnak találom megemlíteni olyan, úgy nevezett narratíva töredékeket is, amelyek nem adnak átfogó magyarázatot, azonban jellemzőek az általános gondolkodásra, és fontos kapaszkodót jelentettek vizsgálati személyeink számára tapasztalataik értelmezésében.

Narratíva töredékek

Stigmatizáló narratíva

A stigmatizáló narratíva azokat, a társadalomban igen elterjedt diskurzusokat tükrözi, amelyek megbélyegzően beszélnek a pszichiátriai zavarral élőkről. Leggyakrabban a szkizofrénia diagnózisától való félelemtől számoltak be az érintett interjúalanyok, amelyet a teljes megőrüléssel, elmebetegséggel, és valamilyen embertelen kényszerkezelés szükségességével azonosítottak. Természetesen az interjúalanyok közül senki nem értelmezte ennek a narratívának a segítségével saját élményeit, azonban ennek a narratívának a meghatározó ereje megjelent a legtöbb interjú szövegében, és az ezzel a narratívával való azonosítással és azonosulással kapcsolatos félelem és ellenérzés gyakran hangot kapott, ezért fontosnak tartom megemlíteni. A felépülés szempontjából pedig előrelépést jelentett a vizsgálati személyek számára, ha a stigmatizáló narratíva fenyegetésétől megszabadulhattak. Lássunk néhány konkrét példát!

Andrea interjúja elején elmesélte, hogy amikor őt először diagnosztizálták, az orvos nagyon sötét prognózissal látta el őt, amely szerint Andrea képtelen lesz tanulni, dolgozni, vagy családot alapítani, és örök életére kiszolgáltatott helyzetben lesz. Ez a narratíva később is fülébe csengett és bizonyítási kényszert idézett elő benne, hogy életével bebizonyítsa, hogy az orvos mekkorát tévedett.

„Az akkori orvos azt mondta az anyukámnak, hogy a maga lányából soha nem lesz normális ember, azt a szót használta, hogy képtelen lesz családot alapítani, főiskolát elvégezni, tanulni és önállóan lábra állni. Most ha én ezt elhittem volna az akkori orvosnak, akkor nem lett volna két diplomám, nem kerülök ki külföldre, nem dolgozok 21 évet végig betegen (...) Borzasztóan sértett engem az, amit mond, tehát, hogy sose voltak a tanulással gondjaim, és egyszerűen beletaposott a.. tehát nem is értettem, hogy miért mond ilyen megalázó mondatot az anyukámnak, hogy reménytelenné tette az életemet. Tehát azt gondoltam, hogy én az anyukám nyakán fogok élni életem végéig, semmi önállóságom nem lesz, és nem tudok majd úgy haladni az úton, mint a többi fiatal. Nekem az kutyakötelességem, hogy tanuljak és dolgozzam. Azt gondoltam, hogy ezt, ezt ezt muszáj végig... De hát hogy miért mond olyat, ami determinálná a sorsomat, a reménytelenség. És akkor ilyen szembenállást éreztem, hogy muszáj hajtani, hogy csak azért is megmutatom.”

Veronika elmondta, hogy sokáig azért nem mert orvoshoz fordulni, mert félt a szkizofrénia diagnózistól, és az ezzel járó vélt vagy valós következményektől. Amint interjújából látszik, sokáig küzdött az „elmebeteg” bélyeggel, és rettegett attól, hogy ő nem normális.

„És ebben az időszakban már azért nem mertem orvoshoz menni, legalábbis az ingatlaneladás előtt, mert attól félttem, hogy bebizonyosodik, hogy szkizofrénia, és akkor esetleg gondnokság alá helyeznek, és nem dönthetek szabadon”

„Nekem valamilyen száz évvel ezelőtti rendszer élt a fejemben. Ha nekem akkor azt mondták, hogy szkizofrénia, egy teljesen bolond ember képe jött elő, akin gyógyszerrel sem lehet túl sokat segíteni, és én azt gondoltam, hogy akinek ilyen betegsége van, az egy évből legalább 8-10 hónapot egy zárt intézményben tölt. Tehát én sokkal rosszabbnak láttam, vagy gondoltam, mint amilyen ez a valóságban. Én azt gondoltam, hogy nem fogok tudni dolgozni, ha ez az.”

András hasonló rettegről és ellenérzésről számolt be, amelyet annak kapcsán érzett, hogy őt szkizofréniával diagnosztizálják és valamilyen „emberellenes” pszichiátriai intézménybe zárják, ahol kényszerkezeléseknek vetik alá.

„És így mondom ennek a hölgynek, hogy hát mondom, rohantam befele, mert attól félttem, hogy összeesek, és akkor folyamatosan arról kérdezgetett engem, hogy hallok-e olyan dolgokat, amiket más nem, látok-e olyat, amit más nem, beszélgetek-e valakivel, aki nincs, csak én látom, szóval tényleg csak a szkizofréniáról beszélt, ezeket valamiért így összekeverik, és nem értem, hogy miért. Hát és például ez egy olyan dolog, hogy, amikor nagyon rosszul vagy, szégyelled az állapotodat, és akkor jön egy pszichológus, akitől ugye te vársz valamit, hogy majd ő segít, és akkor kettőt beléd rúg. (...) Hát most gondold el, hogy te tudod jól, hogy egyébként nem vagy az, meg hát rosszul vagy, elmész hozzá, és most hogy jutunk el odáig, hogy azért mert én rohanok, és ezt minden, egyébként ilyen betegségben megtalálható, de csak erre jellemző, és a szkizofréniákra pedig nem, hogy én szkizofrén vagyok. Tehát most nem azért jöttem oda, hogy most elkezdjen nekem erről beszélni”

„Tehát hogyha már felépüléstörténetnél tartunk, és akkor ugye a javuláson való elin.. tehát ez az út, a legfontosabb, tehát az, hogy tudod jól, hogy van egy ember, bármi bajod van, nem fogja azt mondani, hogy szkizofrén vagy, nem dug kórházba, nem ad mindenféle indokolatlan gyógyszereket”

Normalizáló narratíva

Többek között erre a stigmatizáló, valamint a bio-medikális narratívára adott ellenreakcióként többen használtak az interjúban olyan szófordulatokat, amelyek azt fejezték ki, hogy tüneteik nem elmebetegségeként értelmezendők, hanem a normális étellel járó szenvedés megnyilvánulásai. Erre a narratívára az is jellemző volt, hogy relativizálta a megbélyegző narratívák betegség értelmezését, és kiterjesztette a normalitás meghatározását. Az alábbi példák illusztrációként szolgálnak.

„Jóllehet a fájdalomtól nem kímél meg Isten senkit. De ha megtanulom azt, hogy ne féljek tőlük, hogy valahogy elfogadjam, hogy a szenvedés az életnek egy természetes része” (Margit)

„Mindenkinek van négy-öt olyan kulcsproblémája, ami az életben végigkíséri, és amire nem is gondol, de ez a módszer lehetővé teszi azt, hogy erre rálásson, és ha akar, akkor változtathat rajta” (Iván)

„gondolatok viharában egy-két dolog van, egy-két, hogy is mondjam, olyan gondolat, ami eltér az átlagtól, és ezeket éli meg az ember hangnak, tehát ami így ki, kiválik a többi közül, és nem mindennapos” (Iván)

„Tehát minden ember ugyanazon a skálán mozog, tehát te is, meg Judit is el tudna jutni arra a szintre, ahol én akkor voltam” (András)

Kereső-felfedező narratíva

Az irodalmi bevezetőben ismertettük a Frank által kidolgozott kereső-felfedező narratívát, amely azt a változást írja le, amelyet a személy a betegség élménye következtében megél. Ez a narratíva szembehelyezkedik azzal a bio-medikális gyógyulás felfogással, amely szerint a betegségből való kikezelést követően a személy visszatér eredeti, egészséges állapotához. Interjúalanyaink azonban több módon is kifejezésre juttatták, hogy betegségükből való felépülésük nem a régi önmagukhoz való visszatérést jelentette, hanem újjáépítkezést, és egy más „minőség” kialakulását. Ehhez a narratívához tartozik az a gondolat is, hogy a betegséggel járó szenvedés tapasztalatán keresztül hosszútávon tanulunk, erősebbé és bölcsébbé válunk. Lássunk néhány példát ezekre a kulturális narratívákra!

„És mindenki azt gondolja, hogy mondjam, sok beteg azt gondolja, hogy szedi a gyógyszereket, meg eljár az orvoshoz, és akkor egyszer csak jön a gyógyulás. Egy nagy minőségi ugrással leszek olyan, mint régen, és ebből van az, hogy nem leszek olyan, mint régen, hanem más leszek, és hogy csak fokozatos építkezéssel lehet, napról napra. Az embernek újra kell építenie magát.” (Edit)

„A visszaesések azok valahogy erősítik.. hát ez most rossz kifejezés, de valahogy erősítik azt, hogy kézben tartsam a saját sorsomat.” (Andrea)

„az élet nem arról szól, hogy ez egy habos sütemény, nem is kell, hogy az legyen. Legalábbis az enyém nem kell, hogy az legyen, legyen benne nyugodtan olyan is, ami kellemetlen, mert egyrészt abból tanulunk” (Erika)

„Nekem nem egy rossz napom van, nekem van 12 rossz évem. Tehát, hogy végül is az a hajtóerő, mert lehet, hogy ha jól érezném magam, nem csinálnám. Én arra hajlamos vagyok, nem vagyok egy ilyen izé, széllel-bélelt. Egész elmismásolnám itt a lelki fejlődésemet, és szerintem ezzel motivál az élet, ezzel a pálcával csapkodja a fenekem” (Erika)

Ennek a narratívának részét képezi az a gondolat is, hogy a nehézségeknek köszönhetően felértékelődnek a jobb időszakok. Ez a narratíva tükröződik az alábbi idézetekben:

„A kellemetlent azért kapjuk, hogy megtanuljuk a jót értékelni” (Erika)

„Hát én ezt már úgy fogom fel, hogy igen, ez így része az életemnek, vannak hullámok, vannak jobb és rosszabb időszakok. És, és nagyon-nagyon boldog vagyok, amikor a jobb időszakokat élem” (Katalin)

A tanulás és az irodalom mint a felépülés mérföldkövei

Több vizsgálati személy is kiemelte a tanulás, a képzések felépülést serkentő szerepét. Aszter az általam, interjújából készített összefoglalóra adott visszajelzésében is újból kiemelte a tanulás szerepét, mint ami az újjáépülésben játszik fontos szerepet. *„képzések, azok most is örömet jelentenek, és nyitott vagyok minden féle képzés irányába, és valahol azt gondolom, hogy a gyógyulásnak is az egyik útja, hogy az ember tanul” (Katalin)*

„A tanulás, az végül is annyiban segít, hogy több dologra látok rá, jobban esik úgy másokkal beszélgetni, hogy tudom, miről beszélnek. Akkor, tanulás abban segít, hogy önbizalmat ad, végül is bizonyos szintig, meg el is bizonytalanít sok esetben, de ilyen.” (Csabi)

„a javulásban is segített ez (...) meg, ha tudatlan az ember, akkor szerintem lehet, hogy hajlamosabb lesz az ilyen betegsége, ilyen állapotokra, mert akkor nem érti a rendszert, hogy hogy működik a rendszer, meg nem tudom. Tehát az szerintem ez fontos, hogy, hogy úgy valamennyire művelt legyen az ember. Mert, mert már akkor ilyen, szerintem egy ilyen zombiként élne az ember szerintem, hogyha, hogyha nem tudna sok dolgot.” (Aszter)

Katalin, aki irodalomtanári végzettséggel is rendelkezik, kiemelt jelentőséget tulajdonított az irodalomnak felépülése szempontjából. Katalinról elmondható, hogy biblioterápiával is gyógyítja magát a nehezebb időszakokban. Ezt interjújában részletesebben is kifejtette:

„Tehát ilyenkor próbálom irodalmi síkra terelni. És ez egyébként, ez egy nagyon nagy segítség, hogy irodalmi síkra tudom terelni, és, hogy van egy kapaszkodó, (...) hát igen, valahol ilyen, ilyen könyves Kata vagyok, igen, hogy kapaszkodom a könyvekbe, mert segít, mert vannak benne útmutatók”

„aztán egyszer mégis csak megfogtam József Attilát, illetve a József Attila kötetet, és kerestem azokat a verseket, amik a fájdalomról, a bánatról, a szomorúságról szólnak. És akkor ezeket olvastam. És akkor tényleg ez majdnem úgy, mint, mint az irodalmi műben, hogy hadd fájjon, hagyom. Tehát, hogy hagytam, hogy fájjon, hogy még jobban fájjon, hogy még jobban, még jobban, még jobban, és akkor olvastam-sírtam, olvastam-sírtam. És akkor, amikor ez az érzés így, így kidolgozta magát belőlem, akkor utána kezdtem keresni tudatosan a vidám verseket. Tehát azokat, amik, amik az én igazi énem, az életről, az örömről, az életigenlésről szólnak”

Felépüléssel kapcsolatos képek, metaforák

Végül szeretnék néhány gyakran visszatérő motívumot, vagy metaforát bemutatni, amelyeknek segítségével gyakran illusztrálták interjúalanyaim felépülésüket. Bizonyos vizsgálati személyek azt is megemlítették, hogy milyen forrásból merítették az adott képet. Ilyen források voltak irodalmi művek, vagy akár egy-egy könnyűzenei szám. Az egyik ilyen kép volt a harc, a küzdelem, amely a felépülés természetét kifejezte. *„Egyszerűen küzdöttem, csak küzdöttem, és így. Úgy érzem, hogy ennyi bőven elég, hogy bennem van, hogy ne add föl, csináld.”* (Csabi)

„És hogyan tudott eljutni ebbe az állapotba?” *„Hát küzdelem. Amit itt elmondtam, ebből talán leszűrhető, hogy nagyon mélységes küzdelem árán.”* (Margit)

A másik gyakran használt metafora az út, a belső utazás képe volt, amelynek segítségével az interjúalanyok felépülésüket ábrázolták.

„És akkor ilyenkor jut eszembe Márai, hogy minden nap tovább kell menned az úton” (Katalin)

„Hát én elég sokat hallgatok zenét, és az, am itt elmondtál, benne van egy dalban. Koncz Zsuzsa Ég és föld között, hogy indulni kell minden nap újra, meg újra. És az embernek minden nap meg kell magáért vívni a csatákat, hogy amikor valamit kitűz és elhatároz, afelé menni kell” (Edit)

Ezek voltak tehát azok a fontosabb és meghatározóbb narratívák, valamint narratíva töredékek, amelyek lehetővé tették a vizsgálati személyek számára, hogy betegségeiknek

és felépülésüknek értelmet és jelentést tulajdonítsanak, valamint, hogy azokat élettörténetük narratívájába integrálják.

Megvitatás

Eredményeink mindenekelőtt három fontos megállapításra engednek következtetni. Egyrészt, a pszichés szenvedés leírására és meghatározására nincsen egy egységes, mindenki számára elfogadható narratíva, hanem több, akár egymásnak ellentmondó megközelítés is lehetséges, anélkül, hogy a valóság értelmezésének általánosan elfogadott kereteit átlépnénk.

Másrészt, ez a heterogenitás az egyéni értelmezések szintjén ugyanúgy megjelenik, vagyis egy-egy vizsgálati személy nem csak egy, de több különböző narratívára is támaszkodik, hogy saját pszichés szenvedését értelmezze.

Harmadrészt, a különböző narratívák különböző módokon integrálják a betegség és a felépülés élményét a személyes élettörténetbe, és ezáltal más és más narratív identitást konstruálnak.

Az élettörténet megszerkesztése

Élettörténeti folyamatok

A felépüléstörténeti interjúkon keresztül betekintést nyerhetünk élettörténeti elbeszélések, és a narratív identitás megszerkesztésének folyamataiba. Elemzésem eredményei illusztrálják, hogy a vizsgálati személyek életüket *folyamatok* narratívájában beszélik el. A betegség és a felépülés nem egyszeri, független, random történéseket képeznek, hanem a narratíva által összefüggésbe kerülnek lineáris folyamatokat alkotva.

Eredményeinkben szépen kirajzolódott a V narratíva, ereszkedő és emelkedő narratíváival, valamint a kettő közötti mélyponttal és fordulóponttal. Ezek az élettörténeti folyamatok jól összevethetőek a narratív identitás Gergen és Gergen (1997), Howard (2006), valamint Hänninen és Koski-Jyännes (2002) által kidolgozott, az elméleti bevezetőben ismertetett kutatási eredményeivel. Gergen és Gergen (1997) azt fogalmazták meg, hogy az élettörténet megszerkesztésénél, az egyén, élete különálló eseményeit meghatározott értékek mentén történő fejlődés, vagy éppen visszafejlődés szempontjából hozza összefüggésbe és szervezi lineáris folyamatokba. A felépüléstörténeteknél ezt a szervező értéket az interjú témája által meghatározott betegség és felépülés képezte.

Felvetődik a kérdés, hogy pszichológiai értelemben milyen haszna lehet élettörténeti folyamatok megalkotásának. Itt visszautalnék két gondolatra, amelyeket az elméleti bevezetőben a narratív identitással kapcsolatban ismertettem. Az egyik, hogy csak azáltal lehet identitásunk, hogy képesek vagyunk időben elhatárolt, töredezett eseményeket összefüggésbe hozni, és egységes történetté formálni (Gergen és Gergen 1997). Vagyis ha elfogadjuk, hogy alapvető pszichológiai szükséglet, hogy legyen identitásunk, akkor érthetővé válik, hogy miért törekszünk arra, hogy életünk eseményeit folyamatokba szervezzük. A másik megfontolás, amely választ adhat az élettörténeti folyamatok szükségességének kérdésére, Bettelheim gondolatát követi. Bettelheim szerint az élettörténetnek időbeli folyamatok szerinti rendezése segít értelmet és célt adni az egyéni életnek Bettelheim, 1976, idézi Gergen és Gergen, 1983,

255. old.). Valóban, a felépülés-identitás emelkedő narratívája pozitív értelmet ad a jelenben, és pozitív célt vetít előre a jövőre nézve is.

Élettörténeti koherencia

Eredményeink arra engednek következtetni, hogy a vizsgálati személyek életük eseményeit nem csak időbeli folyamatok szerint hozzák egymással összefüggésbe, de logikus magyarázatok mentén is, megteremtve azt, amit élettörténeti koherenciaként azonosítottam.

Az elméleti bevezetőben utaltam Habermas és Bluck (2000) elméletére, amely szerint az integráns narratív identitás négy típusú koherenciával jellemezhető: időbeli, normatív, ok-okozati és tematikus. Az időbeli koherencia megjelenik az imént bemutatott élettörténeti folyamatokban. Az általam készített elemzésben előtérbe került az ok-okozati koherencia megszerkesztése is, amely abban nyilvánult meg, hogy a vizsgálati személyek elbeszélésükben minden esetben tüneteik kialakulását logikus magyarázatokba foglalták, okot és célt tulajdonítottak nekik, valamint múlt és jelen eseményei által értelemmel és jelentéssel ruházták fel őket.

Amennyiben Bury-vel (1982) együtt feltételezzük, hogy a betegség élménye biográfiai törést képez azáltal, hogy olyan változásokat hoz magával, amelyek nem integrálhatók az egyén addigi élettörténeti narratívájába, akkor magyarázatot találhatunk arra, miért domborodik ki a felépüléstörténetekben a koherenciára való törekvés, amelynek segítségével a betegség okozta törés integrálhatóvá válik az identitás narratívájába. A betegség és a tünetek a élet kiszámíthatatlanságának érzését kelthetik, amelyet az élettörténeti folyamatokkal és logikai koherenciával jellemezhető élettörténeti narratíva ellensúlyozhat. A felépüléstörténet segítségével a tünetek ijesztő, értelmetlen és én-idegen élménye, valamint az általuk okozott változások integrálódhatnak koherens élettörténeti identitásba.

Ennek a koherenciának a megteremtéséhez azonban szükség van olyan átfogóbb narratívákra, amelyek értelmezik a betegség és a felépülés élményét, és az életesemények logikus összekapcsolását lehetővé teszik.

Betegség- és felépülésnarratívák

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a vizsgálati személyek szociális közegük által felkínált tudományos és kulturális narratívák segítségével értelmezték betegségük és felépülésük eseményeit, valamint integrálták azokat személyes élettörténetükbe. A most következő részben az egyes narratívákat fogom pszichológiai szempontból értelmezni, valamint a szakirodalommal összevetni.

Átfogó narratívák

Bio-medikális narratíva

Adame (2006) kutatása alapján arra számíthatunk, hogy felépülő vizsgálati személyeink teljességgel elutasítják a bio-medikális narratívát, ez azonban csak Ivánnál volt tapasztalható. A legtöbb interjúalany helyet adott mind betegségére, mind pedig felépülése értelmezésében a bio-medikális szemléletnek. Itt talán fontos megemlíteni, hogy az interjú időpontjában Ivánon kívül mindenki szedett pszichogén gyógyszert, és a legtöbben elismerték utóbbi pozitív hatását.

Ha pszichológiai szemmel nézzük a bio-medikális narratívát, akkor azt állapíthatjuk meg, hogy ez a narratíva egyrészt felment az egyéni felelősség alól, mind a betegség kialakulását, mind pedig a kezelést illetően. A problémákat a személyes hatáskörön kívülre helyezi, hiszen bio-kémiai folyamatok zavarával azonosítja őket. A beteg egyetlen feladata, hogy rendszeresen szedje a gyógyszert, illetve (jobb esetben), figyelje saját állapota alakulását, hogy annak függvényében lehessen a gyógyszeradagolást módosítani.

A bio-medikális narratíva a pszichés betegséget testi betegségek mintájára értelmezi és kezeli, ami azt sugallja a betegeknek, hogy ha beszedik a gyógyszert, akkor megint úgy fogják érezni magukat, mint problémáik kialakulását megelőzően. Ez azonban ritkán történik így, a betegek gyógyszeresedés mellett is tapasztalnak tüneteket, magánéleti és szakmai problémáikra a farmakoterápia ritkán nyújt megoldást. Mivel azonban pszichés problémáik oka az agyukban található, *tehetetlenné* válnak, hiszen maguk nem tudnak tenni azért, hogy jobban érezhessék magukat.

Ezt a tehetetlenséget fokozza a pszichiátriai betegidentitás, amely csökkent működőképességgel és személyes inkompetenciával kapcsolatos asszociációkat vált ki. A betegidentitással való azonosulás tehát azt a veszélyt hordozza magában, hogy a személy *alábecsüli* saját magát, lemond ambícióiról, és Andreához hasonlóan „másodrendű állampolgárként” tekint saját magára.

A betegidentitás tehát egyik oldalról felment a büntudattól, amely a tünetek által okozott „károk” kapcsán felléphet, illetve megelőzi, hogy a személy irreálisan magas elvárásokat tűzzön ki maga elé. Másik oldalról, ez a narratíva be is skatulyázza a vele azonosuló személyt, lenyomva ambícióit, lecsökkentve önbizalmát és gátolva fejlődését. Mindez pedig tovább súlyosbíthatja a pszichés állapotot.

A bio-medikális narratíva ezen hátrányai jól összevethetőek más kutatási eredményekkel, amelyekről az elméleti bevezetőben említést tettünk (Vanhuysne, 2003; Howard, 2006). Azok a vizsgálati személyek, akik a bio-medikális narratívával azonosultak, felépülésüket úgy írták le, mint a betegség elfogadását, mint életük és személyiségük része, valamint hangsúlyozták a betegséggel való együtt élés képességét, amely ellenére többé-kevésbé teljes életet élnek.

A bio-medikális modell tehát nem kínál elégséges, vagy (teljes mértékben) elfogadható narratívát a pszichiátriai zavarral élők számára, akik más narratívák felé fordulnak, hogy problémáikat és felépülési lehetőségeiket értelmezzék, valamint identitásukat meghatározzák.

Pszichológiai narratíva

A pszichológiai narratíva előnye, hogy a problémák kialakulásának okát nem (csak) random vegyi folyamatokhoz köti, hanem az érintett személy pszicho-szociális kontextusában keresi, ami által előtérbe kerülhetnek azok a nehézségek, amelyekkel a személy napról-napra szembenéz. Bár fennáll a veszélye, hogy a pszichés nehézségekkel küzdő minden problémájáért szüleit teszi felelőssé, a pszichológiai narratíva arra is enged következtetni, hogy a korai sérelmeket beszélgetés és gyász munka segítségével fel lehet dolgozni, és nagyobb teret enged a változásnak és a fejlődésnek, mint a genetika, vagy a vegyi folyamatok.

Ez a narratíva, a bio-medikálissal ellentétben, személyes jelentést és értelmet tulajdonít a tüneteknek, illetve segít azokat a személyes élettörténettel összefüggésbe hozni és integrálni. A pszichológiai narratíva értelmében a személy önmegfigyelés,

önelemzés, érzése és viselkedése tudatosítása által képessé válik problémái megértésére és megoldására. A felépülés kulcsa az egyén hatáskörébe kerül, csökkentve a tehetetlenségérzést, amelyet a bio-medikális narratíva interiorizálása előidéz.

A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy azok a személyek, akik elbeszélését a pszichológiai narratíva határozta meg, úgy értelmezték felépülésüket, mint öntudatra ébredés, vagy valódi önmagukra való rátalálás, illetve megnövekedett személyes kongruenciáról és hitelességről számoltak be.

GOÁMA / felépülés szemlélet narratívája

Az interjúkban kifejeződésre jutó felépülés szemléletű narratíva átfedést mutat a pszichológiai narratívával. Szintén a pszicho-szociális tényezőket helyezi előtérbe a problémák kialakulásának értelmezésekor, valamint szintén személyes jelentést tulajdonít a tüneteknek, és azokat az egyén életeseményeivel összefüggésbe hozza.

Ez a narratíva ugyanakkor még „radikálisabban” szembehelyezkedik a bio-medikális narratívával, amikor elutasítja a betegség fogalmát, és „gondok által átmenetileg megváltozott állapot”-ról beszél.

Az ezzel a meghatározással való azonosulás több szempontból is pozitív hatást gyakorol az én-koncepcióra. A pszichiátriai beteg meghatározás alapvetően „másnak” írja le, és elkülöníti az érintett személyeket az átlagtól. A betegség fogalma az egészség, vagy a teljesség hiányát hangsúlyozza, valamint a médiában gyakran találkozunk azzal, hogy a társadalmi normáktól eltérő viselkedést pszichiátriai betegségként határoznak meg (ld. a Germanwings katasztrófa értelmezéseit). A felépülés szemlélet normalizálja a tünetek élményét, hiszen bárki kerülhet gondok által átmenetileg megváltozott állapotba. Ráadásul, ez a meghatározás a bio-medikális narratíva krónikus betegségszemléletével ellentétben „átmeneti”-ként határozza meg ezt a megváltozott állapotot, amely azt a reményt ébreszti, hogy a szenvedés csupán ideiglenes.

A pszichológiai szemlélettel megegyezően, sőt ebben a narratívában még inkább az egyén hatáskörébe kerül a felépülés kulcsa. A felhasználó saját kezelésének autonóm meghatározójává válik. Az Iván által bemutatott hanghalló módszer kézzelfogható technikát ad a hanghallással élő személy kezébe, amelynek segítségével megfejtheti hangjait, és pozitív változást vihet végbe saját életében.

A tünetek pozitív értelmet nyernek, amennyiben támogatást jelentenek a személy számára, hogy elakadt fejlődését továbblendítse. A hang többé nem ijesztő, bántalmazó és érthetetlen külső jelenségeként értelmezendők, hanem mint támogató barát, aki belső coachként vezeti az egyént önmaga kiteljesedése felé. A bio-medikális narratíva tünet- és deficitcentrikus szemléletével szemben, itt az egyén erősségei és kamatoztatásra váró képességei kerülnek előtérbe.

Önértékelés és önbizalom szempontjából a felépülési narratíva egyértelműen pozitívabb identitás integrálását teszi lehetővé, mint a bio-medikális. A GOÁMA értelmezés a krónikus betegszerep és a hospitalizáció veszélyét is sokkal kevésbé hordozza magában, mint az előbbi, sőt, sokkal inkább ellene hat. Adame (2006) kutatásával ellentétben, a felépülési narratíva politikai felhangja az én vizsgálati személyeimnél egyáltalán nem jelent meg, ez azonban talán magyarázható a magyar és az amerikai politikai kultúra közötti különbségekkel.

Vallási narratíva

Miként értékelhető pszichológiai szempontból az interjúkban megjelent vallási narratíva? A tünetek transzcendens jelekként való értelmezése pozitív átkeretezést jelent, és csökkentheti az általuk kiváltott szorongást.

Ahogy Margit interjújából kiderült, számára a hit reményt ad, hogy Isten segít, és, a dolgok jobbra fordulnak. Még ha konkrét okkal nem is szolgál, amely a tüneteket és a szenvedést magyaráznak, az isteni gondviselésbe és szándékba vetett hit megadhatja azt a biztonságérzetet, hogy minden okkal és céllal történik. Ennek a narratívának az értelmében, még ha a jelenben nem is látjuk át, miért „kellett” a betegségnek történnie, bízhatunk benne, hogy előbb vagy utóbb megértjük, illetve a szenvedés megtérül.

Mindez tehát azt a meggyőződést erősíti, hogy életünk eseményei nem a véletlen összefüggéstelen művei, hanem felsőbb értelemmel rendelkeznek, amelyet egy felsőbb hatalom előrelátott. Ez vonatkozik a személy egész létezésére is, ahogy Margit is utalt arra a meggyőződésére, hogy neki feladata van, ami indokolja, hogy Isten megmentette halálközeli pszichotikus állapotból.

A felépüléssel kapcsolatos egyéni felelősség tekintetében a vallási narratíva az egyént köztes állapotba helyezi. Egyrészt ki van szolgáltatva Isten akaratának, ugyanakkor Margit interjújából az derül ki, hogy ő úgy élte meg, hogy amikor „kinyújtotta kezét” a segítség felé, akkor valaki meg is fogta azt. Margit tehát hangsúlyozta, hogy az első lépést a betegnek kell megtennie, és ha Isten ezt látja, akkor megsegíti a felépülni vágyót.

Úgy tűnik tehát, hogy a vallási narratíva reményt ad krízisek idején, és hitet abban, hogy a krízis valahol az egyén érdekét szolgálja, amennyiben tanulhat belőle, megtapasztalhatja általa Isten kegyelmét, és erősebbé válhat.

Hasonló gondolat tükröződött Storck és munkatársai (2000) Navajo indiánok körében végzett vizsgálatából is, amelyben a vallási gyógyítók sikeresen tudták enyhíteni a nyugati világban depressziós tüneteknek nevezett problémákat a bio-medikális, vagy pszichológiai narratívák bevonása nélkül is.

Margit mindazonáltal nem utalt arra, hogy ez a narratíva a mindennapok pszicho-szociális problémáival való megküzdést bármilyen módon elősegítené, és ezzel együtt a problémák megértéséhez, és megoldásához is legfeljebb közvetett módon tud hozzájárulni.

Kontroll narratíva

A kontroll narratívája mind a betegség, mind pedig a felépülés értelmezésében fontos szerepet kapott. Sok vizsgálati személy társította betegségé élményét, az önmaga fölötti kontroll elvesztésével. Edit és Ildikó megfogalmazásában a betegség másik személyiségként uralma alá vette valódi, egészséges énjüket. Ezzel párhuzamosan a felépülést úgy értelmezték, mint az irányítás visszavételét ettől a beteg én-résztől. Bár ezt a kontrollt különböző módokon valószínűsítették meg mindennapi életükben, mindketten a tudatos irányítást hangsúlyozták, mint felépülésük kulcsmozzanatát.

A kontroll narratívája a pszichológiai szakirodalomban is megjelenik. A bio-medikális narratíva egyik nagy hátránya, hogy kevés reményt ad arra, hogy a személy önerőből legyőzze betegségét, a kontroll a gyógyszer külső ágenséhez kerül, ezzel csökkentve a személyes én-hatékonyság érzését, amely pszichológiai kutatások szerint

központi szerepet játszik a stresszel való megküzdés hatékonyságában (Bandura, 1977). A felépülés szemléletet taglaló szakirodalomban megjelenik az *empowerment-modell*, amely a felépülés egyik legfontosabb tényezőjeként a növekvő autonómiát, cselekvőképességet és énhatékonyságot hangsúlyozza. A kontroll narratívája összecseng a McAdams által kidolgozott *ágencia* tematikával is, amely gyakran képezi élettörténeti elbeszélések vörös fonalát (McAdams, 2008). Ez a tematika azt úgy ábrázolja az elbeszélőt, mint akinek sorsát az irányításért, az autonómiáért vívott küzdelem határozza meg.

Feltételezhetjük, hogy maga a narratív tevékenység is segít az események fölötti kontroll megteremtésében, hiszen hozzájárul ahhoz, hogy az élmények jelentését meghatározzuk és lehatároljuk. Az események narratívába foglalása távolságot is teremt az én és az elbeszélő események között, tárgyiasítva azt, és csökkentve az eseményhez fűződő érzelmek intenzitását. Pennebaker kutatási eredményei szintén arra utalnak, hogy a megterhelő élmények írásba foglalása pozitív hatással van utóbbiak feldolgozására (Pennebaker, 1997).

Közösségi narratíva

A közösségi narratíva talán inkább csak narratíva töredéknek nevezhető, ugyanis nem ad pontos meghatározást a tünetek kialakulására, vagy kezelésének módjára, ugyanakkor mégis az átfogó narratívák között ismertetem, az interjúkban való gyakori és hangsúlyos előfordulása miatt. Az intézmény falai között és azokon kívül is folyó közösségi ellátásban szintén kiemelt szerep jut az ellátottak szociális kontextusának, az ellátás egyik fontos sarokköve, hogy a kliens gondozásába az őt körülvevő fontos személyeket is bevonja, amennyire csak lehetséges. Az Ébredések Alapítvány emellett nagy hangsúlyt fektet a páciensek által szervezett autonóm, önsegítő jellegű közösségeknek is. Ezeket a tényezőket sokan kiemelték felépüléstörténetükben.

Melyek lehetnek az oly sokat emlegetett pozitív emberi kapcsolatok, illetve a közösséghez tartozás érzésének pszichológiai előnyei? A betegséggel gyakran társuló magány, elszigeteltség kellemetlen érzésének csökkentése mellett az örömforrást jelentő társkapcsolatok motivációt adhatnak a pszichés krízisből való felépüléshez. A család, a barátok, vagy egy társ elfogadása és pozitív visszajelzései erősíthetik a betegség által kikezdett önbizalmat, és a betegidentitás helyett az önazonosság egészséges, pozitív komponenseit erősíthetik.

Szintén pozitívan hat az önértékelésre, valamint az értelmet is adhat a problémákkal küzdő személy életének, ha egy tágabb közösségben számítanak rá, feladata van és érezheti személyes hasznosságát. A sorstárs közösség jelenthet olyan közeget, amely ellensúlyozhatja a személy a más közösségekben korábban elszenvedett sérülésekért, kiközösítettség, vagy oda nem illéssel kapcsolatos élményeit, amelyek hozzájárultak pszichés tüneteikhez. A csoportban történő közös probléma megoldás, valamint az itt elhangzó felépüléstörténetek segítségével a személy megértheti saját nehézségeit, reményt és inspirációt kap a felépüléshez.

Összefoglalva, a közösség felépülést serkentő hatása összekapcsolható az elfogadás, a pozitív identitás, és az élet értelmének megtalálásával. A narratíva további előnye, hogy motiválja a felépülni vágyó személyt, hogy keresse a közösséget, a másokkal való kapcsolatot, illetve, hogy olyan tevékenységben próbálja ki magát, amelynek során mások életét teheti jobbá. Ezáltal a közösségi narratíva kimozdítja a lelki problémákkal küzdőt elszigeteltségéből, megadva neki a lehetőséget, hogy

embertársai pozitív visszajelzéseiben részesüljön, illetve, hogy figyelmét belülről kifelé fordítsa.

Narratíva töredékek

Itt azokat a narratívákat vitatom meg, amelyek nem képeznek átfogó narratívát, vagyis nem szolgálnak komplex magyarázattal mind a betegség, mind pedig a felépülés értelmezésére, hanem az érintett jelenségeknek csak részét fedik le.

Stigmatizáló narratíva

A legtöbb interjúban megjelent ellenérzés, félelem, vagy akár rettegés a pszichiátriai diagnózissal, elsősorban a szkizofrénia diagnózissal való azonosulással kapcsolatban. Ez arra utal, hogy az interjúalanyok interiorizálták azokat, a társadalomban megtalálható diskurzusokat, amelyek negatív előítéleteket hangsúlyoznak a pszichiátriai betegek tekintetében. Veronika megfogalmazta, hogy az ő sokáig úgy gondolt szkizofrén emberekre, mint akik teljesen megbolondultak, képtelenek dolgozni, és életük nagy részét zárt osztályon töltik.

Andrea az öt elsőként diagnosztizáló orvostól kapott megbélyegző leírást saját magáról, és elbeszéléséből kibontakozott az a kényszer, hogy megcáfolja ezt a megalázó narratívát.

A pszichiátriai betegeket stigmatizáló narratíva befolyásolja azt, ahogyan az érintettek saját állapotukat és önmagukat meghatározzák, jobb esetben erős belső disszonancia és ellenazonosulás, rosszabb esetben önstigmatizáció formájában. A felépülés szempontjából tehát mindenképpen fontosnak tűnik ennek a diskurzusnak a relativizálása és lebontása, illetve személyes jelentésének megvilágítása, és adott esetben újraalkotása.

Normalizáló narratíva

Az interjúkban használt normalizáló narratíva két módon jelent meg. Az interjúalany vagy saját betegségével járó élményeit értelmezte úgy, mint a normális élet velejáróját, vagy pedig a normalitás értelmezését terjesztette ki betegségével kapcsolatos élményeire.

Az első esetre példa, amikor a betegség az élettel együtt járó szenvedésként került átkeretezésre. A másodikra Iván, vagy András interjúja szolgált példával, amikor utóbbi, szorongásos élményeit a normális megtapasztalás szélsőséges formájaként írta le, amelyet bárki megélhet. A normalizáló narratíva mindkét esetben az ellen hat, hogy a tüneteket megtapasztalt személy a „nem normális” megbélyegzéssel azonosuljon, amely magában foglalja a másság, a deviancia és akár a kiközösítettség érzését.

Llewellyn és munkatársai (2014) kutatásából, amelyre az elméleti bevezetőben hivatkoztam, az derült ki, hogy végstádiumú veseelégtelenségben szenvedő idős személyek narratíváikban szintén normalizáló diskurzusok segítségével beszéltek betegségükről, amelyet az öregedés természetes velejárójaként értelmeztek. A kutatók értelmezésében a betegség normalizálása segített a megterhelő tapasztalatot olyan módon integrálni az élettörténeti narratívába, hogy utóbbi kontinuitása ne sérüljön, elkerülve, vagy kompenzálva a Bury (1982) által bevezetett, betegség okozta biográfiai törés élményét. Feltételezhetjük, hogy vizsgálati személyeink számára is megkönnyítette a pszichés tünetek feldolgozását az a narratíva, amely utóbbiakat az élettel elkerülhetetlenül velejáró szenvedés megnyilvánulásaként keretezte át.

Kereső-felfedező narratíva

A kereső-felfedező narratívát Frank (1993) dolgozta ki krónikus testi megbetegedésekről szóló visszaemlékezések alapján. Ez a narratíva a betegség következtében beálló személyes átalakulást helyezi középpontba, és a betegséget olyan folyamatként ábrázolja, amelyen keresztül az egyén más emberré válik, és amely által személyes növekedést tapasztal meg, vagyis újra megkeresi és felfedezi önmagát.

Edit interjújában többször is úgy írta le a pszichiátriai betegséget, mint amelyből nincs visszaút a betegség előtti énhez, hiába szedi az ember a gyógyszereket, azok nem hozzák vissza a régi önmagát. Edit narratívájából kiindulva a betegség olyan alapvető változást jelent az ember életében és személyiségében, amelyet kezdetben nehéz elfogadni. Ez a változás viszont arra készíti a személyt, hogy megújuljon, és hogy „új minőség”-et hozzon létre, ami tulajdonképpen magát a felépülést jelenti. Edit saját története ezt a folyamatot részleteiben mutatja be, ahogy lépésről-lépésre, lassan és fokozatosan újra fölépítette saját magát. Az újjáépülés gondolata Frank fönix metaforájával is összevethető, amely kifejezi a betegséget megelőző állapot „halálát” és az újjászületéssel járó átalakulást, pozitív átkeretezést nyújtva ennek a nehéz és drasztikus változásnak.

Más vizsgálati személyek, mint például Andrea, vagy Erika ennek a narratívának azt az elemét emelték ki, amely szerint a betegség, és az ezzel járó szenvedés hosszútávon személyes növekedéshez vezet. Ezt a gondolatot több kulturális idióma is magában foglalja, ilyen például a „szenvedés erősebbé tesz”, vagy, hogy „ami nem öl meg, az erősít”, vagy akár az az értelmezés, amely szerint a rosszat azért kapjuk, hogy megtanuljuk a jót értékelni. Ez a narratíva pozitívan hat a felépülésre, ugyanis utólagosan értelmet ad a szenvedésnek, mint amely végső soron a személy hasznára vált.

A kereső-felfedező narratíva elősegíti a betegség élményének integrálását a személyes élettörténetbe, amelyben a betegség ily módon fejlődési folyamat kiindulópontjaként válik értelmezhetővé. A poszttraumás fejlődéssel foglalkozó szakirodalom a traumatikus élmények sikeres feldolgozását szintén összekapcsolja a traumatikus eseménynek való utólagos értelem- és előnytulajdonítással (Tedeschi és Calhoun, 1999, 2004). A kutatások alapján a traumatikus élmények feldolgozására való képtelenség növeli a pszichiátriai megbetegedés kockázatát. Ilyen értelemben a narratíva általi értelemadás nem csak a betegség élményének feldolgozására lehet jótékony hatással, de a betegséget kiváltó trauma integrálását is elősegítheti.

Tanulás és irodalom narratívája

Ezt az interjúkban szintén gyakran előforduló narratívát azért tartom fontosnak kiemelni, mert a tanulás és az irodalom gyógyhatásáról szóló elbeszélés a kulturális narratívák pszichológiai relevanciájára hívja fel a figyelmet.

Azok a személyek, akik a tanulás fontosságát emelték ki, azt hangsúlyozták, hogy a tanulás segít tájékozódni, és megérteni azt, ami körülvesz. A tanulás segít abban, hogy a világot meghatározzuk, és értelmet adjunk neki. Pszichológiai szempontból a tanulás növeli a megtanult, megismert és meghatározott tényezők fölötti kontroll érzését. Ugyanakkor, ahogy azt Csabi meg is fogalmazta, a tanulás el is bizonytalanít. Ez azonban segít bizonyos kőbe vésettnek hitt igazságok relativizálásában, új nézőpontok felvételére bátorít és szélesíti a személyes látókört. A tanulás önbizalmat is ad, hiszen aki tanult, az társadalmi elismerésben részesül.

Pszichológiai szempontból különösen érdekesnek találtam Katalin elbeszélését arról, miként alkalmaz irodalmi műveket önterápia céljából. Elmondása alapján a művek több szempontból is támogatást jelentenek lelki szenvedésében. Egyrészt úgy írta le az irodalmi alkotásokat, mint amelyek segítenek számára érzelmeit megélni, és azoknak formát adni. Katalin direkt olyan műveket választ ki, amelyek hangulatukban az övéhez illenek, és ez fokozza érzelmi átélését, illetve később segít fájdalmas érzéseket elengedni. Egy következő lépésben egy következő mű pozitívabb érzéseket hív elő Katalinban. Az irodalmi művek tükröző funkcióval is bírnak, amelyen keresztül az olvasó képessé válhat arra, hogy elfogadhasson és igazolva érezzen olyan érzéseket is, amelyeket környezete esetleg elutasít. Katalin interjúja arra enged következtetni, hogy az irodalmi alkotások útmutatást is adnak, és ez az útmutatás segít értelmet és célt adni az élet eseményeinek.

Azt, hogy Katalin mennyire hasznosnak találja az irodalmat pszichés nehézségeivel való megküzdésében az is bizonyítja, hogy már több mint egy éve tart irodalomcsoportot sorstársainak.

Irodalmi képek, metaforák

Az út, utazás, és a harc nem csak irodalmi képek, de szinte már kulturális közhelyek, a szó pejoratív kicsengése nélkül, ami abból is látszik, hogy az interjúkban nagyon gyakran előkerültek.

Az élmények és érzések képekben való kifejezése pszichológiai szempontból is hasznos lehet, erre utal a szimbólumterápia is, amelyben a képek használata a terápia lényegi részét képezi.

Vizsgálati személyeink kulturális alkotásokból is merítettek, abból a célból, hogy élményeiknek jelentést tulajdonítsanak. Ilyen alkotás nem csak vers vagy regény, de akár zeneszám is lehetett. Ezek a referenciák a szenvedésből kulturális élményt teremtenek (Kleinman, 1988, 45. old).

A megvitatás összefoglalásaként elmondható, hogy a vizsgálati személyek több különböző, szocio-kulturálisan adott narratívára támaszkodnak, amikor betegségüket és felépülésüket értelmezik, és élettörténetük narratívájába integrálják. Ezek a narratívák azonban mind csak egy-egy részét fedik le élményeiknek, és a velük való azonosulás különböző pszichológiai implikációkat hordoz magában. Joggal feltételezhetjük, hogy a különböző narratívák interiorizálása különbözőképpen határozza meg, és a narratív szemlélet értelmében konstruálja is meg a személy én-koncepcióját, legyen szó önértékeléséről, énhatékonyságérzéséről, vagy identitásának koherenciájáról.

Kitekintés, a kutatás erősségei és gyenge pontjai

Kitekintés

Milyen relevanciája lehet mindennek a klinikai pszichológia számára? Meggyőződésem, hogy a narratív szemlélet több szempontból is hozzájárulhat a klinikai munka hatékonyságához. Ez a szemlélet, a kulturálisan elfogadott realitás határain belül szabadságot enged a világ értelmezésében. Az, hogy egy életesemény nem csak egy féleképpen értelmezhető, lehetőséget teremt arra, hogy fájdalmas tapasztalatokat

újraértelmezzünk, és pozitívabb jelentéssel társítsuk. Nem mindegy, hogy a pszichés tünetet elmebetegséggént, vegyi folyamatok értelmetlen melléktermékeként, vagy személyes növekedést lehetővé tevő tapasztalatként értelmezzük, és hogy a pszichés tünetektől szenvedőt elmebetegként, szkizofrénként, vagy gondok által átmenetileg megváltozott állapotban lévő emberként határozzuk meg. Mindezek a meghatározások megtalálhatóak társadalmi diskurzusokban, és mind ugyanazt a jelenséget írják le, mégis teljesen más valóságokat kreálnak.

Klinikai pszichológusként nem tudjuk a múlt traumatikus eseményeit nem megtörtétté tenni, azonban segíthetünk az élénk kerülő traumatizált személyeknek traumáikat új narratívába foglalni, oly módon, hogy az számukra pozitívabb értelmet nyerjen, és integrálódjon egy koherens élettörténetbe. Klinikai pszichológusként tehát feladatunk, hogy minél több narratívát felkínáljunk pácienseinknek, hogy ők kiválaszthassák azt az értelmezést, amelyik az ő felépülésüket leginkább elősegíti.

A felépüléstörténetek olyan narratívákat képeznek, amelyek nem csak értelmezik, de létre is hozzák a felépülés valóságát azáltal, hogy „kanonizálják” nem csak a felépülés elbeszélésének, de megélésének módját is, hasonlóan ahhoz, amit Anonim Alkoholisták egymásra erősen emlékeztető felépülési narratíváinál is megfigyeltek (Bajzáth és mtsai, 2014; Hänninen és Koski-Jyannes, 2002). Edit saját felépüléstörténetében más felépüléstörténetéből is idézett, és ezzel kapcsolatban a következőt fogalmazta meg: „*ez egy olyan recept, ami sok embernek a felépüléstörténetéből adódik össze.*”

Interjúim elemzését sok irányban lehetne folytatni. Érdekes lenne például megvizsgálni, hogy azoknak a vizsgálati személyeknek a narratívái, akik hasonló tüneteket éltek meg, vajon nagyobb hasonlóságot mutat-e, mint azoké, akik különböző kórképpel rendelkeznek. Vagyis meg lehetne vizsgálni, hogy van-e kapcsolat a szimptomatológia és az interiorizált narratíva között. Ezt a kérdést továbbvihetjük, és feltehetjük azt a kérdést, hogy vajon milyen tényezők határozzák meg azt, hogy adott személy milyen narratívát preferál. Ennek a kérdésnek a megválaszolása elősegíteni a narratívák személyre szabását. A narratív elemzést ki lehetne egészíteni az elbeszélői perspektíva vizsgálatával, amelyre sajnos nem maradt időm. Ez az elemzési szempont sokat hozzáadhatna az elbeszélések, valamint az elbeszélők identitásállapotának értelmezéséhez (Pólya, 2007).

Kutatásom leíró, nem pedig magyarázó jellegű. Ilyen értelemben nem hatalmaz fel arra, hogy a narratív elemekből bármilyen következtetést vonjak le a pszichés állapotra, vagy a felépülés „előrehaladottságára” nézve. Egyes kutatók azonban kidolgoztak olyan magyarázó eljárásokat és kvantitatív módszereket, amelyek segítségével személyes narratívákból következtettek az identitás állapotára, az elbeszélő élmények feldolgozottságának szintjére, az önértékelésre, vagy más pszichológiai konstruktumokra (Pohárnok, 2004; Pólya, 2007; László, 2011; Pennebaker és mtsai, 2001, idézi Péley, 2013).

Ezen felül érdekes lenne összehasonlítani a jelen vizsgálatban készült interjúkat ugyanezen személyek olyan elbeszélésével, amelyek betegségükhöz és felépülésükhöz nem kapcsolódó téma köré szerveződnek. Ez az összehasonlítás megvilágíthatná, hogy a narratív identitás itt kidolgozott elemei mennyiben tekinthetők betegség- és felépülésspecifikusnak.

Erősségek és gyengeségek

Felmerül a kérdés, hogy mi az általam végzett kutatás értéke, amely szubjektív valóságértelmezések szubjektív értelmezésén alapul, még akkor is, ha elemzésemben igyekeztem a szöveghez közel és hű maradni. Elemzésem eredményei csak és kizárólag a vizsgálati személyekre vonatkoznak, általánosításra nem adnak alapot. Vizsgálatomnak mindazonáltal nem célja a reprezentativitás, sem valamilyen objektív igazság kimutatása, hiszen ez ellentmondana a narratív szemlélet lényegének, amelyet kutatásommal illusztrálni szeretnék. Dolgozatomban inkább olyan narratív igazságokat szerettem volna feltérképezni, amelyekhez pszichés betegségen és felépülésen átesett személyek egy órás interjúján keresztül hozzáférhetünk.

A kvalitatív elemzés, és ezen belül a narratív technika számomra teljesen új módszer, amellyel sajnos egyetemi tanulmányaim során nagyon kevésbé volt lehetőségem megismerkedni, annak ellenére, hogy nagyon érdekesnek és hasznosnak találtam a benne való elmélyedést. Hozzáértőbb, részletesebb és rigorózusabb narratív elemzéssel gazdagabb, mélyrehatóbb és megbízhatóbb értelmezést lehetett volna adni azoknak az elbeszéléseknek, amelyeknek volt szerencsém tanúja lenni. A személyes involváltság hatásait is jobban ki lehetett volna dolgozni, ami sokrétűbbé és érdekesebbé tette volna a dolgot.

Vizsgálatom erőssége, hogy előtérbe helyezi a személyes jelentésadás és a narratívák valóság értelmező és valóságkonstruáló jelentőségét a pszichés szenvedés és felépülés kontextusában. A személyes narratívák kézenfekvő forrását képezik pszichológiai tudásunknak, és joggal feltételezhetjük, hogy a személyes narratíva a lelki állapot egy fajta kifejeződése és meghatározója egyaránt. Reményeim szerint vizsgálatommal gazdagítottam azoknak a narratíváknak a tárházát, amelyek segíthetnek pszichés problémákkal küzdőknek problémáiknak pozitív értelmet adni, azokat személyes történetükben hátrahagyni, és személyes (fel)épülésükben előrelépni.

Irodalomjegyzék

- Adame, A. L. (2006). *Recovered voices, recovered lives: a narrative analysis of psychiatric survivors' experiences of recovery*. Szakdolgozat, Faculty of Miami University
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 586–594.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11–23.

- Ashforth, B. E., & Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of management review*, 14(1), 20-39.
- Bajzáth S., Tóth E. Zs., Rácz J. (2014). *Repülök a gyógyszerrel – A kábítószerelés története a szocialista Magyarországon*. L'Harmattan, Budapest. 169.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215.
- Bracken, P., & Thomas, P. (2010). From Szasz to Foucault: On the role of critical psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(3), 219-228.
- Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical inquiry*, 1-21.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4(2), 167-182.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Routledge, Mahwah.
- Chamberlin, J. (1990). The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior*, 11(3), 323-336.
- Cushman, P. (1990). Why the self is empty: Toward a historically situated psychology. *American Psychologist*, 45, 599-611.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9(4), 11-19.
- Dutta, R., Greene, T., Addington, J., McKenzie, K., Phillips, M., & Murray, R. M. (2007). Biological, life course, and cross-cultural studies all point toward the value of dimensional and developmental ratings in the classification of psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 33(4), 868-876.
- Davis, C. G., & Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and Meaning How Do People Make Sense of Loss?. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 726-741.
- Erős F. (2004). Bevezetés-a narratív fordulat. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59(3), 295-299.
- Ezzy, D. (1998). Theorizing narrative identity. *The Sociological Quarterly*, 39(2), 239-252.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*. Sage, London. pp. 177-178.
- Frank, A. W. (1993). The rhetoric of self-change: illness experience as narrative. *The sociological quarterly*, 34(1), 39-52.
- Frye, N. (1951). The archetypes of literature. *Kenyon Review*, 92-110.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1997). Narratives of the self. *Memory, identity, community: The idea of narrative in the human sciences*, 161-184.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Habermas, T., & Bluck, S. (2000). Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological bulletin*, 126(5), 748-769.
- Harangozó J. (2009). A pszichiátria missziója a XXI. században. *Magyar Tudomány*, 170(8), 906-914.
- Howard, J. (2006). Expecting and accepting: The temporal ambiguity of recovery identities. *Social Psychology Quarterly*, 69(4), 307-324.
- Hänninen, V. és Koski-Jänes, A. (2002). A függő viselkedés-módokból való felépülés narratívái, In Rácz J. (Szerk.). *Drog és társadalom, Az addikció mintázatai*. 268-288. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Hydén, L. C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of health & illness*, 19(1), 48-69.

- Irvine, L. (1999). *Codependent forevermore: The invention of self in a twelve step group*. University of Chicago Press, Chicago. 1-5.
- Johnstone, L. (2000). *Users and abusers of psychiatry: A critical look at psychiatric practice*. Psychology Press, Philadelphia.
- Kassai Sz., Pintér J. N., Rácz J. (2015). Addiktológiai területen dolgozó tapasztalati szakértők: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás. *Psychiatria Hungarica*. (megjelenés alatt).
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books, New York. 45.
- Kulcsár Zs. (2002): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 15.
- László J. (2008). Narratív pszichológia. *Pszichológia*, 28(4), 301-317.
- László J. (2011). A tudományos narratív pszichológiai tartalomelemzés és a pszichológiai tartalomelemzés hagyományai. *Pszichológia*, 31(1), 3-15.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336.
- Llewellyn, H., Low, J., Smith, G., Hopkins, K., Burns, A., & Jones, L. (2014). Narratives of continuity among older people with late stage chronic kidney disease who decline dialysis. *Social Science & Medicine*, 114, 49-56.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of general psychology*, 5(2), 100-122.
- McAdams, D. P. (2008). Personal narratives and the life story. *Handbook of personality: Theory and research*, 3, 242-262.
- McIntosh, J., & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1501-1510.
- McKinnon, R. A., Michels, R., Buckley, P. R. (2010). *Pszichiátriai interjú a klinikai gyakorlatban*, Oriold és társai, Budapest. 95., 182.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 9-22.
- Pasupathi, M., & Rich, B. (2005). Inattentive Listening Undermines Self-Verification in Personal Storytelling. *Journal of personality*, 73(4), 1051-1086.
- Pohárnok M. (2004). A térben való mozgás narratív dimenziójának vizsgálata borderline és depressziós betegek élettörténeti epizódjaiban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59(3), 441-454.
- Péley B. (2013). Élettörténet–fejlődés és patológia. A narratív szemlélet és módszer haszna a diagnosztikában és a terápiában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 141-157.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological science*, 8(3), 162-166.
- Pólya T. (2007). *Identitás az elbeszélésben*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Ricoeur, P. (1999). Memory and forgetting. Questioning ethics: Contemporary debates in philosophy, 5-11.
- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric rehabilitation journal*, 24(4), 335-343.
- Rimmon-Kenan, S. (2002). The story of " I": Illness and narrative identity. *Narrative*, 10(1), 9-27.

- Roberts, G. A. (2000). Narrative and severe mental illness: what place do stories have in an evidence-based world?. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(6), 432-441.
- Roberts, G., & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in psychiatric treatment*, 10(1), 37-48.
- Rubin, D. C. (2005). A basic-systems approach to autobiographical memory. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 79-83.
- Sandelowski, M. (1991). Telling stories: Narrative approaches in qualitative research. *Image: the journal of nursing scholarship*, 23(3), 161-166.
- Schiff, A. C. (2004). Recovery and mental illness: Analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3), 212-218.
- Shohet, M. (2007). Narrating Anorexia: " Full" and " Struggling" Genres of Recovery. *Ethos*, 35(3), 344-382.
- Storck, M., Csordas, T. J., & Strauss, M. (2000). Depressive illness and Navajo healing. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(4), 571-597.
- Szasz, T. (2003). Psychiatry and the control of dangerousness: on the apotropaic function of the term "mental illness". *Journal of medical ethics*, 29(4), 227-230.
- Szasz, T. (2010). Psychiatry, anti-psychiatry, critical psychiatry: What do these terms mean?. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(3), 229-232.
- Szokolszky, Á. (2004). Kutatómunka a pszichológiában. *Osiris Kiadó, Budapest*, 484-489.
- Taïeb, O., Révah-Lévy, A., Moro, M. R., & Baubet, T. (2008). Is Ricoeur's notion of narrative identity useful in understanding recovery in drug addicts?. *Qualitative Health Research*, 18(7), 990-1000.
- Tedeschi, R. G., and Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Vanthuyne, K. (2003). Searching for the words to say it: the importance of cultural idioms in the articulation of the experience of mental illness. *Ethos*, 31(3), 412-433.

On-line dokumentumok:

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ (letöltve: 2015. április 3.)

Mellékletek

Tájékoztató és bejegyző nyilatkozat

Tájékoztató

Tisztelt Hölgységem/Uram!

Ön egy tudományos kutatásban vesz részt, amelynek címe, „*Felépüléstörténetek narratív elemzése*”. A kutatás vezetője Prof. Dr. Rácz József az Eötvös Loránd Tudományegyetem professzora, a vizsgálat lebonyolítását Kiss Márta pszichológushallgató segíti.

A vizsgálat célja

A kutatás során azt vizsgáljuk, hogyan jelenik meg a mentális betegség, valamint az abból való gyógyulás folyamata érintettek élettörténeti elbeszélésében. E cél érdekében félig strukturált élettörténeti interjút veszünk fel hangrögzítéssel.

A vizsgálat menete

Az interjú maximum egy órát vesz igénybe, és az Ön kérésére bármikor megszakítható egy rövidebb szünet erejére, vagy akár végleg.

Feltételek

A részvétel előzetes feltétele, hogy Ön korábban szenvedett pszichés betegségben, jelenleg pedig úgy érzi, hogy a gyógyulás útján jár, vagy felépült. Az interjú felvétele a kezelőorvosa beleegyezésével történik.

Adatkezelés, részvétel

Szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás keretén belül gyűjtünk össze. Az interjúról hangfelvételt és írásos jegyzeteket készítünk, ezeket később számítógépre átírjuk, és az Ön kérésére akár végleg megsemmisítjük. Amennyiben Ön igényt tart a készített hanganyagra, a felvételt az interjút követően eljuttatjuk Önhöz. A kutatás eredményeit tartalmazó szakdolgozatban és más publikációban Önre csak egy választott álnéven kerül utalás, valamint a dolgozat és a publikáció nem tartalmaz olyan személyes adatot, amely az Ön beazonosítását lehetővé tenné.

A kutatásban való részvétel teljesen önkéntes. A vizsgálatot bármikor indoklás nélkül megszakíthatja, a kérdések megválaszolását megtagadhatja.

Eredmény: a vizsgálat eredményéről orvosi jellegű zárójelentés, laborlelet nem készül. A kutatás során találtokról természetesen a kívánságnak megfelelően szóbeli tájékoztatást adunk.

Kérjük, amennyiben egyetért a fenti feltételekkel, és hozzájárul a kutatásban való részvételhez, ezt aláírásával igazolja. Együttműködését előre is köszönjük!

A kutatásban való részvételem körülményeiről részletes tájékoztatást kaptam, a feltételekkel egyetértek.

Kelt:..... 20..... évhó..... nap

a betegtájékoztatást végző orvos aláírása

a személy aláírása

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott (név, születési idő olvashatóan kitöltve)

.....

Kijelentem, hogy az Eötvös Loránd Tudományegyetem, Prof. Dr. Rácz József és Kiss Márta által végzett, „*Felépüléstörténetek narratív elemzése*” című vizsgálatban önként veszek részt. A vizsgálat jellegéről annak megkezdése előtt kielégítő tájékoztatást kaptam.

Tudomásul veszem, hogy az azonosításomra alkalmas személyi adataimat bizalmasan kezelik. Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálat során a rólam felvett, személyem azonosítására nem alkalmas adatok más kutatók számára is hozzáférhetőek legyenek.

Fenntartom a jogot arra, hogy a vizsgálat során annak folytatásától bármikor elállhassak. Ilyen esetben a rólam addig felvett adatokat törölni kell.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat eredményéről külön laboratóriumi lelet, orvosi zárójelentés nem készül.

Kelt:..... 20..... évhó..... nap

a személy aláírása

4. Táblázat: Betegség-és felépülési narratívák, és narratíva töredékek

Narratíva	Meghatározás	Kiváltó ok	Kezelés	Felépülés	Elbeszélt én
bio-medikális	pszichiátriai betegség	hormonok, neurotranszmitterek genetikai	farmakoterápia	tünetek kontrollálása, megszüntetése	beteg én, együttélés a betegséggel
pszichológiai	pszichés betegség	pszichoszociális tényezők	beszélgetés, pszichoterápia, önismeret	öntudatra ébredés, érzelmi tudatosság	autentikusabb, valódi én
GOÁMA (felépülés szemlélet)	gondok által átmenetileg megváltozott állapot	elakadás az életben, megoldatlan problémák	változtatás az életben, sorstárs önségítés	személyiségfejlődés, pozitív változás az életben	fejlődő én
Vallási	transzcendens jelek	Isteni akarat, nem	hit Istenben, Isteni akarat	Isteni kegyelem megtapasztalása,	szenvedés által

		feltétlenül tudjuk	elfogadása	kamatoztatása, spirituális növekedés	erősebb én
Kontroll	-	tehetetlenség, kiszámíthatatlanság, kiszolgáltatottság élménye	élet fölötti tudatos irányítás kialakítása	Önmagunk fölötti irányítás visszavétele a betegségtől	autonómabb én, énhatékonyság
Közösségi	-	magány, elszigeteltség	(sorstárs) közösség, pozitív társkapcsolatok	hely és szerep megtalálása egy elfogadó közösségben / kapcsolatban	társas én
Stigmatizáló	elmebetegség, örület..	-	-	-	elmebeteg, örült én
Normalizáló (kiterjesztett normalitás)	normális megtapasztalt és szélsőséges formája, szélsőséges szenvedésre adott normális reakció	szenvedés, mint az élet természetes része	továblépés a problémából,	megszabadulás a társadalmi stigmától és a betegidentitástól, illetve a pszichiátria intézményétől való rettegéstől	nem beteg én
Kereső-felfedező	betegség	-	önmagunk tudatos újjáépítése	megújulás	más én
Tanulás, irodalom	-	tanulatlanság, kultrálatlanság	tanulás, olvasás, kulturális élmények		tájékozott, nyitott gondolkodású, művelt én