

Trauma és identitáskonstrukció

A stílushasználat vizsgálata betegség történetekben

Jelen tanulmány a trauma és az identitáskonstrukció összefüggéseit és nyelvi jellemzőit mutatja be amputált személyekkel készített interjúkon keresztül. A terepmunka során olyan személyek nyelvhasználatát vizsgáltam, akiknek egy trauma, pontosabban szólva a végtagamputáció következtében megváltozott a fizikai állapotuk. Az elemzett interjúk témája maga a megváltozott fizikai állapot, illetve ennek következményei. Elsősorban olyan nyelvi megnyilvánulásokra fókuszáltam, amelyek alátámasztják, hogy az identitás a diskurzusban dinamikusan konstruálódó jelenség, miközben a diskurzus (formai és tartalmi) egységei folyamatosan újraképződnek, illetve stabilizálódnak, vagyis az interakciók folyamatában is állandóan változnak. Tanulmányom tehát az identitáskonstrukció jelenségével kíván foglalkozni amputált végtagú személyek diskurzusait, illetve egyes nyelvi megnyilatkozásait vizsgálva.

Kulcsszavak: trauma, nyelvi identitáskonstrukció, amputáció, fogyatékoság, rehabilitáció, narratív perspektíva, ágencia

*„Győzést ki említ? Minden csak kitartás.”
(Rainer Maria Rilke – Rekviem)*

1. Bevezetés

Tanulmányom tárgya az amputált személyek (nyelvi) identitáskonstrukciója, amelyet az amputáció jelentette trauma történetbeszélésein keresztül mutatok be. E téma elméleti kérdésfelvetéseinek elsődleges inspirációját a pszichoterápiák diskurzusalapú megközelítése adta (I. Schefflen 1973, Labov–Fanshel 1977, Ferrara 1994), amely az elmúlt hatvan évben került a pszichoanalízis és a nyelvészet látókörébe. A kutatók diszkurzív nyelvészeti elemzéseinek célja a terápia interjúhelyzetében érzékelt, konkrét interakciós mintázatok és gyakorlatok feltárása volt. A következőkben bemutatott kutatásom nem a terapeuta és a kliens között létrejövő diskurzusokat vizsgálja, mégis hasonlóképpen derít fényt arra, milyen lexikai, stílusbeli választások mutathatók ki abban az esetben, ha egy amputált és egy iránta érdeklődő személy kerül interakcióba. A vizsgált diskurzusokban felmerülő témák induktív módon juttatnak el olyan, társadalmi aspektusból nézve is releváns összefüggések feltárásához, amelyek indokolják, hogy interdiszciplináris keretben végezzek a nyelvi jelenségeket középpontba állító elemzést.

¹ Jékely Zoltán fordítása.

1.2. A témaválasztás indoklása, a téma aktualitása

A módosult test és a módosult élethelyzet megváltoztathatja az ember önmagáról alkotott képét is: az új test új énkép kialakításával jár, s az önmegítélés alakulásában szerepet játszanak társadalmi sztereotípiák is. A testi változáshoz fizikailag is alkalmazkodni kell, a változás nyomán az énképben beálló változásokkal pedig a pszichológiai feldolgozás során kell megbirkózni. A téma részletesebb feltárása érdekében elvégzett empirikus kutatásom a trauma nyelvi leképeződését vizsgálja, különösen arra keresve a választ, mit árulunk el, hogyan beszélünk magunkról, az állapotunkról, a helyzetünkről, illetve miről nem beszélünk, hogyan képezzük meg egy diskurzusban az (új) identitásainkat nyelviileg, amikor megváltozik a testünk, ennek következtében pedig az élethelyzetünk és az életminőségünk is.

Az amputáción átesett emberek számára kiemelkedően fontos az intézményes körülmények között zajló, kimerítő és legfőképp hosszan tartó pszichés kezelés, különösen az egyén önmagával, társas helyzetével, szerepével kapcsolatos feldolgozás során – és ebben a nyelvi aspektusnak is kiemelt szerepe van. Tanulmányom e tényezők feltárásához és hangsúlyozásához szeretne hozzájárulni. Mindehhez pedig feltétlenül szükséges megismerni, hogy az amputált személyek hogyan tekintenek magukra (aktív vagy passzív cselekvők-e), milyen nyelvi eszközökkel konstruálják meg és fejezik ki az új identitást, akár a korábbi éntudathoz képest is (pl. közelséget vagy távolságot tartanak-e maguk és a beszéd tárgya között, miről beszélnek és mit hallgatnak el az interjú során).

Az itt bemutatott kutatás eredményei nyelvészeti hozadékuk mellett hasznosíthatóak lehetnek a rehabilitáció során, például pszichoterápiában vagy a „nyomon követés” alatt. Ez alatt azt értem, hogy a pszichikai rehabilitáció alapját egy közvetlenül ható, dinamikus rendszer képezné olyan szakemberek segítségével, akik a felépülési szakasztól a mindennapi élet magabiztos újrakezdéséig vagy a munkába való visszatérésig egyéni odafigyeléssel igazodnának az amputáltakhoz, úgy, hogy ne csak testileg, hanem lelkileg is megerősödve folytathassák hétköznapjaikat, továbbá a későbbiekben is rendszeres, a lelket is ápoló kontrollvizsgálatok útján segítenék az amputáltakat esetleges elakadásaikban. Mindemellett az eredmények nyilvánossá tétele hatékonyabbá tehetné az empatisz készségek fejlesztését a sérült személy környezetében, továbbá segítséget nyújthat az amputált emberek rehabilitációjában dolgozó szakemberek számára az érintettek nyelvhasználati jellegzetességeinek tudatosabb regisztrálásában és pontosabb értelmezésében.

Tanulmányomban tehát arra a kérdésre keresem a választ, hogy a végtag elvesztéssel járó trauma milyen hatással van az identitás alakulására, az új identitás miként reprezentálódik a nyelvben, valamint hogy mindez milyen hatással lehet az egyén szociális életére. A megfogalmazott kérdéseket élettörténeti² narratívák nyelvi jegyeinek elemzésén keresztül igyekszem körüljárni.

² Az interjúkban feltett kérdések elsősorban az amputációra és annak körülményeire, hatásaira vonatkoztak, ám az elbeszélésekben óhatatlanul megjelentek más életeseményekre tett utalások is. Témáikat tekintve ezek olykor nem kapcsolódtak szorosan a tanulmány tárgyához, azonban árnyaltabbá tették a formai és tartalmi szempontok szerinti elemzéseket.

1.3. Elméleti és kutatómódszertani háttér

A választott téma összetettsége arra indít, hogy az első, a kutatás háttérét megvilágító részben tágabb áttekintést nyújtsak a jelenségkör legfontosabb aspektusairól, a kapcsolódó pszichológiai megközelítésekről, az amputáltság mint fogyatékosági kategória körülhatárolásának nehézségeiről és néhány nyelvészeti fogalomról.

A tanulmány kiinduló tézise – Bucholtz és Hall (2005) nyomán – az, hogy **az identitás olyan diszkurzív konstrukció, amely az interakcióban képződik meg, de nem mint stabil struktúra van jelen, hanem dinamikusan változó jelenség. Elsősorban az egyén elméjében és rögzített társadalmi kategóriákban érhető tetten.** A szerzők állításukat arra az axiómára alapozzák, amely szerint az identitás az egyén elméjében található, tehát az egyetlen lehetséges kapcsolat identitás és nyelv között, az egyén belső mentális állapotára reflektálva, a nyelvhasználatban rejlik. Eckert (2000) szintén hasonló megállapításra jutott kutatásai során: véleménye szerint „a társadalmi és egyéni identitás nem objektív tulajdonság, hanem a társas gyakorlatokban, interakcióban létrehozott és fenntartott jelenség” (idézi Bartha–Hámori 2010: 302).

Ha abból a kognitív nyelvészeti tételből indulunk ki, amely szerint az elme és a valóság, az elme és a test, illetve az elme és a nyelv holisztikus kapcsolatban áll egymással, akkor elmondhatjuk, hogy a nyelvhasználatban megmutatkozik az éntudat (self-awareness), az önértékelés, illetve az én és a világ viszonya is (Kaló 2012: 4), ami arra enged következtetni, hogy a pszichológiai jelenségek nyelvészeti szempontból is értékelhetők. Bucholtz és Hall (2005) az identitás szociolingvisztikai szempontú vizsgálata kapcsán azt is kijelenti, hogy az effajta interdiszciplináris perspektívák abban szándékoznak segíteni a kutatókat, hogy felismerjék: egy már meglévő, átfogó eszköztár képes az identitást a nyelv felől is elemezhetővé tenni. A szociokulturális nyelvészet (sociocultural linguistics) ugyanis a nyelv, a kultúra és a társadalom keresztmetszetében jön létre, és olyan további diszciplínákon nyugszik, mint például a szociolingvisztika, a nyelvészeti antropológia, a pszichológia vagy a társalgáselemzés. Egy – a tanulmány 5. fejezetében részletesen ismertetett – kvalitatív kutatási módszeren nyugvó empirikus vizsgálat, amelynek középpontjában az amputált emberek identitáskonstrukciójának nyelvi aspektusai állnak, képes társadalmi szempontból is releváns, hasznosítható információkkal szolgálni.

Az identitáskonstruálás és a trauma viszonyát öt amputált személlyel készített interjú alapján vizsgáltam. A kutatást három hónap alatt, egy vidéki kórház osztályán tett látogatások alkalmával végeztem. Az interjúkhoz használt kérdésekkel előzetesen próbainterjúkat is végeztem, az ezekből leszűrt tanulságok alapján végül módosítottam az eredeti kérdéssort (l. a mellékletekben). A terepmunka során keletkezett adatok mennyisége azt mutatja, hogy az adatközlők szívesen beszéltek magukról. Az adatokat elemeztem egyrészt a nyelvi jellemzők (pl. a legmarkánsabb hangtani jegyek, a szóhasználat, a mondatalkotás) szempontjából, továbbá a narratív perspektíva aspektusaiból, végül pedig az interjúkérdések tematikus csoportjai szerint. A módszertan részletes bemutatása a 4. fejezetben történik, az elemzések pedig az 5. fejezetben találhatóak.

2. Pszichológiai fogalmak és fiziológiai aspektusok áttekintése

2.1. A trauma fogalma

A trauma fogalmának tárgyalásakor a szakirodalomban a trauma mentális állapotra gyakorolt hatását hangsúlyozzák leginkább, ahol a traumatikus esemény pillanatnyisága és az állapot visszafordíthatatlansága játszik kulcsszerepet az érintett személy életében. „Legyen fizikai vagy pszichikai természetű – valamely védőréteg olyan mérvű sérülése, hogy az már nem kezelhető azokkal a mechanizmusokkal, amelyekkel a fájdalmat és a veszteséget általában kezelni szoktuk” (Mitchell 1998: 121). Mitchell az idézett tanulmányában azt állítja, hogy az említett védőrétegen – pl. baleset által – keletkezett sérülés olyan reakciót válthat ki mind testi, mind viselkedésbeli, mind nyelvi értelemben, amely másként nem jelent volna meg. Ezek pedig olyan elsődleges folyamatok bennünk, mint az álmok,³ és a traumatikus nyelv nem más, mint az álom verbális megfeleltetése, ahol inkább az érzelmi kifejezés kerül előtérbe az értelmivel szemben (Mitchell 1998).

A trauma fogalmának elsődleges magyarázatához érdemes számba venni a PTSD (post-traumatic stress disorder) számunkra releváns aspektusait. Mitchell a poszttraumás stressz jelenségére utal, amikor a traumát egy olyan állapotként írja le, amely „nem a bekövetkezés idejében hasít belénk” (Mitchell 1998: 61). A PTSD kognitív modellje szerint a trauma utóéletét olyan maladaptív folyamatok befolyásolják, amelyek következtében a sérült személy nem képes időben behatároltnak tekinteni a veszteséget, ezáltal a múltban bekövetkezett traumatikus esemény a jelenében él tovább, és magába foglalja az illető jövőképét is (Kököneyi 2006, idézi Pintér 2007: 38). A destruktív értékelés kognitív feldolgozási formái (stílus- és viselkedésmódok) pedig képesek gátolni a negatív pszichikai tünetek megváltozását. „A terápiában ennek értelmében a történetek újrastrukturálását javasolják” – írja Pintér (2007: 38).

Jon G. Allen (2005) értekezésében a traumát szintén az időbeliséggel hozza összefüggésbe, és olyan eseményeket ért alatta, amelyek tartós kedvezőtlen hatással bírnak akár fizikai, akár pszichológiai értelemben. A trauma továbbá megragadható úgy is, mint a múlt behatolása a jelenbe, például rémálmok, flasbackek révén. Ezek olyan önvédelmi mechanizmusokat váltanak ki, amelyek a traumatikus esemény idején alakultak ki, fenntartva a védekező állapotot, „a behatolás és elkerülés e kombinációja jelenti a PTSD esszenciáját” (Allen 2005: 5). Egy ilyen esemény feldolgozása tehát maga után vonja a múlt és a jelen szétválasztását.

A trauma pszichológiai jelentőségének feltárásában fontos szerepet játszik Judith Herman munkássága is, aki – Allen mellett – szintén felhívja a figyelmet arra a tényre, hogy a trauma hatása nemcsak pszichés rendellenességek formájában jelenhet meg, hanem „a cinizmusban, keserűségben, bizalmatlanságban, elidegenedésben” (Allen 2005: 5), illetve az emberi kapcsolatok megkérdőjelezésében, továbbá a világba és az emberekbe vetett hit vagy a vélekedésrendszer megváltozásában is (Herman 2011, idézi Pohárnok–Lénárd 2015: 227).

A továbbiakban a traumát az élettörténetben bekövetkező visszafordíthatatlan eseményként értelmezem, amelyet követően a testhez való viszonyban és az élet minőségében olyan mértékű változás áll be, ami befolyásolja az érintett személy identitását is. A fogalom meghatározása a pszichikai jegyek nyelvhasználatban való kimutatása érdekében válik

³ Freud *Álomfejtés* c. művében eltolásnak, sűrítésnek nevezi a jelenséget (Freud 1932: 200–221.), Lacan a nyelvészet fogalmaival metaforává, metonímiává nevezi át (Lacan 1966, idézi Borch-Jacobsen 1991: 187).

számunkra hasznossá. A következő, 2.2. alpont fogyatékoságdefiníciója pedig a külső jegyek énképre gyakorolt hatása miatt lesz meghatározó a vizsgálat szempontjából.

2.2. A fogyatékoság

2.2.1. A fogyatékoság meghatározása

A fogyatékoság definícióját, a fogalom körülhatárolásának nehézségeit és a statisztikai adatok ingadozását fontos ismerni az identitáskép összetettségének megértéséhez, a hivatalos besorolási módok ugyanis hathatnak az egyéni identitás konstruálására. A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság adatai szerint évente közel 7000 amputációt végeznek – nagyrészt 60 év feletti férfiak alsó végtagján, főleg vaszkuláris okokból következően –, ezek az esetek mégsem szerepelnek önálló fogyatékosági kategóriaként a KSH statisztikai adataiban. A 2001. évi népszámlálás még külön kategóriaként tünteti fel azokat, akik mozgássérültként, alsó- vagy felsővégtag-hiánnyal élőként, illetve egyéb testi fogyatékosággal rendelkezőként azonosították magukat (1. diagram), azonban ehhez hozzá kell tenni, hogy a végtaghiányosként definiáltak körébe beletartoznak a veleszületett végtaghiánnyal élő személyek is. A 2011-es népszámlálás óta a (szerzett és veleszületett) végtaghiány mint fogyatékosági típus a nagyfokú társadalmi reprezentáltság ellenére „csupán” a mozgássérültség kategóriájába tartozó létállapot (2. ábra). Itt fontos megjegyezni, hogy a fogyatékoságra vonatkozó kérdésekre a válaszadás önkéntes volt, és önbesoroláson alapult. Ezt azért lényeges kiemelni, mert külön csoportot képeznek az egyéb besorolásúak, akik valószínűsíthetőleg nem tudták elhatárolni a fogyatékoságot a tartós betegségtől.⁴ Meglátásom szerint a fogalmi besorolás problémája kapcsolódik az identitás kérdéséhez is: az önmeghatározás, a csoporthoz való tartozás érzése és a választott csoporttal való azonosulás elengedhetetlen része az identitás (új) megalkotásának. Ebben szerepet játszik a társadalom fogyatékosokhoz való hozzáállása is, ugyanis az identitás nem függetleníthető teljes mértékben az egyén társas-társadalmi és kulturális környezetétől, illetve annak megítélésétől.

Minthogy a tanulmányomban bemutatott csoport – a szerzett végtaghiánnyal élő személyek csoportja – teljes létszámának meghatározása a fogalmi besorolás következtében problémákba ütközik, elsőként a tágabb értelmezés (fogyatékoság) felől kell közelíteni a vizsgálati személyek státuszának megállapításához.

A fogyatékoságot nemcsak egyféleképpen lehetséges meghatározni. Ha ugyanis a fogyatékoságot társadalmi konstrukcióként fogjuk fel, az azt eredményezi, hogy már a vizsgálati csoport felállítása sem egyszerű feladat. Nagy Zita Éva (2015) szerint a társadalmi jelleg azt jelenti, hogy „nem az egyéni károsodás, hanem a(z) ehhez jobban-rosszabbul viszonyuló) társadalmi környezet tesz valakit fogyatékosá”, vagyis nem megállapítható, ki minősül „alapvetően, természetszerűleg” fogyatékosnak – ez az adott definíciótól és annak értelmezésétől függ (Nagy

⁴ A tartós beteg fogalmát az 1993. évi III. törvény határozza meg. Eszerint „tartósan betegnek minősül az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.” Továbbá, Orbán Kornélia (2015) szerint: „ha elfogadjuk a WHO egészség meghatározását, miszerint »az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség hiánya«, akkor azt is megállapíthatjuk, hogy a fogyatékoság nem zárja ki az egészséget, tehát nem betegség, hanem egy állapot.”

2015: 14). 2007-ben az ENSZ a következő definíciót deklarálta: „Fogyatékossgal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását” (ENSZ Egyezmény, 1. cikk).⁵ A definíció nem nevezi meg, milyen okból áll be a fogyatékossgal, így az érintettek rendkívül széles spektrumát fogja át, aminek következtében a fogyatékossgal élő emberek csoportjának meghatározása további pontosításra szorul. Az egyes csoportok meghatározásai a medikális szempontok szerinti, az önbesorolás alapján történő, illetve a társadalmi funkciók betöltésének hiányára épülő megközelítések mentén változhatnak, továbbá világ- és hazai szinten is eltérő értelmezések állhatnak fent egyidejűleg. Magyarországon – a fejlettebb országokhoz képest később – 1998-ban deklarálták a fogyatékossgal élők jogait⁶ (Szellő 2009: 15), de csak 2013-ban fogadták el azt a törvénymódosítást, amely kimondja, hogy a különböző fogyatékossgai csoportok számára specifikusan kell biztosítani a közszolgáltatásokhoz való hozzáférést (2013. évi LXII. törvény). A jelen tanulmány szempontjából nem az orvosi értelemben vett különbségtételek a lényegesek (pl. egészségkárosodott, megváltozott munkaképességű, rokkant); vizsgálataim során az egyén saját bevallását és ezen keresztül a társadalom megítélését állítom fókuszba. Nagy Zita Éva (2015) Gere-Szellőre (2007) hivatkozva arra hívja fel a figyelmet, hogy az eltérő megközelítésmódok vizsgálata azért is fontos, mert „alapvetően meghatározhatja az érintettek énképét, illetve élet-, valamint társadalmi integrációs lehetőségeit” (Nagy 2015:15).

2.2.2. A fogyatékos személyek számára vonatkozó adatok

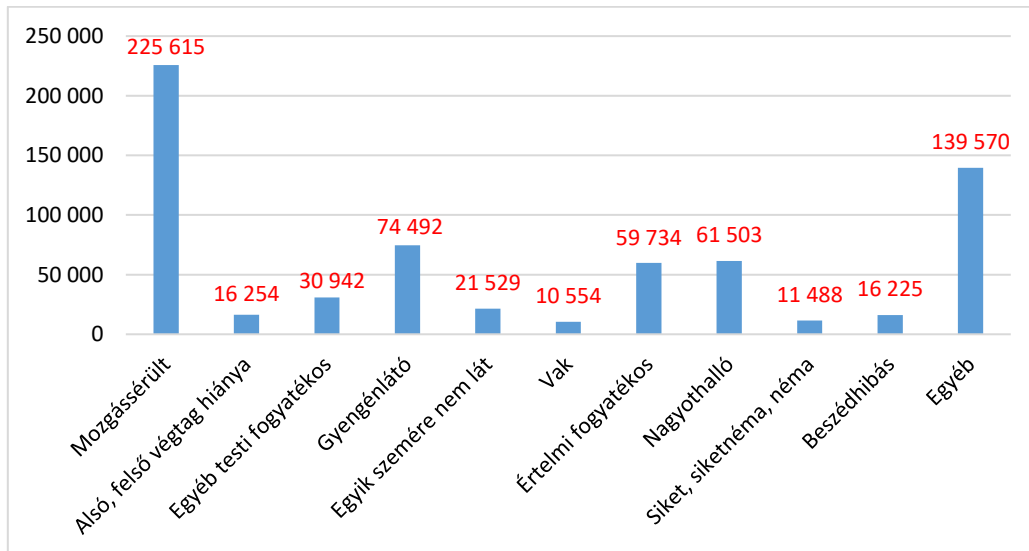
Magyarországon először az 1870. évi népszámlálás során kaptak önálló „státuszt” a testi vagy értelmi fogyatékossgal élők, ám csak a rendszerváltás óta beszélhetünk a státusz állandósulásáról. Az 1990-ben, 2001-ben és 2011-ben felvett népszámlálási és a 2016-os mikrocenzus adatok azt mutatják, hogy a fogyatékossgal élők száma hol csökken, hol nő, ami mind egészségügyi, mind szociális és demográfiai tényezőkkel összefüggésbe hozható (Bácskay–Gárdos–Huszár–Szabó 2018: 8).

2001-ben összesen 272 811 személy vallotta mozgásában korlátozottnak magát, együtt értve mindhárom fentebb említett csoportot (1. diagram). 2011-ben a három külön kategória megszűnt, más fogyatékossgai csoportok ellenben kibővültek (2. diagram), a létszáma vonatkozó adatok összehasonlítása tehát csak korlátozottan végezhető el. Biztonsággal csak azt állapíthatjuk meg, hogy a magukat a mozgássérültek csoportjához sorolók száma 225 615-ről 232 206-ra nőtt 2001 és 2011 között, ami 2,9%-os növekedést jelent. A 2016-os mikrocenzus azonban már jelentős változást tükröz: eszerint 5 év alatt 16%-kal csökkent a mozgássérültek száma. A csökkenés azonban elsősorban a jogszabályváltozásokból adódott, ugyanis 2012 után a rokkantsági nyugdíj helyett öregségi nyugdíjat folyósítottak, illetve voltak, akik az összetett bürokratikus eljárások következtében kiestek a juttatásokra jogosultak köréből – mindezek a

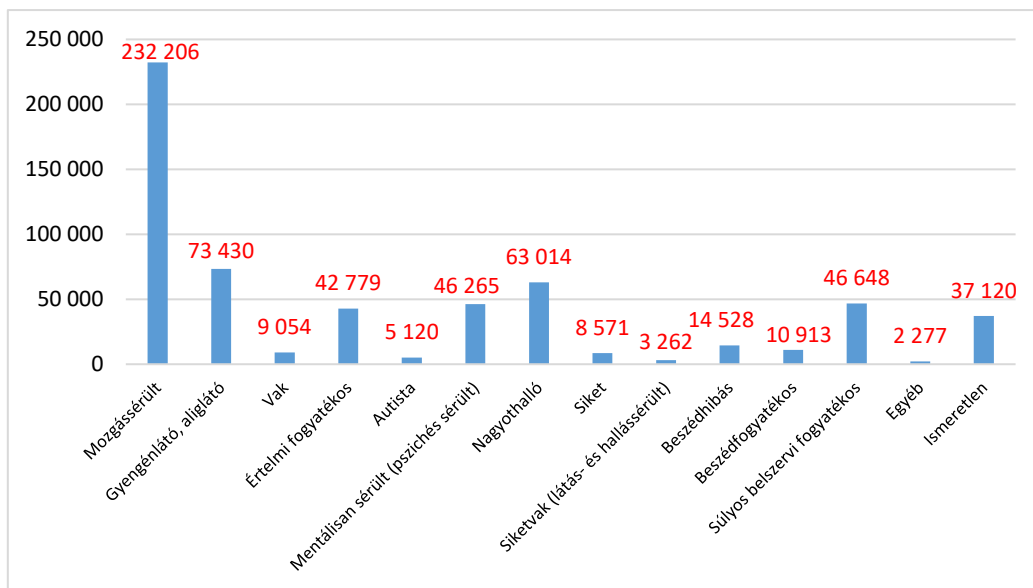
⁵ 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről.

⁶ 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.

tényezők pedig ahhoz vezettek, hogy kevesebben vallották magukat mozgásukban korlátozott-nak, mint korábban (Bácskay–Gárdos–Huszár–Szabó 2018: 9).



1. diagram. A fogyatékossgal élők a fogyatékossg típusa szerint 2001-ben⁷



2. diagram. A fogyatékossgal élők a fogyatékossg típusa szerint 2011-ben

2.3. A rehabilitáció fogalma

Akárcsak a fogyatékossgdefiníció kapcsán, a rehabilitáció fogalmának értelmezéséről szólva is több megközelítésmódról beszélhetünk. E témában is érdemes a világszinten elfogadott, legújabb meghatározásból kiindulni, amely szerint a rehabilitáció „olyan beavatkozások

⁷ Az 1. és a 2. diagram forrása: http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_fogyatekossg

sorozata, amelynek célja a működés – ez alatt értve az életre, munkára való képességet, illetve teljesítőképesség maximalizálását – optimalizálása és a fogyatékoság csökkentése, az egyén egészségi állapotával és környezetével összhangban” (WHO 2017).⁸ Ahogy látjuk, a definíció igen tágan értelmezi a tárgyalt folyamatot – ellentétben a korábbi meghatározásokkal (pl. ENSZ Egyezmény 2007. évi törvény 26. cikk),⁹ amelyek főleg a társadalomba való visszailleszkedést tartották szem előtt, és kizárólag fogyatékos személyekre vonatkoztak (Salgó 1996, Kullmann 1999, idézi Könczei–Kullmann 2009: 16). Ennek okai nemcsak az új mentális és fizikai betegségek megjelenésében keresendők, hanem az elmúlt évtizedekben bekövetkezett szemléletváltozásban is: ma már egy börtönviselt személy vagy az abúzus áldozata is rehabilitációra szorulónak tekinthető, ami – és ez a korábbi elméletekhez képest szintén újdonság – egyszerre jelenthet orvosi, pszichológiai, munkaügyi, jogi, pedagógiai segítségnyújtást. Lényegét tekintve azonban minden elmélet egyetért abban, hogy a rehabilitációnak nemcsak a sérült szerv vagy testrész „integrálása” a célja, hanem az is, hogy az embert hozzásegítse ahhoz, hogy újra képes legyen az élet minden területén önállóan és magabiztosan helytállni, és ezzel együtt a társadalom teljes jogú tagja maradjon.

A rehabilitáció „sikerét” azonban nemcsak az mutatja, ha valaki ismét képes lesz járni vagy újból munkába tud állni – legalább ekkora jelentőséggel bír a psziché gyógyítása is. Pintér Judit Nóra (2007), aki felnőttkorban látásvesztést szenvedett egyéneket vizsgált, arra jutott, hogy nem annyira a trauma maga, mint inkább annak következménye a meghatározó: az a tény, hogy a történet nem visszafordítható. A rehabilitáció fontos lépése tehát az önelfogadás elősegítése is, ami amputált személyek esetében is hosszú időt vehet igénybe.

2.4. Testkép és identitás a végtagamputáció tükrében

A tanulmány alapjául szolgáló empirikus vizsgálat adatközlőinek kiválasztására az interjúk szövegeinek elemzését megelőzően (4.3.) térek ki részletesen; a következőkben csupán – az elemzéseket megalapozva – azt kívánom áttekinteni, hogy tipikusan milyen (lelki) háttér folyamatok mennek végbe az érintett egyéneknél a végtagvesztést követően.

A szerzett – vagyis nem veleszületett – **végtaghiány olyan paranormatív** (rendkívüli, nem a normál életciklusba illeszkedő) **veszteség, amely irreverzibilis, illetve testi, pszichés és egzisztenciális válságot eredményez.** A veszteség feldolgozása pedig ugyanolyan **gyász munka** révén történik, mint egy válás vagy egy hozzátartozó halálának feldolgozása. A Kübler-Ross-féle modell (Kübler-Ross 1988) a gyász folyamatát egy görbén ábrázolva öt fázist különböztet meg, ezek: a tagadás, a harag, az alkudozás, a depresszió és az elfogadás. Fontos azonban ehhez hozzátenni, hogy az öt állomás nem egymás után következik be, és nem mindegyik jelentkezik mindenki esetében (Kübler-Ross–Kessler 2005: 7). A gyász megélése szükségszerű és nem kikerülhető, ugyanis „új »öneszmélésre« van szükségünk, amely az identitásélmény lassú megváltozásával jár. Ezt a »gyász érzése vezeti be«. A gyászra vár az a feladat, hogy kimunkálja bennünk a továbbéléshez szükséges új ént” (Kast 2000, idézi Pintér 2007: 39).

2.4.1. A fantomfájdalom

⁸ WHO 2017: Rehabilitation in health system.

⁹ ENSZ Egyezmény 26. cikk: elismeri a függetlenséghez, szociális és társadalmi integrációhoz való jogot, és biztosítja a teljes elfogadást és részvételt a közösség életében, az élet minden területén.

A gyász olykor metaforikusan is megjelenik: traumatizáltaktól sokszor hallani, hogy úgy érzik, mintha az esemény hatására egy részük meghalt volna. A végtagvesztett személy életében ez nem csupán egy költői kép, hanem a valóság. Pintér Judit Nóra arra hívja fel a figyelmet (2007: 39), hogy bizonyos esetekben a páciens pszichés tünetei éppen abban mutatkoznak meg, „*ami nincs*”. (Freudnál (1997: 129–145) szintén ehhez hasonló megállapításokat olvashatunk: a „trauma felfalja énjét”, „az ént a teljes elszegényedésig kiüresíti”). Ez explicit módon a fantomfájdalomban is tetten érhető – vagyis abban, amikor az amputált személy arról számol be, hogy meglévőnek érzi az eltávolított testrészt. A jelenség a testtudat és testséma különbségének iskolapéldája is, a (biológiai) testtel kapcsolatban ugyanis pszichológiai értelemben több, egymással szorosan összefüggő fogalmat érdemes megkülönböztetni. A testkép az egyén pszichológiai élménye, a testséma neurofiziológiailag értendő (a test fizikai kiterjedése), míg a testtudat az előbbi kettőt foglalja magába szubjektív észleléseken keresztül (Mayer 2011: 22). A fantomfájdalom során az illető saját testéről szerzett tapasztalata nem illeszkedik a test sé-májába.

A jelenség korai értelmezői a fájdalmat csupán pszichoszomatikusnak tekintették, így az amputáltak sokáig nem mertek róla beszélni, félve attól, hogy megbomlott elméjünek tartják őket emiatt (ugyanis a fantomfájdalom sokszor stressz, fáradtság, félelem hatására jelentkezik).¹⁰ A későbbi neurológiai kutatások azt támasztották alá, hogy az ilyen fájdalom tanulmányozásával közelebb kerülhetünk az agy megismeréséhez, illetve hogy a fantomfájdalom szorosan összefügg a testünkről alkotott képpel is. Melzack (1989, idézi Mayer 2011) vezette el a kutatókat ahhoz a ma leginkább elfogadott felismeréshez, hogy az ember eleve kiterjedt neurális hálózattal születik, amelyet a tapasztalatok szerzése által tölt meg tartalommal. Mindezt abból vezeti le, hogy a fantomfájdalom ugyanolyan jellegű érzet, mint amit a páciens a végtag-eltávolítás előtt érzékelt, továbbá, hogy a hiány ellenére az érintett személy testét egységesnek érzékeli és a sajátjának tekinti – Melzack szerint ez a központi idegrendszer szerepével magyarázható.

3. Nyelvi identitáskonstruálás

3.1. A diszkurzív identitáskutatásokról

Az interjúszövegek vizsgálata előtt szükséges röviden felvázolni az értelmezés alapjául szolgáló elméleti hátteret, vagyis a nyelvi identitáskonstruálás elemzésének nyelvészeti előzményeit és lehetőségeit.

A stílus a nyelvhasználat egyik olyan alapvető tényezője, amely sokat elárul a beszélőről: az önmagáról és a világról alkotott képéről, származásáról, életkoráról, műveltségéről, a céljairól, a témához, a beszédpartnerhez, illetve a körülményekhez fűződő viszonyáról stb., röviden szólva az identitásáról. A modern szociolingvisztikai kutatásokban elsőként Labov vette figyelembe a stílust a nyelvi variabilitás leírása során: felfogása szerint a stíluskülönbségek a

¹⁰ A vizsgálatomban részt vevők közül egyetlen ember tudott beszámolni ilyen jellegű érzésről, ő azonban ennek okát külső tényezőkben – például az időjárásváltozásban – látta.

formalitás tengelye mentén fokozatokban rendeződnek el, a formalitás mértéke pedig attól függ, hogy a beszélő mekkora figyelmet fordít saját beszédére. Ha csökken a beszédre vonatkozó „önfigyelem”, a vernakuláris nyelvváltozat válik hangsúlyosabbá a sztenderddel szemben, és ezek a folyamatok szorosan összefüggnek a presztízs, illetve a stigmatizáció fogalmával is (Labov 1972). Ugyanakkor fontos ehhez hozzátenni, hogy a stílus fogalma Labov szerint sem írható le kizárólag az egyén saját beszédére fordított figyelmének elemzésével – ez csupán egy lehetséges szempont a nyelvi stílus kutatása során.

A szociolingvisztikai stílusvizsgálatok fontos kérdése a diskurzusban megjelenő stílus alakulásának, változásának leírása is. A „hallgatóságra tervezés” (audience design) modellje a labovi elmélet kritikája nyomán jött létre (Bartha–Hámori 2010). Eszerint a beszélők a hallgatók (ismert vagy feltételezett) stílusához igazítják megszólalásuk stílusát; ez a dinamikus alkalmazkodás egyaránt megnyilvánulhat a hallgató beszédmódjához való közeledésben, illetve az attól való eltávolodásban is (Bell 1984: 162). A kutatások ugyanakkor egyre nyilvánvalóbbá tették, hogy ez az egyoldalú, egyetlen tényezőre fókuszáló modell önmagában nem alkalmas a stílusváltások kimerítő leírására és értelmezésére, hiszen a megszólalás módját nem kizárólag, illetve nem minden esetben a partner beszédmódjához való alkalmazkodás határozza meg (Schilling-Estes 2004: 388). Coupland (2001) az identitás és a társas jelentés fogalmával összefüggésben vizsgálta a stílust; kutatásaiban már nem a beszélő/megnyilatkozó a kiindulópont, hanem maga a stílushasználat kerül előtérbe (idézi Bartha–Hámori 2010: 302). A stílus és az identitáskonstruálás összefüggéseit, az önreprezentáció megjelenését a nyelvben többek között Bucholtz–Hall (2005) és Rampton (2002, idézi Bartha–Hámori 2010: 303) vizsgálta a nyelvészeti antropológia segítségével.

A stílus kutatások szorosan összefüggenek az önkifejezés sajátosságaira fókuszáló vizsgálatokkal is, amelyek az egyéni nyelvhasználatot egy újabb szemszögből közelítik meg. Johnstone (1996) eltérő etnicitású (afro-amerikai és fehér amerikai), de azonos (amerikai angol) anyanyelvű személyek körében végzett kutatása során arra a megállapításra jutott, hogy a nyelvhasználatot nagymértékben befolyásolja az individualizmus eszménye. Bucholtz és Hall (2005) emellett arra is rávilágított, hogy az öntudat a diskurzusok formáin keresztül válik társadalmi érvényűvé. A nyelvészeti antropológiában Hymes (1975) állította először előtérbe az identitásképzés jelenségét, aki szerint az identitás a nyelvi kivitelezés struktúráját tekintve inkább dialogikus, mint monologikus formában konstruálódik meg (idézi Bucholtz–Hall 2005: 587).

A korábbi kutatásokat figyelembe véve és a társas jelentés fogalmával összefüggésben Bucholtz és Hall (2005) öt megállapítást fogalmaz meg az identitáskonstrukció és a nyelv kapcsolatáról:

1. Az identitás nem eleve adott, hanem speciális elvek mentén, nyelvi interakciók során létrejövő produktum (emergent product). Mint ilyen, alapvetően társadalmi és kulturális jelenségnek tekinthető.
2. Az identitások magukba foglalnak makroszintű demográfiai kategóriákat (pl. kor, nem, társadalmi osztály), helyi, illetve etnográfiai szempontból sajátos kulturális helyzeteket, valamint különböző, a diskurzusban résztvevők által feltételezett résztvevői szerepeket.
3. Az identitás egymással összefüggő indexikus folyamatok révén alakul ki, ideértve például a saját vagy a mások identitáshelyzetével kapcsolatos következtetéseket,

feltételezéseket, illetve az olyan nyelvi struktúrák és rendszerek használatát is, amelyek hasonló ideológiai alapokon kapcsolódnak bizonyos egyénekhez vagy csoportokhoz.

4. Az identitás interszjektív módon, egymással gyakran átfedésben lévő, illetve egymást kiegészítő viszonyok (pl. hasonlóság/különbség, hitelesség/megtévesztés) által konstruálódnak.
5. Az identitás konstruálását parcialitás jellemzi: részben vagy egészen szándékos, részben megszokott, és ezért gyakran nem vagy alig tudatos módon történik, részben (kölsönös) interakcionális egyezkedés és versengés eredménye, részben pedig más személyek percepciójával és reprezentációjával áll összefüggésben.

Bucholtz és Hall (2005) hívja fel a figyelmet arra a jelen kutatást is érintő jelenségre is, hogy a beszédpartnerrel való egyezkedésnek, illetve a hozzá való viszonyulásnak meghatározó szerepe van az identitáskonstruálás folyamatában. Fontos tehát tekintetbe venni, hogy az amputáción átesett interjúalanyaim kifejezetten az adott, mesterséges interjúhelyzetben, a saját helyzetük problematizálása és tematizálása révén teszik vizsgálhatóvá a konstruálódó identitást.

Összefoglalóan megállapítható tehát, hogy az identitás a diskurzusban dinamikusan megképződő és formálódó jelenség, amelyet nem lehet csupán egyetlen kiragadott nyelvi szint (pl. a fonetikai sajátosságok, a kódválasztás vagy az ideológiák) figyelembevételével elemezni: az identitáskonstruálási folyamatok csupán a különböző nyelvi jelenségek együttes értelmezése révén tárhatók fel érvényes módon. Bucholtz és Hall (2005) felfogása szerint a nyelvi interakciókra, illetve az interakciós jelenségekre való fókuszálás azért lényeges, mert ezek az interakciók jelentik a társas jelentések forrását. Az identitáskonstruálást ugyanakkor abban az esetben a legkönnyebb felismerni, amikor nem alkalmazkodik a társas jelentésekhez. Ezt támasztja alá, hogy egyes nyelvészeti antropológiai kutatások (pl. Rampton 2002) rámutatnak arra, hogy a társas jelentést is alakító csoportidentitások és az egyéni identitás között kereszteződés és átjárás („crossing”) jöhet létre, amely a különböző nyelvhasználati színterekkel is összefüggésbe hozható, valamint azt is kimutatták, hogy ezek a kapcsolatok akkor fedezhetőek fel, amikor a beszélő a csoportidentitás kifejezésére egy, a saját szokásos nyelvhasználati módjától eltérő („idegen”) nyelvhasználati mód (pl. valamely sajátos nyelvváltozat) jellemző kifejezőmódjait veszi alkalmazásba. Mindezt azért érdemes megjegyezni, mert nem csupán a beszélő saját szokásos nyelvhasználati módjainak megnyilvánulásakor, hanem az ettől való eltérés – adott esetben a kódváltás – során is identitáskonstruálási folyamatok mennek végbe.

Az empirikus vizsgálat során (4–5. alpont) a stílus fogalmát a nyelvi elemek kiválasztásaként és a kiválasztott eszközök elrendezésének módjaként értelmezem. A bemutatott interjúrészletek rávilágítanak arra, hogy az identitáskonstruálás folyamata befolyásolja a stílust alakító bizonyos tényezők, a stílusérték és a stílushatás¹¹ megjelenését a beszédhelyzetben.

3.2. Identitáskonstrukció traumatörténetekben

¹¹ A stílusérték az adott egység stilisztikai jelentésére, a stílushatás a stílusértékkel bíró megnyilatkozás hallgatóra gyakorolt hatására vonatkozik. Barbara Sandig mutat rá arra, hogy a stílus és alakító elemei viszonyfoglalomként is megadhatók, vagyis a stílusérték és stílushatás „a megnyilatkozás (szituációbeli) jelentése és a résztvevő befogadók által értékelt szituáció, valamint az ebben lehetséges cselekvések közötti viszonyból ismerhetők fel” (Sandig 1995: 326).

A traumatörténetekben megmutatkozó identitáskonstrukció sajátosságainak bemutatásához két kulcsfogalom, a narratíva és az ágencia értelmezésére van szükség.

A tanulmány előző, 3.1. alpontjában kifejtettem, hogy az identitás interakciók során jön létre. Az interakcióként értelmezhető diskurzusok esetében a megnyilatkozó nyelvi eszközök alkalmazásba vételével különböző strukturális egységeket alkot, például történetet beszél el. Az általam vizsgált interjúkban megjelenő történetelbeszéléseket Genette terminológiáját követve¹² narratíváknak nevezem. A narratívák megközelíthetők a narratív identitás, illetve a narratív perspektíva felől is.

A narratív identitással kapcsolatban Ricoeur a következőképpen fogalmaz: „azt a narratív identitást, amely bennünket alkot, nem kívülről magunkra erőltetni, hanem felfedezni igyekszünk” (idézi Tengelyi 1998: 1). Kaló Zsuzsa (2012) pedig az élettörténeti narrativitás fogalmával összefüggésben megállapítja, hogy a) az elbeszélő nemcsak történetmesélő, hanem egyúttal a történet főszereplője is, akinek célja az integrálás (vagyis az egyén életének egyszerre szinkrón és diakrón szempontú értelmezése), valamint hogy b) az elbeszélői perspektívát befolyásolja többek között az idő, a kultúra, illetve a fizikai, érzelmi és szellemi állapot. Tengelyi (1998) további két fontos tételre hívja fel a figyelmet: „a személyes azonosságunk – önazonosságunk – élettörténetünkkel egységben áll, és az élettörténetünk egysége ugyanolyan jellegű, mint az elbeszélő történetek egysége” (idézi Kaló 2012: 20).

Az ágencia (valamint ehhez kapcsolódóan a páciencia) fogalma a jelen tanulmányban az elbeszélő történetek alanyához kapcsolódik, és annak szövegbeli megjelenési módjaira (illetve megjelenésének hiányára) vonatkozik. Az ágencia a pszichológiában a tudatos cselekvés képességére utal; az ágens olyan személy, aki cselekedeteket hajt végre vagy cselekvéseket kezdeményez, míg a páciens mások cselekedeteinek vagy valamely folyamatoknak a passzív elszenvetője (Berán–Unoka 2016). Az ágencia, illetve a páciencia a narratív perspektíva intencionalitás-aspektusának is fontos kérdése. Berán és Unoka (2016) több ágenstípust különít el egymástól. Értelmezésük szerint amikor az elbeszélő a cselekvés vagy történet végrehajtójaként vagy elindítójaként jeleníti meg önmagát, **szelfágenciáról** beszélhetünk, míg a **szelfpáciencia** esetében egy esemény vagy folyamat az illető szándékai ellenére következik be, és ennek okaként/okozójaként a szóban forgó személy egy folyamatot, élettelen tárgyat vagy véletlen eseményt jelöl meg. Ebben a két esetben a narrátor egybeesik az ágens/pácienssel. Erre az analógiára épül a **más élő személy ágencia-páciencia** és az **élettelen tárgy vagy folyamat ágencia-páciencia**, ugyanakkor itt nem áll fenn a narrátor ágens/pácienssel való azonossága. Létezik olyan eset is, amikor egy adott mondatban sem ágens, sem páciens nem jelenik meg. Az ágencia és a páciencia típusait ez esetben azért érdemes ilyen részletességgel rögzíteni, mert – ahogyan arra a későbbiekben ismertetett elemzések is rámutatnak – az amputált személyek történetelbeszéléseiben rendkívül feltűnően és sokszínűen mutatkoznak meg a különböző ágenciatípusok. Az elbeszélő narratívákban az elbeszélők nagyrészt a valós fizikai lehetőségeikhez képest lényegesen aktívabb szereplőkként mutatkoztak meg, míg az amputáció okát egyöntetűen valamely más személynek vagy folyamatnak tulajdonították. A vizsgált narratívákban azonban az ágenciatípusok keveredése volt a leggyakoribb.

¹² Genette narratívának nevezi az elbeszélő elbeszéléshez fűződő viszonyát, narrációnak pedig magát „az alkotó elbeszélő eljárást” (Genette 1970, I. Thomka 1996: 61–62).

A traumanarratívákban létrejövő ágens mértékét Békés Vera A. (2008) az énreferencia reprezentációjának változásaiban vizsgálta holokauszt-túlélők történeteinek keresztül, és – a már említett John G. Allen (2005) PTSD-elméletéhez hasonlóan – az idő múlásával hozta összefüggésbe: „A trauma hatására az elbeszélő a cselekvések recipienseként, elszenvedőjeként jelenik meg, majd az eseményektől távolodva egyre inkább ágensként szerepel; a traumatikus eseménytől távolodva a főszereplő egyre inkább központi szerepet kap és másoktól elkülönült, független, individuális cselekvőként jelenik meg” (Békés 2008: 174).

4. Amputáltak nyelvi identitáskonstrukcióinak empirikus vizsgálata

Az identitáskonstruálás és a trauma viszonyát öt amputált személlyel készített interjú segítségével vizsgálom. A következőkben ismertetem az adatgyűjtés körülményeit, módját és nehézségeit, az adatok kezelésére vonatkozó információkat, az adatközlő személyek jellemzőit és az adatok lejegyzése során alkalmazott jelöléseket. Ezután térek ki az interjúszövegek részletes, formai és tartalmi szempontok szerinti elemzésére.

4.1. A terepmunka körülményei, módja és nehézségei

Az adatfelvétel 2019. augusztus 29. és 2019. november 5. között zajlott, összesen öt ülésben. (Egy személy esetében, közvetlenül az interjú kezdete után a család látogatása megszakította a beszélgetést, amely azonban nem zárult le, sőt: a látogatók maguk szerettek volna a kérdezett helyett válaszolni, ezáltal irányítva a válaszadást. A hozzátartozók a hangfelvétel készítésébe is beleegyeztek, az így kialakult beszélgetés azonban merőben eltérő szituációt eredményezett a másik négy interjúhoz képest. Ezért ezt a felvételt csupán referenciaként használtam az elemzés során, illetve a rá való hivatkozáskor külön [AX]¹³ jelölést kapott.)

A beszélgetéseket saját telefonom ún. hangjegyzetek-alkalmazásával rögzítettem, a telefont minden esetben jól látható, szabad helyre helyeztem el a felvétel alatt, de ez senki számára nem volt zavaró, és az interjúalanyok láthatóan egyáltalán nem érezték feszélyezve magukat a „mikrofon” miatt. A beszélgetésbe való belefeledkezést az adatok mennyisége is mutatja: a legrövidebb interjú 28 perc, a leghosszabb 1 óra 10 perc volt, az összes felvétel együttesen pedig 3 óra 46 percnyi, illetve 102,1 Mb-nyi audioanyagot eredményezett. A felvételek négy szemkört zajlottak, az interjúk helyszíne hol a betegszoba, hol a folyosó, társalgó, illetve az udvar volt.

Az interjúkérdések az 1. számú mellékletben olvashatók. A melléklet A), illetve B) részre oszlik. Az A) változatban látható kérdéssort a jelen tanulmányban ismertetett kutatást megelőző próbainterjúkhoz állítottam össze – ennek eredményeit egy korábbi dolgozatomban ismertettem –, amelyet egy balesetet szenvedett férfival folytattam. A kórházban ugyanakkor szembesültem azzal a ténnyel, hogy az ott tartózkodók a legtöbbször nem baleset miatt, hanem vaszkuláris megbetegedés következtében esnek át amputáción, ezért módosítottam az eredeti interjútervezetet. Az újabb változatot az 1. sz. melléklet B) variációja mutatja. Ez utóbbi abban is különbözik első változatától, hogy indirektebb módon közelíti meg az egyes témákat

¹³ Az adatközlőkre vonatkozó jelöléseket a 4.4. alpont tartalmazza.

arra törekedve, hogy a lehető legkevésbé befolyásolja az interjúalanyok interpretációit és nyelvhasználati sajátosságait (pl. *A Hogyan történt a baleset?* kérdés helyett ebben a változatban a *Mesélje el, mi történt Önnel!* kérdés vezeti be a társalgást).

A téma érzékenysége adott esetben megkívánja, hogy a kérdező és a kérdezett között olyan viszony jöjjön létre, amely lehetővé teszi, hogy az adatközlő biztonságban érezze magát, és őszintén tudjon megnyilvánulni. Mivel elfogadó atmoszféra elsősorban akkor tud kialakulni, ha a dialógusban két egyenrangúnak tekintett fél vesz részt, nem ragaszkodtam a kérdések sorrendjéhez és az előzetesen kialakított formai kritériumok követéséhez, csupán a beszélgetés irányát szabtam meg. Két esetben előfordult, hogy az érzelmek olyan mértékben eluralkodtak a beszélőn, hogy pár perc szünetre volt szükség a folytatáshoz, de félbehagyni egyetlen interjút sem kellett.

Kutatásom az élettörténet-interjúk egy speciális esetét valósította meg, hiszen az élettörténetmesélés során az életút tipikusan „monologikus” formában konstruálódik meg; a kérdező elsődleges szerepe paradox módon a hallgatás, illetve csak az elbeszélés végén szólal meg érdemben (Heltai–Tarjányi 1999). Az itt elemzett amputációs narratívák ezzel szemben az életút egy konkrét szakaszára koncentrálnak, ezért – a téma minél árnyaltabb körülményeiben – jellemzőbb volt a dialogikus forma.

4.2. A korpusz kezelésére vonatkozó információk

A terepmunka eredményeképpen létrejött egy interjúkból álló szövegtörzs. Az azonosíthatóság megakadályozása érdekében a felhasznált szövegrészek lejegyzése során a személyes adatokat (személyneveket, helyneveket, dátumokat) töröltem, illetőleg a személyneveket álnévvel helyettesítettem. Az interjúalanyok anonimitásának megőrzése érdekében az egyes beszélőket a kezdetektől betű-szám kódokkal különböztettem meg (AK = adatközlő; AK1, AK2, AK3, AK4, AK5). Olyan információ, amely a beteg személyazonosságát felfedhetné, nem került, illetve a jövőben sem kerül harmadik fél birtokába. Minden beteg beleegyezett a hangfelvétel készítésébe és annak tudományos célú elemzésébe, valamint az eredmények publikálásába. Ennek tudomásulvételét a kórház által szövegezett dokumentum is rögzítette, melyet az érintett személyek aláírásukkal két példányban hitelesítettek. Mindezeket túl megismertem és betartottam a Belmont Report¹⁴ és az APA¹⁵ vonatkozó kutatásetikai elveit: a kutatásban való részvétel önkéntes és bármikor félbehagyható volt, és kiemelt figyelmet fordítottam arra, hogy a különösen „sérülékeny” (vulnerable) csoport tagjai iránti tisztelet megvalósuljon, elismerve a résztvevő személyek autonómiáját és cselekvésük szabadságát a kutatást illetően.

4.3. Az adatközlők

Az interjúalanyok kiválasztását a betegek egészségügyi állapotának figyelembevételével a főorvos vagy a főnővér végezte az általam megadott olyan paraméterek alapján, mint a trauma típusa (végtagamputáció) és a műtét óta eltelt idő. (Feltétel volt, hogy az első amputáció és az interjú között legalább egy év teljen el; ennek oka a pszichés érintettség volt. Ahogy később

¹⁴ https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

¹⁵ <https://www.apa.org/ethics/code>

is jelzem, a frissen amputált interjúalanyom a második ilyen műtétjén volt túl a beszélgetés idején.) A hangfelvételt megelőzően minden esetben a kórház egy szakembere tájékoztatta a beteget a személyemről, a beszélgetésre pedig a beteg és nővér közös beleegyezése után került sor. Az adatfelvétel nehézségei közé tartozott a betegek fluktuációja – egyrészt a rehabilitációs intézmények közötti átjárások, másrészt a különböző kezelések időtartama miatt –, illetve az interjúk rögzítésének időzítése, ugyanis előfordult, hogy a délelőtti terápiák után jelentkező fáradtság nem tette lehetővé a beszélgetést. Mindezek ellenére mindössze egy beteg tagadta meg a válaszadást.

Az öt kiválasztott interjúalany mindegyike 50 év feletti férfi volt, három személyt érederetű, egyet fertőzés miatt fellépő egészségügyi probléma miatt amputáltak (különböző mértékben, egy vagy két lábon), míg egy személy üzemi baleset következtében szerzett sérülést, majd veszítette el fél karját. Az amputáció bekövetkeztének időpontját nem határoztam meg előzetesen, így előfordult harminc évvel, illetve két héttel az interjú előtt végzett műtét is (az utóbbi, „frissen” végzett műtét azonban nem az első amputáció volt). Minden esetben legalább két év telt el az első műtéti beavatkozás óta. Meglátásom szerint a műtétektől való különböző időbeli távolság nem befolyásolta a kutatás eredményét.

Az adatközlők családi állapota a következőképpen alakult: hárman családban éltek, egy személy elváltként, egy pedig egyedülállóként definiálta magát. Végzettségéről három személy számolt be: egyikük szakképesítést szerzett, a másik interjúalany főiskolát, ami mellett elmondása szerint tizenhét szakmát tanult ki, a harmadik pedig elektronikai műszerész volt. Ez a téma két adatközlő esetében nem került említésre.

Összességében az életkort, a nemet, a nyelvi-kulturális hátteret és a trauma jellegét tekintve az adatközlők homogén csoportot alkottak. Emellett természetesen lehetnek olyan további változók, amelyek hatással voltak az identitáskonstruálás módjára, azonban ezek vizsgálata nem tartozik a jelen kutatás céljai közé.

4.4. Az adatfeldolgozás folyamata: a lejegyzésben használt jelölések

Az interjúk feldolgozása során idézett audioanyagok a Budapesti Szociolingvisztikai Interjú (BUSZI) rendszerében kerültek átírára (l. Váradí 1998).¹⁶ Az általánosan alkalmazott jelölések mellett az egyedi, markáns jelenségekre (pl. ejtismódra, szóhasználatra, rövidítésekre) fókuszáltam. A T a terepmunkást, az AK és szám kombinációja pedig az adatközlőt jelöli. A szövegrészletekben használt jelölések a következők:

- = szünet
- * * = párhuzamos beszéd
- <t> = hangzókiesés
- <ttt> = hangzónyúlás
- <=> = magyarázat
- ö = rövid hezitáció
- ööö = hosszú hezitáció

¹⁶ <http://www.nytud.hu/buszi/wp3/node8.html#SECTION00800000000000000000>

<0> = hiány

*Z = érthetetlen szövegrész

T = terepmunkás

AK1 = 1-es számú adatközlő

AK1* = korábban, a próbainterjú során nyilatkozott 1-es számú adatközlő

AX = nem elsődleges adatközlő¹⁷

5. Az interjúk elemzése

5.1. Az interjúk nyelvi jellemzői

A korábban végzett próbainterjúkkal ellentétben az öt felvett interjúban megjelenő narratívákra nem volt jellemző a kidolgozottság. Az elbeszélők nem törekedtek arra, hogy alkalmazkodjanak az interjúhelyzet formai konvencióihoz, ugyanakkor – a diskurzusoknak az érzelmileg felkavaró témákat érintő részeit kivéve – általában higgadtan válaszoltak. Két téma esetében, az amputációval és a rehabilitációval kapcsolatban volt feltűnő a szóhasználatukban megmutató szakkifejezések használata, keresése, például: „...este az egyik orvos, aki benne vót ebbe a műtéti *team*-be...” (AK3), illetve a pontos megfogalmazás is e téren ütközött nehézségbe, például: „... [amikor a] csonkra a lábat csinálták, a *lábcsinálókészítő* az már megmondta...” (AK1). Hasonlatok, metaforák¹⁸ és más szóképek a leggyakrabban a halálra vonatkozóan kerültek elő, például: „különben kampec lett volna szerintem” (AK5); „reggel 6-kor már tepsibe hoztak volna ki a kórteremből, ha nem írom alá” (AK3); „vagy vízszintesen megyek a temetőbe” (AK5), de a tehetetlenség kapcsán is felmerültek: „hiába akarok a nyúl után futni, még a döglött nyulat se érem utol, nemhogy a rendes nyulat” (AK3). Továbbá előfordult olyan példa is, amikor az illető metaforikusan értelmezte a letargia és az abból való kikerülés kapcsolatát: „...egyszerűen nem tudták, hogy hoznak ki abból a *letargiából*, amibe én vótam. És *fölhoztak* belőle” (AK3).

Az események a konkrét időpontok mentén strukturálódtak, az amputáció idejét napra – és akár órára – pontosan meghatározták (pl. a harminc évvel ezelőtti üzemi balesetre így emlékezett vissza az illető: „hétfői nap volt... május 28., este 6 óra” (AK4)), a rehabilitációs szakaszokat hónapról hónapra részletezték. Az elbeszélésekben azonban nem állt össze egységes, kidolgozott narratíva, ugyanis rendkívül sűrűn követték egymást a perspektívaváltások, ebben az elbeszélők számára is az események időhöz kötött lehorgonyozása nyújtott biztos pontot. Ennek oka, hogy az élettörténeti események felelevenítése „komoly identitás- és emlékezetmunka”, amelyben az elakadások, keresések, bizonytalanságok arra szolgálnak, hogy

¹⁷ A vizsgálati személy egy hozzátartozója, aki szintén beleegyezett az audiofelvétel készítésébe és a kérdések megválaszolásába. Az elemzés során a külső nézőpontú elbeszélői szerep miatt vált fontossá hivatkozni rá.

¹⁸ Metafora alatt azt a mindennapi nyelvhasználatban központi szerepet betöltő nyelvi kifejezést értem, ahol két fogalmi tartomány között ontológiai megfelelés jön létre (Szabó 2012). Jelen tanulmány szempontjából fontos hozzáfűzni, hogy a metafora kognitív pszichológiai szempontból is értelmezhető (l. pl. Gibbs (1990), idézi Szabó (2012: 24)), ugyanis a metaforikus képek „mögöttes üzenetet hordoznak, nem értelmezhetők szó szerint”, megértésük (felfejtésük) a terápia során „a róluk való beszéd formájában történik” (Szabó 2012: 6).

„az elbeszélő a felidézett vagy felidőzésre váró eseményekhez való viszonyát kialakítsa” (Kovács 2007: 275).

- (1) AK3: „Megcsinálták, ez is érdekes volt, mer ezt, én most nagyon kifogtam, mert mikor vót a [X-nap, hónap nap]-én, ezt harmadikán csinálták, hatodikán visszajöttem, szerdai nap vót a harmadika, hatodikán visszahoztak, következő héten megcsinálták ezt a formát, és már levették a mintát, két... tehát rá két hét múlva, mütét után két héttel már ebbe beleálltam.”
- (2) AK1: „És akkor megfogta a táskát, ami vót, a nagytáskát itt hagytuk, ja, egy másik táskát, nejlonszatyrot vittünk haza, koszos fehérnemű, meg mittudomén, hazavittük, kimosta, aztán hétfőn vagy kedden hoztam vissza. Szerdán hoztam vissza.”

A perspektíva- és ágenciaváltások a fent említett példákban is jól látszódnak, működésük megértése azonban további magyarázatot kíván. Az alábbi, 5.2. alpontban a narratív perspektívát és annak négy aspektusát mutatom be.

5.2. A narratív perspektíva

A következőkben az interjúkban megfigyelt narratív mintázatokat a Berán és Unoka (2016) által meghatározott narratív perspektíva négy aspektusával kívánom jellemezni. A négy szempont segítségével bemutatható, hogy milyen stratégiák jelennek meg a narráció létrehozásakor. Az interjúk narratív perspektívái egyszerre több aspektussal is operálhattak, egy megszólalóra nem csak egy nézőpont volt vonatkozatható. Az öt interjún egyenként végeztem el az aspektusok elemzését, majd azokat a példákat választottam ki, amelyek a leginkább reprezentálják az adott perspektívatípust.

A narratív perspektíva „az a szemszög, ahonnan a szereplő látja és láttatja a történet eseményeit, szereplőit” (Berán–Unoka 2016: 15), vagyis ahol a nyelvi identitáskonstruálás megvalósul. A perspektíva vizsgálatához Berán Eszter és Unoka Zsolt olyan diszkurzív nyelvi modellt alakított ki, amely négy aspektusból világítja meg a narratív struktúrák létrejöttét. A négy aspektus és a hozzájuk tartozó konkrét példák alapján – az eltérő kutatási paradigmák ellenére¹⁹ – jól látható a narratív perspektíva lényege: 1) a narrátor pozíciójának meghatározása és változása, valamint 2) a narrátor és az általa meghatározott személyek, illetve tárgyak viszonya. Mindez az identitáskonstruálás interakciókban történő, gyakorlati megvalósulásába enged betekintést. A vizsgált példák alapján elmondható, hogy a különböző aspektusokból megvilágított narrációkra a bizonytalanság, az elbeszélések spontán kidolgozása és rögzíthetősége jellemző, amely az identitás állandó változásával áll összefüggésben.

5.2.1. A fizikai aspektus

¹⁹ A narratív perspektívát vizsgálták a narratológia területén (Genette 1970), kognitív megközelítésben (Ericsson-Kintsch 1995) és pszichológiai szempontból (László 2005) is.

A fizikai aspektust az igeidő (múlt, jelen, jövő) és a deixis (nincs, közelítő, távolító, vegyes) fejezi ki, és a szubjektív időélmény leírására szolgál. A fizikai aspektus a narrátor perspektíváját konkrét időben és térben jelöli ki, és így mutatja meg a narrátor jelenlegi (az elbeszélés idejében állított) pozíciójának a diskurzushoz fűződő viszonyát.

- (3) AK3: „Megmondom őszintén, hogy nem tudom megmondani, hogy mi volt erősebb bennem akkor abba a pillanatba, amikor én az amputációs papírt aláírtam. Hogy élni akarok, tehát, vagy fölrugom a bakancsot, vagy még szüksége van rám a családnak. Ez a két gondolat ez egyszerre jött. Tehát ő minthogyha ugyanabba a pillanatba egy villanással jött volna a két gondolat. (...) Elvittek, olyan volt az egész, hogy (...) így átértem a lábamat, este hatkor, a jobbat, este tízkor már nem.”

Az idézett szövegben az elbeszélő a jelen perspektívájából pillanatok sorozataként idézi föl az eseménysort, amelyek a történet valós idejéhez szubjektív módon viszonyulnak: a papír aláírásakor átfutó gondolat és a műtét négy órája a visszatekintés során szinte ugyanolyan hosszúnak és ezáltal ugyanakkora jelentőségűnek tűnik. A „*megmondom őszintén, hogy nem tudom megmondani, hogy mi volt bennem erősebb akkor...*” szövegrész arra utal, hogy az elbeszélő az idő elteltével sem tisztázta a történet tárgyához fűződő ambivalens viszonyát. A mondat folytatásából derül ki az ambivalens viszonyt kiváltó értékválasztási dilemma: „*vagy fölrugom a bakancsot, vagy még szüksége van rám a családnak*” – amely dilemma azonban a jelen perspektívájából sem feloldható, hiába sugallja ezt az *akkor* határozószó. Az, hogy az elbeszélőnek a papír aláírásával választania kellett élet és halál között, olyan terhet jelent, amely az idő elteltével sem oldja fel a döntéshelyzet problematikus voltát.

A deixis egy adott megnyilatkozás létrejöttének körülményeire utal, és például helyhatározó, időhatározó, névmás, határozószó jelölheti. Ha egy deiktikus elemeket tartalmazó diskurzusrész különböző változókkal operál (pl. a közelítő és távolító névmások együttesen jelennek meg a szövegben), az „zavart vagy ambivalens viszonyulást fejez ki a történet tárgyai, szereplői, eseményei iránt” (Berán–Unoka 2016: 88). Ezt a jelenséget a következő, (4) példa előtt, a lehorgonyzás fogalmának bevonásával értelmezem, ugyanis a deixis „szorosán összefügg az episztemikus lehorgonyzás műveletével” (Tátrai 2013: 200). A lehorgonyzás a referenciális jelenet (a megnyilatkozó a „valóság egy darabját” hozzáférhetővé teszi a beszédpartner számára) és a diskurzus alapja (ground) között áll fenn. A deixist a prototipikus deiktikus kifejezések (pl. *én, te, itt, ott*) mellett kifejezhetik olyan nyelvi elemek is, amelyek a főnevek és igék lehorgonyzását szolgálják (ilyen lehet a főnevek esetében a határozottság vagy a határozatlanság, az igék esetében az idő és a mód jelölése), és amelyek – a prototipikus deiktikus kifejezésekkel egyetemben – szintén a referenciapontok kijelölését teszik lehetővé a diskurzus résztvevői számára. A referenciapontok kijelölése pedig a közös valóságtapasztalat vonatkozásában a közös figyelem irányításához járul hozzá. Tátrai Szilárd (2013) mindehhez hozzáfűzi, hogy a harmadik személyű névmások (*ő, ők*) és a dologra mutató névmások (*ez, ezek, az, azok*) azonban nem tartoznak a prototipikus deixis kategóriájába, mert „csak a beszédeseményen kívül eső szubjektumo(ka)t jelölnek” (Tátrai 2013: 201), ami azt valószínűsíti, hogy

bizonyos esetekben a deiktikus kifejezések keveredése a közös tudás létrehozását nehezíti meg. A fentebb említett ambivalens viszonyulás akkor jön létre a diskurzusban, ha a beszélő és a beszéd tárgya közötti viszony nem tisztázott, ugyanis „a nyelvi kommunikációt az embernek az az igénye és [...] szükséglete működteti, hogy megértsen másokat és általában az őt körülvevő világot, ezen keresztül jobban megértse önmagát, és megértesse önmagát másokkal” (Kugler 2015: 16).

- (4) AK1: „...mosmeg nem csinálnak rá lábat, mer ez már annyira gyöngé. ■ Mer novemberbe, tavaly novemberbe *innen*, lágyéktúl idáig kivettek egy eret, *azt* pótoták, *azzal* mosmár rendbe vagyok, de van még egy ér, ami el van dugulva, *azt* is ki köllene venni, de *ide* köllene bemenni (...), a (...) orvoshoz, és *akkor az*, *azok* kúdenének föl *oda* a (...) -ba, hogy kivegyék. Hát én meg *ide* (...) -ra nem...”

A (4) példában az elbeszélő úgy tekint a hallgatóra, mint aki tisztában van a mutató névmások alatt értett helyszínek és kapcsolatok jelentésével és súlyával. Az elvárás által azonban nem, vagy csak nehezen jön létre a közös konceptuális tér. Emellett a vegyes deixissel való operálás révén a beszélő maga is háttérbe szorul az eseményekkel szemben, ami azt az érzetet keltheti, hogy elszenvédője, nem pedig kompetens cselekvője az általa bemutatott szituációnak. Mindez valószínűsíthető egy olyan beszédhelyzetben, amikor a beszélő alig, a hallgató pedig egyáltalán nem ismerője az orvosi (vagy kórházi) tudáskeretnek.

5.2.2. A szubjektivitás aspektusa

A szubjektivitás aspektusát a számra és személyre utaló igei személyrag, valamint – Genette (1980) terminológiáját követve – a diegézis (homo-, hetero-, illetve pszeudodiegetikus narráció) fejezi ki. Ez az aspektus azt mutatja meg, hogy az elbeszélő miként viszonyul a narratívához: szereplője-e a történetnek (homodiegézis) vagy külső szemlélője (heterodiegézis), vagy egy másik szereplő hangján szólal meg az eredeti narrációhoz képest (pszeudodiegézis); valamint hogy egyedül van-e jelen az eseményben (egyes szám) vagy többedmagával (többes szám), résztvevője-e az eseményeknek (első személy) vagy külső szemlélője (harmadik személy), illetve a narrátor a hallgatóság felé vagy róluk beszél (második személy), de mindkét esetben közös térben konceptualizálja a megjelenített karaktereket. Emellett a narratív perspektíva kifejezhet általános alanyt is, és ezzel együtt állhat egyes vagy többes számú harmadik személyű igei forma, illetve főnévi igenév is a grammatikai szerkezetben. Az általános alany azonban nem fokalizált, tehát nem fejez ki szubjektív viszonyt az elbeszélés eseményeivel és szereplőivel kapcsolatban.

- (5) AK1: „...az <=protéziskészítő> már megmondta, hogy a csonkkal van a probléma, nem a lábbal. Mer az, annak aszongya valami problémája van. Nem tudja, hogy mi, de valami problémája van. Mondtuk az orvoshoz, leintette, az hülye az az orvos, az a manusz, az a lábához ért, aszongya, én meg a vágáshoz. Tizenhárom évig elhúzták, tizennegyedik évbe felmentem hozzá, ránézett, az ajtón

mentem be, ott ült a széken, rám nézett, azt mondta, ójaj, rögtön, térd fölött...”

Az idézett szövegben több nézőpontváltás figyelhető meg. A heterodiegetikusról („Nem tudja, hogy mi, de valami problémája van”) pszeudodiegetikus pozícióra való áttérés („...aszongya, én meg a vágáshoz”; „azt mondja, ójaj, rögtön, térd fölött...”) a hallgató intenzívebb bevonódását eredményezheti, és lehetőséget teremt az idézett személlyel való azonosulásra (Sotirova 2006 és sokan mások, idézi Berán–Unoka 2016), amelynek célja például a nézőpont elfogadtatása akár a hallgatóval, akár az elbeszélővel. Az orvos protéziskészítőre tett megjegyzéseinek (*hülye* és *manusz*) felelevenítése pedig tovább erősíti, hogy az elbeszélő a műtétet végző orvos nézőpontját szeretné inkább magáévá tenni. Mindazonáltal, hogy a narrátor nem láttatja világosan a két szakemberhez fűződő viszonyát, olyan páciens szerepében tűnik fel, aki ki van szolgáltatva az ellentétes szakmai véleményeknek. Emellett előfordul, hogy egy mondaton belül váltakoznak az ágensek: *elhúzták* (T/3), *felmentem* (E/1), *ránézett* (E/3), *mentem be* (E/1), *ült* (E/3) stb. A sűrű váltakozások szintén az elbeszélői pozíció rögzítettségére utalnak.

A perspektíva-váltás azonban nemcsak a nézőpont elfogadtatását vagy a hallgató bevonását szolgálhatja, hanem a távolítást is beszélő és a hallgató, illetve az elbeszélő és az elbeszélés tárgya között, lásd pl. (16): „Csak megkérdik, hogy mi van, mi történt a lábaddal? Biztos szar lehet így mászkálni (...)” (AK1).

5.2.3. Az intencionalitás aspektusa

Ez az aspektus három változó segítségével írható le. Egyrészt megmutatja, hogy a narrátor mennyire enged betekintést a saját és az elbeszélő szereplők belső világába – amennyiben igen, internális, amennyiben nem, externális fokalizációról beszélhetünk.

(6) AK3: „Most már el tudom képzelni, hogy beteg gyereke van valakinek. Nem az, hogy átérzem, csak átlátom. A két dolog nagyon különböző, és az az igazság, hogy ilyen szempontból megpróbálok valahogy kívül helyezkedni a saját betegségemen is.

T: És ezt hogy tudja elérni?

AK3: Ezt úgy mondanám, hogy ő tudom, hogy beteg vagyok (...)”

Az idézett szöveg több szempontból, a távolítás, a párhuzam és az azonosítás révén, az intencionalitás aspektusán keresztül világítja meg a diskurzusban képződő és formálódó identitás alakulását. Az első kiemelni kívánt jelenség a távolítás mozzanata, adott esetben az *átérzem* és *átlátom* kifejezések viszonya. Az elbeszélő a diskurzus ezen egységében elhatárolja magát az érzelmi átéléstől, és objektív módon igyekszik feldolgozni, milyen egy beteg gyerek szülőjének lenni. A távolítás aktusa a szöveg szintjén is megjelenik: az elbeszélő a fogalmazás során saját magát „kívülre” pozicionálja a szülő és a beteg gyerek relációjához képest. A „megpróbálok valahogy kívül helyezkedni a saját betegségemen is” szövegrész másik fontos eleme emellett az *is* módosítószó. A beszélő nemcsak a már említett relációtól távolodik el, hanem egyúttal saját állapotától is, ezáltal pedig párhuzam jön létre a két mozzanat között. A harmadik

kiemelt jelenség a párhuzamhoz is kapcsolódó azonosítás eseménye: a beszélő arra irányítja a figyelmet, hogy a két betegségállapot – a beteg gyerek és az amputált férfi – egyazon skálán helyezkedhet el, ha mindkét körülményt kívülről szemléljük. Minthogy a férfi *tudja*, milyen betegnek lenni, azt is *el tudja képzelni*, milyen, ha valakinek beteg gyereke van. A gyerek és férfi között vont párhuzam egyrészt egy degradációt jelöl, ezáltal pedig a férfi a gyerek szintjével azonosul, másrészt azt sugallja – még ha ez nincs is explicit formában kimondva –, hogy mindkét státusz terhet jelenthet a környezet számára (egy beteg gyerek ápolása mindig áldozatot kíván a család részéről, a férfi pedig úgy érzi, ismerős számára ez a helyzet).

Az intencionalitás másik két szempontja a már említett ágencia és a páciencia (3.2. alpont), vagyis a cselekvőképesség mértéke. Fontos megjegyezni, hogy nemcsak cselekvő személy szerepelhet ágensként a megnyilatkozásban, hanem bármely olyan fogalom is, amely képes az ok (cause) létrehozására a diskurzus egyes egységeiben, és a két fogalom nem értelmezhető egymás feltételeként: az ágens nem szükségszerűen kívánja meg a páciens jelenlétét és fordítva.

A következő, (7) idézet megszólalója többször bizonygatta kitartását és akaraterejének nagyságát, számtalan mondatában hangzott el az *én* mint önreferencia, ám az interjú során többször visszakérdezett, hogy valóban rá vonatkozik-e a kérdés, ezzel megszüntetve az általa megfogalmazott határozottságot, mintegy megkérdőjelezve a cselekvések feletti irányítást és a szelfbe vetett hitet. A megszólaló személy identitása az interakcióban ambivalens módon képződik meg: a propozicionális attitűd szemben áll azzal, amit valójában a hallgató tudomására hoz.

(7) AK3: „Mondjuk *én* is kellettem hozzá, ha *én* nem hagyom, akkor messze nem áll össze a dolog, de nekem ezt mondták, igaz, nem igaz, ő véleményük, hogy nagyon kevés ember tud ilyen gyorsan fölállni, mint *én* (...).

T: És honnan meríti az akaraterejét?

AK3: Én?

T: Mi az, ami motiválja?

AK3: Engem?”

5.2.4. A diskurzusszint aspektusa

A negyedik, egyben utolsó szempont az emlékezet szerveződéséhez köthető: „általánosságban beszél a narrátor (narrátorszint), konkrét epizódokat mesél el (karakterszint), vagy az itt és most zajló érzelmi állapotokra reflektál?” (Berán–Unoka 2016: 95). Az élettörténet-elbeszélések narrátorszintjén az általános önéletrajzi emlékek felelevenítése nem konkrét és egyszeri epizódhoz kapcsolódik, hanem az egyén hosszabb időperióduson át jellemző viselkedéselemeiből összeállított tudást hívja elő. Az ilyen jellegű narratívákban gyakoriak az általánosítást szolgáló főnévi igenevek (pl. *megsérteni*, *viszonyulni*, *elkerülni*, *megadni*, *kitérni*, *megbántani*), ugyanakkor az elbeszélő az alábbi, (8) szövegrészletben ágensként jelenik meg, aki határozottan képes fellépni az értékrend megfogalmazása során.

(8) AK3: „Én nem szeretnék senkit úgy megsérteni, hogy na hát öö... úgy gondoljon rám, hogy na hát ez a tuskó paraszt mit képzel magáról. Nem, én, amíg lehet,

addig megpróbálok úgy viszonyulni. Persze, ha én kapok valami olyat, ami nem áll össze, akkor egyértelmű, hogy válaszolok rá, de ezt viszont szeretem elkerülni, azt, hogy lehetőleg én kapjak előbb. Megadni a másiknak a tiszteletet, ha olyan, akkor kitérni az útból, hogy elférjen, de úgymond lenézni, vagy megbántani, az nálam nem megy.”

A narrátor karakterszinten való megnyilvánulására az érzelmi átélést hangsúlyozó kifejezések, a nagyobb szöveg- és tartalmi kohézió, valamint az epizód rövidebb időbeli kiterjedése jellemző (Berán–Unoka 2016). Az epizód jól körülhatárolható elemei szembeállíthatóak a narrátorszint nagyobb ívű egységeivel.

A (9) példában az elbeszélő számára fontos téma érintésekor a mondatalkotási struktúra is megváltozott, az esemény gördülékeny módon bontakozott ki, nem volt példa megakadásra vagy félbehagyásra. Az elbeszélő a párbeszéd mindkét szereplőjét megjelenítette, egyszersmind felül is kerekedett a „vevővel” szemben. A narrátor később hozzátette, hogy jó vétel volt tőle hibátlan autót venni, ugyanis sem ő, sem a későbbi vevő soha nem panaszkodott a jármű állapotára. Az elbeszélő az élet ezen területén fizikai határai ellenére mindvégig magabiztosan érezte magát, büszke volt magára, így a történetmondás során is ehhez a pozícióhoz igazodott:

(9) T: „Szeretett vezetni?

AK1: Ó, nagyon. Feleségem is vezetett, mind a ketten vezettünk. Ja. ■ Muszáj vót eladni. Akkor már le volt vágva a lábam. És oda jött, lakásra, a vevő, hogy ő ezt a kocsit meg akarja venni. Hát, mondom, vegye meg. Ha ki tud ennyi pénzt adni érte, amennyit kérek, akkor megveszi. Mennyibe kerül? Öt darab százás. Ötszázezer forint. Vette elő a bukszát, és már számolta is le. Megírtuk a papírt, akkor beültem én is a kocsiba, elmentem (...) -ra vele, a lakására, akkor ott berakta a garázsba ezt a kocsit, másik kocsit kihozta, és hazahozott. Rendesen hazahozott.”

A diskurzusszint aspektusában megjelenő harmadik kategória a jelenben zajló benyomásokra, friss élményekre, érzelmekre reflektál. Az interjúk során a jelen helyzetre vonatkozó megállapítások sokkal nehezebben képződtek meg a múlt eseményeivel szemben (a jövőkép változatos módon konstruálódott; erről a következő fejezetekben számolok be), az interjúalanyok inkább általános érzéseket említettek, és gyakran hátrították, másra terelték a beszélgetést, ami azt sugallja, hogy az aktuális állapotról nem lehet vagy nehéz beszélni. A múlt és a jövő két olyan idősíki, ahol a cselekvés mértéke korlátozott: a múltbéli eseményekkel összefüggésben a cselekvési lehetőség nem értelmezhető, a jövőbeli események esetében pedig számolni kell az előre nem látott tényezők sorával. Az ember a jelenére (és ezáltal a jövőjére) tud hatással lenni, ami azonban felelősséggel is jár: megkívánja, hogy az illető az itt és most pillanatában legyen cselekvőképes. Ha azonban az én és az aktuális állapot viszonya nem tisztázott, az megakadást generálhat az élet további folyásában.

(10) T: „És hogy érzi magát most?”

AK5: Megvagyok...nem jó érzés, de mit csináljak. Vissza már nem lehet csinálni, előre kell gondolkodni, hogy mi lesz a jövőben.”

5.3. Az interjúk tematikus elemzése

Ebben a szerkezeti egységben tartalmi szempontból dolgozom fel az interjúkérdésekre adott válaszokat. A kilenc kérdés e tekintetben három nagyobb csoportba sorolható: az egyes kérdések a betegnek az orvosi ellátáshoz, a társas környezetéhez és a traumához (ezáltal önmagához) való viszonyára vonatkoznak. Az egyes tematikus csoportok részletesebb bemutatása előtt azonban érdemes kiemelni, hogy a tematikai megoszlásban fontos szerepe volt az időviszonyoknak is. A válaszok mennyisége időspecifikusan tért el egymástól: a leginkább kifejtett válaszok a múltra vonatkoztak (pl. a rehabilitáció lépései, az életvitelhez kapcsolódó történetek és epizódok), ezt követően a jövőre való reflektálás következett (vágyak, motiváció, esetleg tervek), míg a legkevesebbet a jelenről beszéltek az adatközlők. A témataratást tekintve is a múltra vonatkozó állítások szerepeltek a legexplicitőbb módon, míg a jelen és a jövő témáit illetően redundancia mutatkozott; a legtöbbször a családtagokat, rokonokat érintő események kaptak kiemelet szerepet, az interjúalanyok gyakran részletezték a velük kapcsolatos történeteket, állapotváltozásokat – annak ellenére, hogy a kérdés elsősorban rájuk magukra irányult. Többször került említésre például az elbeszélők gyerekeinek a foglalkozása, az unokák, esetleg dédunokák életkora, de emellett a családi tragédiák is (ketten beszámoltak arról, milyen körülmények között vesztették el egy közeli, náluk jóval fiatalabb hozzátartozójukat). A tartalmi szempont egy személy esetében volt különösen nagy hatással a kifejtettség mértékére: a számára fontos vagy praktikus témákról (pl. bevásárlás a feleségével) redundánsan beszélt, míg az őt érzékenyen érintő kérdésekre adott válaszok jóval rövidebben, olykor tömönatokban (*igen/nem*) fogalmazódtak meg (pl. azzal kapcsolatosan, hogy milyen megkülönböztetéssel találkozott az emberek részéről).

Az elbeszélések bőségében figyelemre méltó az elhallgatás szerepe is, vagyis az, ami végül valamilyen oknál fogva nem került kimondásra. Ilyen eseteket szemléltetnek a (11)–(13) példák. A beszélők az első két esetben maguktól lendültek tovább a saját megakadásukon, a harmadik esetben azonban az érzelmi érintettség olyan mértékben felkavarta az elbeszélőt, hogy nem tudott felülkerekedni, és a beszéd sírásba fulladt.

(11) AK1: „Cseresznyét tavaly előtt ültettem. Az má hoz, négy-öt szemet, azt már megkóstolja az ember, de nem kóstolhatom nagyon meg, mert a dédukának köll, az jön, azt megy szedni, há nem éri föl, aztán fölemeljük, aztán úgy leszedi. Hát ahogy fölemeli a feleségem, *mer én...* ■ meg az apja.”

(12) AK2: „Ez ilyen párdücféle...* <tetoválás>

T: * Dúvad? Az van odaírva?

AK2: Igen...akkor még szerettem ■ tudtam verekedni.

T: Ez annak a jelképe?

AK2: Hát igen! Meg hogy nem érdemes belém kötni. *De most már...* az akkor volt, régen volt.”

- (13) T: „És ők nem látogatják meg?
 AK3: Dolguk van nekik is. Örülnek, hogy élnek. És az az igazság, hogy nem várhatom el a feleségetől se, *hogy hát ő... hogy mindennap itt üljön*” (sír).

5.3.1. Az orvosi ellátáshoz való viszony kifejeződése

Az orvosi ellátásról változatos módokon nyilatkoztak az érintettek. Az amputáció körülményeiről leginkább ellenérzéssel számoltak be: „Én elkerülöm...! messzire azt a kórházat. Mer anyyira ismerem már őket.” (AK1); „De valami nagyon mocskos műtét volt” (AK3). Az amputációs beavatkozást különbözőképpen mesélték el, de nem esett nehezükre erről beszélni. Egy személy volt, aki az *amputáció* kifejezést mindössze egyszer – és akkor is a kérdést ismételve – említette, helyette így nyilatkozott róla: „azt mondja, fél láb zárva, levesszük, le kell venni (...) itt is levették volna, de hát én ezt nem akartam”, „...és akkor tavaly februárban levágták fönn, térd fölött” (AK1), illetve eleinte mindössze a „megcsinál”, „elkészül” igékkel utalt rá, és csak később került sor explicitebb említésre: „fölmertem, ott meg két nap alatt megcsinálták. (...) készen volt, nem volt probléma velem” (AK1).

Jellemző volt az események dramatizálása is: „S mondta egy orvos, aki ott volt a műtéten, hogy azt mondja, ő sok mindent látott, de ő is rosszul lett majdnem attól, amit látott.”; „mer ahogy én hallottam, meg ahogy értettem ott a műtét közbe, mer akkor ébren voltam, hogy a kutyának nem vitte volna el azt a húscsapatot, amit innen levágtak” (AK3). Érdeemes hozzáfűzni, hogy az érzelmek intenzitása abból is adódhat, hogy míg például gerincműtétek esetében van műtétre való felkészítés, addig az amputációra nincs (sokszor annyira gyorsan kell cselekedni, hogy a megfelelő papírok aláírásán kívül nem jut idő többre), illetve az érzéstelenítést gyakran nem altatással, hanem gerincvelői érzéstelenítéssel végzik, így fordulhat elő, hogy a beteg – ha nem is teljes tudatánál, de – éber marad. Meglátásom szerint a felkészülési idő hiánya a PTSD egyik forrása, mert a beteg a hirtelen döntés következményét csak később realizálja (mindamelllett, hogy egy gyors döntés életet menthet). Az amputáció végrehajtására vonatkozó döntés lehetősége azonban azt is jelenti, hogy a műtét meg is tagadható: többen beszámoltak arról, hogy ismernek olyan embert – vagy akár ők maguk is olyanok –, aki első vagy akár több esetben is visszautasította a testrész-eltávolítás lehetőségét. A témáról mindannyian eltérő véleménnyel nyilatkoztak, és élénk diskurzust alakítottak ki róla, azt mutatva, hogy az élet melletti voksolás, illetve az életminőség kérdése jóval árnyaltabb annál, mint amilyennek elsőre tűnik. Az elbeszélők amputációra és rehabilitációra vonatkozó szóhasználatukban az egyszerűsítésre törekedtek, és általában nem sajátították el az orvosi szakszavakat, pl. „csontot csinál” a *csontformázás* helyett (AK1), „pótláb” a *légláb*, *műláb*, *protézis* helyett (AK3), „rehab” a *rehabilitáció* helyett (AK5), „lábcsinálókészítő”, „láb ember” a *művégtagkészítő* helyett (AK1). Néhány esetben azonban alkalmazták a szaknyelvi kifejezéseket, méghozzá olyan módon, hogy szinte minden esetben elégették az *úgymond* határozószót: *úgymond lokál érzéstelenítés* (AK5), *úgymond érfestés* (AK2), *úgymond mofetta* (AK1) stb., ezzel mintegy hangsúlyozva tudásukat, és emelve presztízsüket a kívülálló számára, feltételezve azt, hogy a hallgató nincs a szavak ismeretének birtokában. Ugyanakkor az *úgymond* diskurzusjelölőként is funkcionálhat, amelynek használatával a beszélő azt emeli ki, hogy a diskurzusjelölő

után álló kifejezés tartalmával – részben vagy teljes mértékben – nem kíván azonosulni (Dömötör 2008: 37–53).

Az őket ellátó orvosi személyzetről az adatközlők elismerően nyilatkoztak, elmondásuk szerint jó viszonyt ápolnak az alkalmazottakkal, ami hozzájárul ahhoz, hogy a körülményekhez képest jól érezzék magukat: „tisztelni <0kell> azt, amit csinálnak, mer ők egy olyan munkát végeznek, ami, amit én gondolkozva csinálnék” (AK3).

5.3.2. A társas környezethez való viszony kifejeződése

A társas környezethez való viszonyról két tényező, a család és a tágabb (társadalmi) környezet vizsgálata által kaphatunk képet.

A vizsgálati személyek bemutatásakor említettem, hogy az adatközlők eltérő családi körülmények között élnek, ezáltal pedig eltérően viszonyulnak az otthon fogalmához is, ami elsősorban az otthon töltött hétvégéről való véleményalkotáskor vált feltűnővé. Egyesek öt kórházban töltött nap után jó érzéssel mentek haza, más az otthont olyan helynek látta, ahol újabb akadályokat kell leküzdenie, illetve volt, aki arról számolt be, hogy egyszerűen nem éri meg hazamenni.

(14) AK1: „Igen, azt mondta a (...), hogy ettő a perctő kezdve csak kocsival <=kerekesszékkal> még a wc-re is csak kocsival, de hát nem bírok bemenni, a fürdőszoba ajtón, mer... be tudnák menni, csak akkor a konyhaszekrényt köllene leszűkíteni ott meg pontosan a vízcsap van, a másik oldalon meg a radiátor van, azzal se tudunk semmit csinálni, odébb nem tudjuk vinni, mer ott a másik mellette.”

(15) AK3: „Hogy menjek haza? (...) Ha meg azt mondom, hogy vigyen haza egy betegszállító – harmincezer forint. Honnan szedjek én össze harmincezer forintot csak azért, hogy hazavigyen pénteken, és a másik meg az, és ebbe is nekem van igazam, (...) ha én most hazamegyek, irgalmatlan rossz lenne visszajönni hétfőn. Az sokkal jobban visszavetne, mint bármi más. Az lelkileg fogná meg az embert. (...) Senkinek nem tetszett hétfő reggel visszajönni. Bejött nagy hanggal, délelőtt meg, egész nap meg se szólalt. Nincs értelme. Nem azt mondom, hogy nem mennék szívesen (...) még azt nem mondom, hogy ezt szüntessék meg, de nem biztos, hogy mindenkinek jót tesz az, hogy (...) lelkileg, hogy ott kell hagyni a családot.”

A család minden elbeszélő életében kiemelt szerepet játszott, gyakran elérzékenyültek a róluk való beszéd közben. A narratívákból kitűnt, hogy elsősorban a hozzátartozók jelentik a megtartó hálót és az egyéni motiváció forrását, ugyanis ők reflektálnak először külső szemlélőként a megváltozott élethelyzetbe került betegre, akik így tőlük tapasztalják meg és fogadják el először a környezet felől érkező impulzusokat, amelyek az új identitás megszilárdításához szükségesek. Minél lazább a családi kötelék, annál bizonytalanabb az új önkép és jövőkép kialakítása. A család kiemelt státuszát és az érzelmi érintettséget az is mutatja, hogy három elbeszélő

is beszámolt arról, hogy nem a műtét napján értesítette a hozzátartozókat a rá váró megpróbáltatásokról, hanem csak jóval később. Elmondásuk szerint ennek oka az volt, hogy meg akarták kímélni őket az érzelmi megrázkódtatástól, döntésükben ugyanakkor nyilvánvalóan közrejátszhatott az a tény is, hogy nekik maguknak is időre volt szükségük az információk feldolgozásához. Egy férfi, aki eredetileg más egészségügyi probléma miatt került kórházba, egy hirtelen kapott fertőzés miatt két órával az amputáció előtt tudta meg, hogy el fogja veszíteni az egyik lábát, de csak több mint egy héttel utána értesítette a közeli családtagjait, mondván: „segíteni nem tud, visszarakni nem tudja, azt, hogy rohangáljon ott nekem, már elnézést...” (AK3). Egy másik személy arról számolt be, hogy öccse, az egyetlen közeli hozzátartozója, csak hallomásból értesült a férfi második végtag-eltávolításáról: „valaki elszörnyülködött, hogy már megint mi történt velem, egy idősebb nő, sokat szoktunk beszélgetni az utcában... aztán ha már ő megtudta leadja a drótot ugye, az ismerősöknek (...) ha már egy valaki megtudja leadja telefonon a többieknek, hogy mi a helyzet (...) azok is biztos elszörnyülködtek vagy mittudomén” [nevet] (AK5). A nevetés is erősíti, hogy a narrátor valójában diszharmonikus érzéseket társít az elbeszélés tárgya iránt. Arról, hogy a családtagok miként fogadták hírt, nagyjából egyformán, röviden és tömören nyilatkoztak: „elfogadták.” (A1); „sajnálják, hát...mit tud mondani?” (AK3). A családtagok (elsősorban a gyerekek) azonban sokszor természetesebben reagálnak a megváltozott élethelyzetre, mint azt elsőre gondolnánk: „Meggörgette => az unokám>, egyszer megkérgette, hogy papa, mi van a lábaddal. Hát nem vót rajtam a pótláb. Hát, mondom, csak így vagyok. Mondom, bent van a szobába a lábam. És akko fő köllött venni, azt úgy mocorogtam, úgy mentem, na, aszongya, most jó, mer van lábad. Ennyi. De csak egyszer kérgette meg. Többet nem” (AK1).

A tágabb környezet felől érkező reakciókról alapvetően hasonló tömörséggel számoltak be, és érezhetően nagyobb távolságot tartottak a környezet megítélését vizsgáló kérdésekkel szemben. E téren gyűjtötték a legtöbb negatív tapasztalatot, ezért erről a témáról volt a legnehezebb és legfelkavaróbb beszélni:

- (16) T: „Találkozott valamilyen megkülönböztetéssel az emberek részéről?
 AK1: Igen.
 T: És ezt hogy tudná leírni?
 AK1: Csak megkérdik, hogy mi van, mi történt a lábaddal? Biztos *szar lehet így mászkálni*, meg mittudomén. Ilyesmi.
 T: És milyen helyzetben kérgette meg? Az utcán...?
 AK1: Hát, ha úgy találkozunk... esetleg.
 T: És az ismerősök? Szomszédok?
 AK1: Azok is. A szomszédok *elviselik*. Mer a másik szomszédba is így vót. Fél-lábú vót. (...) szépen elviselte. Engem is elviselnek. Beszélgetünk, ha találkozunk, kint vagyok a teraszon, azt kijön, akkor beszélgetünk. *De nem mondogassa, nem említi.*”

Az addig bőbeszédű férfinek nehezebbé esett válaszolni a diszkriminációt firtató kérdésekre, a hangszíne is megváltozott, és elsőre ingerült hangot ütött meg, amely később apatikussá vált. Érezhetően megkönnyebbült, hogy a szomszédban történt esetre térhetett át, átirányítva a

figyelmet magáról egy másik személyre. Két megjegyzés utal igazán a belső feszültségre: a *szar* és az *elviselnek* szavak: mindkét kifejezés egy, az elbeszélő által generált feltételezéshez kapcsolódik. Az első esetben ahhoz, hogy a narrátor helyzete mindenképp a rossznál is rosszabb, a második esetben pedig azt implikálja, hogy az elbeszélő létállapota nem természetes a környezet számára, hanem „elviselésre szorul”. Az, hogy teher lenne a környezet számára, egy belső reflexió (önbélyegzés) eredménye, nem kívülről érkező negatív impulzus. Az utolsó mondatban elhallgatásra kerül a mondat tárgya, ami mintha azt sugallaná, hogy hallgatólagos megegyezés áll fenn a történet szereplői között, hogy az amputációról nem vesznek tudomást, így az elbeszélés során sem kell szükségét éreznie az adatközlőnek, hogy megnevezze, miről nem beszélnek. Egy másik interjúalany azt az elsőkézből a felesége által hallott esetet említi, amikor a férfi először szerette volna biztonságos zárt helyen tárolni a segédeszközként használt elektromos mopedet. A társasházban, ahol lakott, csak egy babakocsitároló állt rendelkezésre, az elbeszélő pedig kérvényezte a hely közös használatát. A szomszéd azonban egyedül tartott igényt a területre, azzal indokolva, hogy „...többet ér egy babakocsi, mint egy féllábú ember” (AK3). A történet elbeszélője nem volt jelen a mondat elhangzásakor, mégis annyira megindította az emlék felelevenítése, hogy sírásban tört ki. Egy emberélet és egy tárgy összehasonlítása olyan mértékű dehumanizáció, amely drasztikusan formálhatja az illető identitásképét.

Az előbbi két példának érdekes „ellenpontja” lehet a kézamputált férfi feleségének elbeszélése, aki fiával az interjú közben érkezett látogatásra, és részt vett a beszélgetés hátralévő részében. Mint említettem, a két családtag megnyilatkozásait mint külső nézőpontú narratívákat használom fel az elemzésben, és azért a társas környezettel való kapcsolattal összefüggésben tárgyalom, mert egy, a helyzeten kívül álló (tehát nem amputált) személy reflexiói árnyalhatják a betegek narratívái alapján kirajzolódó képet az őket körülvevő tágabb környezetről. (Az amputált férfi hallotta ezeket a reflexiókat, de nem fűzött kommentárt az elbeszéléshez.) Az alábbi, (17) idézetben egyszer sem hangzik el explicit módon az amputáltság vagy az azt kiváltó ok megnevezése: ezek a módhatározói szerkezet által mintegy tabuvá válnak. A következő, 5.3.3. alpontban – egy másik, egyes szám első személyben megnyilatkozó elbeszélőtől idézve – ugyanez a szókapcsolat köszön vissza. Természetesen egyetlen külső nézőpontú példa nem szolgálhat elegendő adatként, mégis fontosnak tartom megemlíteni az esetleges külső-belső perspektíván alapuló oppozíciót.

(17) AX: „...érzékenyebb lett természetesen, meg egy ideig irritálta az, hogy esetleg, hogy nem akart emberek közé menni mer..., de aztán azér csak elment meg nem úgy állt hozzá a család, hogy na most aztán te itt maradsz mer *így vagy*, meg a barátok is szóval sokat segítettek, meg hát a család, a nagyobb család is, a rokonok (...) nem bántották, inkább mindenki szeretettel fordult felé. Ő futballozott is ott a faluba, meg hát ugye ott laktunk, ott születtünk, ott ismerősök vagyunk, ismernek, úgyhogy nem, nem. Azt meg egyáltalán nem bírta, hogyha sajnálattal fordultak feléje.”

Az öt interjú során a munka és az ahhoz való viszony kizárólag múlt időben került említésre, még a fiatalabb, koruk alapján munkaképes személyek esetében is. Az addig szervesen az identitás részét képező tevékenység csak mint nosztalgikus emlék merült fel. Kapcsolatuk a világgal a rokkantsági eljárással összefüggésben került szóba, igen szűkszavúan:

„lerokkantosítottak” (AK4). Ebben a kifejezésben is észrevehető a teljes ágencia hiányára való utalás, és további kontextus hiányában az ehhez társuló érzelmek sem mutatkoztak meg. Egy másik interjúalany számára a már említett „rokkantosító hivatal” (AK1*) egyik legmeggrázóbb élménye volt, amivel találkozott az emberek és a hivatal részéről: a férfi nagyon szemléletesen számolt be arról, hogy a rokkantkedvezményekre jogosító kártya kiváltása milyen megsemmisítő esemény volt számára, első körben ugyanis azt akarták megállapítani, valóban sérült-e. Ezt követően valódi foglalkozását (hangmérnök) nem akarták elismerni, amiről így nyilatkozott:

(18) AK*: „Foglalkozása? ■ – mondom hangmérnök. – Olyan nincs. ■ – Mondom, aszszonyom márpedig én az lennék. – Tudja dokumentálni? (...) Jó. Jó. Gondolt már arra az életben, hogy dolgozzon? Gondol<t> má<r> arra? ■ – És állsz ott a két mankóddal és azt mondom na ebből elég. (...) – Jó háttt maga nekem ne beszéljen itt össze-vissza, megpróbálom heti 4 órában szalag mellé áll(*Z) elküldeni dolgozni. – *Engem.*”

Elmondása szerint a történet úgy fejeződött be, hogy kivezették a rendelőből. Ebben a megváltozott minőségben a férfi addig úgy érezhette, hogy a munka – amelyben sikerei vannak – még olyan terület az életében, amelyen nem esett csorba. A dialógust felidéző elbeszélésből kitűnik, hogy identitásának megkérdőjelezése olyan felkavaróan hatott, hogy az érzelmek nem csillapodtak az idő múlásával. Az elbeszélő igyekszik helyreállítani és újrakonstruálni önmagát („én az lennék”; „engem”), a nézőpontváltásokban azonban nem tudja helyreállítani sem a nyelv, sem a test (és az érzelmek) felett gyakorolt uralmát.

5.3.3. A beteg önmagával való viszonyának kifejeződése

A betegek önmagukhoz való viszonyulását két aspektusból kívánom megvilágítani: az első szempont az eltávolított testrésszel kapcsolatos viszonyok nyelvi megformáltsága, a második a szabadidős tevékenység és a motiváció összefüggéseinek kifejeződése.

Az eltávolított testrésszel való kapcsolat feltárásához először az öndefiníciókat szükséges megvizsgálni. A végtagvesztett személyek soha nem azonosították magukat amputált személyként, megnyilatkozásaikban legtöbbször a *féllábú* jelző fordult elő, ezt követte a *beteg*, majd a *béna* önmeghatározás, továbbá gyakran előfordult, hogy a beszélők két szóban utaltak állapotukra: „így vagyok” (AK1). (Ez a kifejezés mint állapotmeghatározás különbséget mutatott a próbainterjúkhoz képest, ahol egy férfi, akinek kevésbé látványos módon „csupán” az egyik térdje lett eltávolítva, önmegbélyegző kifejezésekkel illette magát, pl. *kripli*, *nyomorék*.) Ebben az esetben is megmutatkozott az identitás alakítása során, hogy az elbeszélők nem alkalmazkodtak a tőlük távol álló, számukra idegen (orvosi) terminológiához (pl. nem használták az *amputált* szót). A lehető legegyszerűbb módon jelölték meg állapotukat: a *féllábú* kifejezés a külső jegyekre utal, így egy idegen számára nem igényel további magyarázatot, az *így vagyok* módhatározói szerkezet pedig egyszerre fejezi ki a beteg éntudatát és azt, hogy az illető a normától eltérően létezik, ugyanakkor ez a létezés tabuként is konstruálódik (l. még: (17) példa). Az eltávolított végtag testhez tartozó részét csonknak írták le; ez leginkább a

művégtaggal összefüggésben jelent meg a beszédükben.²⁰ A protézist a legtöbb esetben egyszerűen lábnak nevezték, pl. „a (...)i lábas csinált lábat, kettőt is, vagy hármat (...) ezér jöttem most is be, hátha mondom itt csinálnak nekem lábat” (AK1). Azonban volt, aki tárgyként tekintett a pótoltszrre: „...ha már énnekem nem tudják visszaadni a lábam. Ezt már soha nem tudják visszaadni. Mer ez nem láb ez, ez egy segédeszköz...” (AK3). A két ellentétes viszony két ellentétes identitást feltételez. Az egyik személy saját maga szerves részeként tekint egy mechanikus eszközre, míg a másik épp ellenkezőleg: nem tud testrészként integrálni egy tárgyat. A saját testkép elfogadása minden ember számára okozhat nehézségeket, az önkép kialakításában a testi és szellemi tényezők egyaránt szerepet játszanak. Az egyik beteg egy esetben úgy fogalmazott, hogy az adott beszédhelyzetben nem volt eldönthető, külső vagy belső jegyek alapján nyilatkozik önmagáról: „...én szeretek tükörbe nézni. Én szeretek odanézni és azt mondani, hogy ez vagyok, ez voltam és ki tudja, hogy meddig még, ez leszek. Lehet, hogy rossz a meglátásom vagy a gondolkodásom, de én világéletemben ilyen voltam...” (AK3). (Ehhez érdemes hozzáfűzni, hogy az osztályon sehol nem található tükör – egy kórházi dolgozó elmondása szerint szándékosan.) Ez alapján nem világos, hogy a narratíva létrehozója milyen perspektívából tekint magára, esetleg a külső-belső nézőpont együttesen jelenik-e meg a beszédben. Az azonban világossá válik, hogy az elbeszélő egységes képet alakít ki, konstruál önmagáról.

A megváltozott testkép elfogadása kapcsán az egyik férfi arról számolt be, hogy az amputációt követően a legnehezebb mozzanat az volt, amikor felismerte az állapot visszafordíthatatlanságát: „talán az volt a legrosszabb, hogy rá kellett jönni, hogy tényleg nincs lábam és tényleg csak múltal tudok közlekedni.” Majd hozzáfűzte: „mindent meg lehet csinálni, és mindent a saját akaratomból csináltam meg” (AK3). A szituáció indokolná, hogy az elbeszélő passzív ágenciával viszonyuljon a járáshoz vagy passzív szereplője legyen az eseményeknek, azonban az interjúalany itt világosan utal saját cselekvőképességére (még hozzá a két leginkább kérdéses és kockázatos témára, a közlekedésre, illetve az akaratra vonatkozóan). A módosult helyzethez való hozzáállás eltérőképp nyilvánult meg a betegek körében; gyakoribb volt a bizonytalanság érzése, mint a jelenre vagy a jövőre vonatkozó motiváltság. Meglátásom szerint a jövőkép a jelenbeli aktivitással áll összefüggésben: aki örömet lelt bizonyos szellemi vagy hobbitevékenységekben (pl. olvasás, tévénézés, rejtvényfejtés, beszélgetés), az a jövőt is sokkal pozitívabban látta, és számos tervvel állt elő, míg aki például az olvasást „fölslegesnek” értékelte, a következőképp nyilatkozott:

(19) T: „És mi lesz a jövőben?”

AK5: Hát ő nem tudom, először a láb, aztán a mozgás... ööö aztán meglátjuk mennyire megy, esetleg otthon javítok rá, vagy mittudomén...”

Érdekes megfigyelni, hogy az alapján véve nem túl stabil jövőképű személy a rehabilitáció irányába azonban cselekvőképességet fejez ki. Az ellátórendszerben mintha csak megtörténne vele rehabilitáció, és ő majd a jövőben lesz aktív. Önmagát a jelenben passzívnak, az

²⁰ Ha a csonk az elvárt módon gyógyul, jól formázható, akkor van lehetőség protézis viselésére. Sajnálatos módon a művégtag viselésére való alkalmasság nem eleve adott.

események elszenvedőjének ábrázolja. A láb és a mozgás pedig mintha tőle függetlenül is kezelhető volna.

Alapvetően tehát a vizsgálati személyek egyik csoportjának tagjai passzívan élték meg mindennapjaikat, és ezzel együtt kilátástalanabb jövőt festettek le maguknak – például: „Hallgatom a rádiót, és megpróbálom magamban megváltani a világot. Olyan sok mindennel nem lehet törődni” (AK2) –, míg a másik csoportba tartozók szerettek volna valamelyest visszatérni régi tevékenységeikhez, és emiatt igyekeztek aktívan tölteni mindennapjaikat: „És van még egy tervem, hogy én autót akarok még vezetni. Hogyha én erről lemondok, akkor fölösleges kínlódni. (...) mondom neki <=orvosnak>, mondom, egy év múlva, maga ott ül a saját autójába, én meg a saját autómba, és egymás mellett kocikázunk. Mondom egy év múlva” (AK3).

5.4. Az interjúk elemzésének összegzése

A kutatás eredményei az egyes kérdéscsoportokra adott válaszok alapján összegezhetők:

1. Az amputáció eseményére tett megjegyzések azt mutatják, hogy a résztvevők az esemény okait más ágenciának tulajdonították: volt, aki a végtag eltávolításának bekövetkezését a véletlennek betudható fordulatnak, illetve olyan is, aki pedig valaki más hibájának tartotta. A felelősség áthárítása az eseményektől való távolságtartással hozható összefüggésbe. Az adatközlők ezenkívül érintettek olyan, előzetesen nem várt témákat is, mint a műtét közben való ébrenlét élménye vagy a végtageltávolítás szükségességének megtagadása.
2. A legnagyobb érzelmi bevonódás a családot érintő és a társas környezet felől érkező impulzusok révén mutatkozott meg. A rehabilitációs időszak miatti otthontól való távollétet a megkérdezettek fájdalmas élményként említették: egyfelől vágytak a megszokott körülményeik közé, másfelől azonban egy otthon töltött hétvége után a kórházba való visszatérés nagy érzelmi megterhelést jelentett (volna) a számukra. Az emberek vélekedéseiről nem szívesen és csak nagyon tömören nyilatkoztak. Ugyanakkor meg kell említeni azt is, hogy az egyik interjúalany feleségének véleménye szerint a barátok és a rokonok mindig szeretettel vették körül az amputált férfit.
3. Az önjellemzésekből elsősorban az rajzolódott ki, hogy a testképre tett utalások két aspektusból tevődtek össze: egyrészt az állapotra vonatkozó kifejezésekből (pl. *fél-lábú, ilyen vagyok*), másrészt pedig a protézissel való viszonyból (abból, hogy pl. testrészként vagy eszközként tekintenek-e rá). Ezenkívül megállapításra került, hogy a jelenbéli aktivitás a kutatásba bevont interjúalanyok esetében összefüggésben áll a jövőképpel, hiszen a körülményekhez képest tevékeny életforma pozitívabb jövőképpel kapcsolódott össze.

5.5. Következtetések

A tanulmányban bemutatott interjúk alapján elmondható, hogy az elbeszélőket különbözőképpen érintette a trauma és az élethelyzet gyökeres, visszafordíthatatlan megváltozása. Az amputáció eseményének feldolgozása szintén személyenként eltérő módokon valósult meg, ugyanakkor az új identitás konstruálásában hasonlóságok is megmutatkoztak. Mindezt az egyes kérdésekre adott reakciók támasztják alá. Az elbeszélők narratíváikban igyekeztek távol tartani magukat az események hatásaitól (pl. egyes szám harmadik személyű pozícióból, a sajátjuktól eltérő ágenciával szólaltak meg), ugyanakkor gyakran az érzelmi érintettségük is megnyilvánult a beszélgetések során (ez pl. elérzékenyülés vagy sírás formájában, illetve a számukra kedves történetekhez kapcsolódó bőbeszédűségben volt tetten érhető).

A narratív identitás aspektusait vizsgálva a kutatás rávilágított arra is, hogy a diskurzus során az eltérő perspektívák folyamatosan váltják egymást (pl. múlt időről jelen időre, heterodiegetikus narrációról pseudodiegetikus narrációra tértek át az elbeszélők), megvalósítva ezzel a „szelfnarratívumok újraírását” (Berán–Unoka 2016: 96). Az újraírás (történetrekonstrukció) segítségével az interakció során az elbeszélő képes egyre nagyobb mértékben helyreállítani az ágencia érzését, amely kiemelkedő szerepet játszik a traumafeldolgozásban (Békés 2009). A traumafeldolgozás folyamatának lényegi része továbbá az időbeliség tényezője. Megállapítható, hogy mindezen következtetések levonását a diskurzusok mint nyelvi interakciók vizsgálata teszi lehetővé, valamint hogy az identitás ezen interakciók során formálódik.

6. Összefoglalás és kitekintés

A vizsgálat eredményeiből levont következtetések azt mutatják, hogy az amputált személyek változatos módokon konstruálják meg új identitásukat interjúhelyzetben, egy ismeretlen személlyel zajló diskurzus során. Ez adott esetben egyfelől abban nyilvánult meg, hogy egyes témák (pl. az amputációs műtét és körülményei) kifejtetten jelentek meg a diskurzusban, míg más témák (pl. család, öndefiníálás) az elhallgatásban, illetve tabuként voltak értelmezhetők. Az eufemizmusok nem voltak jellemzőek; sokkal inkább az interjúalanyok és a beszéd tárgyai közötti távolságtartás volt feltűnő, amely rendezetlen viszonyokat feltételez az adott témákhoz kapcsolódóan. Mindemellett a nézőpontváltások gyakorisága és az ágencia mértéke differenciálta leginkább az identitáskonstruálás módjait.

A tanulmányban megfogalmazott megállapítások további lehetséges kutatási irányokat jelölnek ki mind az amputált személyek nyelvi megnyilvánulásaira, mind az általuk nyelvi megformált jelenségekre vonatkozóan. Magyarországon évente közel 7 000 amputációt végeznek, ám az érintett csoport nagysága ellenére a jelenséggel mindaddig kevés tanulmány foglalkozott akár orvosszakmai, akár pszichológiai szempontból. A nyelvészeti megközelítés abban nyújthat segítséget, hogy rávilágíthat arra, hogy a két említett területen milyen további vizsgálódásokra volna szükség. Meglátásom szerint például fontos lehet annak feltárása, hogy milyen lehetőségek állnak rendelkezésre a betegek műtét alatt észlelt ingereinek csökkentésére, a műtétre való felkészítés szerepének hangsúlyozására vagy a pszichológiai segítségnyújtás intézményen túlmutató és hosszantartó megvalósíthatóságára. Mindehhez a nyelvészet olyan további kutatásokat tehetne hozzá, mint az én-referenciális utalások minőségi és mennyiségi vizsgálata (pl. annak feltárása, hogy az E/1. és E/3. személyű elbeszélői pozíciók számának

eltérése milyen különbségeket mutat, és ebből milyen következtetések vonhatók le a narráció komplexitására nézve). A képet ezenkívül árnyaltabbá tehetnék az adott amputált személyek családtagjaival készített interjúk is, ezáltal ugyanis tágabb összefüggések között válna értelmezhetővé a megváltozott fizikai állapotban élő emberek önmegítélése. A kutatás emellett bővíthető női interjúalanyokkal végzett vizsgálatok által; ezzel együtt a nők társadalmi pozíciója szintén érdekes aspektusa lehet az identitáskonstruálási gyakorlatoknak. Az egyszeri adatfelvételen túl lényeges lenne utánkövetéssel végzett vizsgálatokat is tervezni, amelyek lehetővé tennék a rehabilitáció előrehaladtával az énkép változásának megfigyelését (adott esetben ez az interjúalanyok teljes anonimitása miatt nem kivitelezhető, más adatközlők bevonásával azonban rendkívül hasznos lenne).

Az amputáltak ön-, illetve testképéről közelebbi képet nyújthat a médiában való (ön)reprezentációjuk is. Érdemes lenne megvizsgálni, milyen személyiségek állnak egy-egy, a beazonosítást lehetetlenné tevő felhasználónév mögött egy adott fórumon (pl. hoxa.hu: „az amputáltak beszélgetős fóruma”) vagy az Instagramon nyilvánosan vállalt, ezres követőtáborral rendelkező sportoló mögött. Mindkét megjelenési felületen találni pozitív példát és torokszorító történeteket is. Mindenesetre elmondható, hogy ekkora fizikai és lelki megrázkódtatás után az önkifejezés lehetősége rendkívül nagy jelentőséggel bír a mentális egészség megőrzésének szempontjából.

Források

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 21.)
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.tv> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 21.)
2013. évi LXII. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény módosításáról. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1300062.TV#lbj0id99c2> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 21.)
- American Psychological Association 2003. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. <https://www.apa.org/ethics/code> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 21.)
- ENSZ 2007. Convention 59nt he Rights of Persons with Disabilities. 1. cikk. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0700092.TV> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 21.)
- ENSZ 2007. Convention 59nt he Rights of Persons with Disabilities. 26. cikk. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0700092.TV> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 21.)
- KSH 2011. A fogyatékosággal élők visszatekintő adatai. http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_fogyatekossag (Utolsó elérés: 2020. ápr. 21.)
- The Belmont Report 1979. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf (Utolsó elérés: 2020. dec. 22.)
- WHO 1997. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 21.)
- WHO 2017. Rehabilitation in health system. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf?sequence=8> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 21.)

Hivatkozott szakirodalom

- Allen, Jon G. 2005. *Coping with trauma: Hope Through Understanding*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Bácskay Andrea – Gárdos Éva – Huszár Ákos – Szabó Zsuzsanna 2018. *A fogyatékos és az egészségi ok miatt korlátozott népesség jellemzői*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_8.pdf (Utolsó elérés: 2020. márc. 18.)
- Bartha Csilla – Hámori Ágnes 2010. Stílus a szociolingvisztikában, stílus a diskurzusbán. *Magyar Nyelvőr* 134: 298–321.
- Békés Vera A. 2008. *A trauma reprezentációjának változásai Holokauszt-narratívákban*. Pécs: PTE BTK. <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15167/bekes-vera-phd-2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 15.)
- Bell, Allan 1984. Language style as audience design. *Language in Society* 13: 145–204.
- Berán Eszter – Unoka Zsolt 2016. *Élettörténetek a pszichoterápiában*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Borch-Jacobsen, Mikkel 1991. *Lacan, the Absolute Master*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Bucholtz, Mary – Hall, Kira 2005. Identity and Interaction: A Sociocultural Linguistic Approach. *Discourse Studies* 7: 584–614.
- Dömötör Adrienne 2008a. Az úgy mond-tól az úgymond-ig. Egy diskurzusjelölő elem története az ómagyar kortól napjainkig. *Magyar Nyelvőr* 132: 37–52.
- Eckert, Penelope 2000. *Linguistic variation as social practice*. Oxford: Blackwell.
- Ericsson, K. Anders – Kintsch, Walter 1995. Long-term working memory. *Psychological Review* 102: 211–245.
- Ferrara, Kathleen 1994. *Therapeutic ways with words*. Oxford: Oxford University Press on Demand.
- Freud, Sigmund 1932. *Álomfejtés*. Budapest: Helikon Kiadó.
- Freud, Sigmund 1997. *Ösztönök és ösztönsorsok. Metapszichológiai írások*. Budapest: Filum Kiadó.
- Genette, Gérard 1996. Az elbeszélő diskurzusa. In Thomka Beáta (szerk.): *Az irodalom elméletei*. Pécs: Jelenkor Kiadó. 61–98.
- Gere Ilona – Szellő János 2007. *Foglalkozási rehabilitáció*. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány.
- Gibbs, Raymond W. 1990. Psycholinguistic Studies on the Conceptual Basis of Idiomaticity. *Cognitive Linguistics* 1–4: 417–451.
- Heltai Erzsébet – Tarjányi József 1999. *A szociológiai interjú készítése*. Budapest: TÁRKI. <http://old.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/html/a509.html> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 20.)
- Herman, Judith L. 2011. *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Budapest: Háttér Kiadó.
- Hymes, Dell 1975. Breakthrough into Performance. In Ben-Amos, Dan – Goldstein, Kenneth S. (eds.): *Folklore: Performance and Communication*. Paris, The Hague: Mouton. 11–74.
- Johnstone, Barbara 1996. *The Linguistic Individual*. New York: Oxford University Press.
- Kaló Zsuzsa 2012. *A pszichológiai ágencia kognitív nyelvészeti leírása droghasználói narratívákban*. Doktori disszertáció. Budapest: ELTE BTK.
- Kast, Verena 2000. *Kötés és oldás*. Budapest: Európa Könyvkiadó.
- Kovács Ágnes 2007. Interjú módszerek és technikák. In Kovács Éva (szerk.): *Közösségtanulmány. Módszertani jegyzet*. Pécs: PTE BTK. 269–277.
- Könczei György – Kullmann Lajos 2009. A (komplex) rehabilitáció alapjai. In Könczei György – Kullmann Lajos (szerk.): *Bevezetés a komplex rehabilitációba*. Budapest: ELTE BGGYK. 3–24.

- Kökönyei Gyöngyi 2006. *Személyiségpatológiák*. Kézirat. Budapest: ELTE PPK.
- Kugler Nóra 2015. *Megfigyelés és következtetés a nyelvi tevékenységben*. Budapest: Tinta Könyvkiadó.
- Kullmann Lajos 1999. A rehabilitáció alapfogalmai és oktatása. In Huszár Ilona – Tringer László – Kullmann Lajos (szerk.): *Rehabilitáció az orvosi gyakorlatban*. Budapest: Semmelweis Egyetem. 8–33.
- Kübler-Ross, Elisabeth 1988. *A halál és a hozzá vezető út*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Kübler-Ross, Elisabeth – Kessler, David 2005. *On Grief and Grieving*. New York: Scribner.
- Labov, William 1972. *Sociolinguistic Pattern*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Labov, William – Fanshel, David 1977. *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.
- Lacan, Jacques 1966. *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil.
- László János 2005. *A történetek tudománya: bevezetés a narratív pszichológiába*. Budapest: Új Mandátum.
- Mayer Ágnes Andrea 2011. *Amputáltak testadata és állásbiztonsága*. Doktori disszertáció. Budapest: Semmelweis Egyetem. http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/mayeragnesandrea.d.pdf (Utolsó elérés: 2020. ápr. 8.)
- Mitchell, Juliet 1998 Trauma, felismerés és a nyelv helye. *Thalassa* 10: 61–81.
- Nagy Zita Éva 2015. *Van-e út a munkába? A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci reintegrációjának esélyei*. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia Doktori Iskola. http://phd.lib.uni-corvinus.hu/860/1/Nagy_Zita.pdf (Utolsó elérés: 2020. márc. 20.)
- Orbán Kornélia 2015. Fogyatékkal élő és hátrányos helyzetű személyek sportja és rekreációja. In Balogh László – Kiss Gábor – Orbán Kornélia – Vári Beáta – Bóka Ferenc – Meszlényi-Lenhart Emese – Mikulán Rita (szerk.): *Rekreáció III. Szemelvények a rekreáció területéről*. Online tananyag. Szegedi Tudományegyetem. http://www.jgypk.hu/tamop15e/tananyag_html/Rekreacio_III/index.html (Utolsó elérés: 2020. ápr. 19.)
- Pintér Judit Nóra 2007. A traumafeldolgozás és identitás összefüggései a felnőttként látásvesztetteknél. In Billédi Katalin és Csákvári Judit (szerk.): *A látássérült személyek elemi rehabilitációja*. Budapest: ELTE BGGYK. 38–54.
- Pohárnok Melinda – Lénárd Kata 2015. A trauma lélektana. In Kiss Enikő Csilla – Sz. Markó Hajnalka (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Budapest: Pro Pannonia. 221–234.
- Rampton, Ben 2002. Language crossing and the redefinition of identity. In Auer, Peter (ed.): *Codeswitching in conversation: language, interaction and identity*. London: Routledge. 290–321.
- Melzack, Ronald 1989. Labat lecture. Phantom limbs. *Reg Anesth* 14: 208–211.
- Salgó László 1996. A rehabilitáció jogi és etikai kérdései. *Rehabilitáció* 6(1): 6–10.
- Scheflen, Albert E. 1973. Communicational structure. Analysis of a psychotherapy transaction. Bloomington: Indiana University Press.
- Schilling-Estes, Natalie 2004. Investigating stylistic variation. In Chambers, Jack K. – Trudgill, Peter – Schilling-Estes, Natalie (eds.): *The handbook of language variation and change*. 2nd ed. Oxford: Blackwell. 375–402.
- Sandig, Barbara 1995. *A német nyelv stilisztikája*. Budapest: Helikon Kiadó. 320–347.
- Sotirova, Violeta 2006. Reader responses to narrative point of view. *Poetics* 34: 108–133.
- Szabó Réka 2012. *Metaforák és szimbólumok: C. G. Jung szimbólumértelmezése és a fogalmi metaforák elméletének összevetése*. Doktori disszertáció. PPKE BTK. <https://btk.ppke.hu/uploads/articles/7431/file/> (Utolsó elérés: 2021. jan. 5.)
- Szellő János 2009. *A foglalkozási rehabilitáció elmélete és gyakorlata*. Budapest: ELTE BGGYK.
- Tátrai Szilárd 2013. Funkcionális pragmatika és kognitív nyelvészet. *Magyar Nyelv* 109(2) 197–204.
- Tengelyi László 1998. *Élettörténet és sorsesemény*. Budapest: Atlantisz Kiadó.

Várad Tamás 1998. From Cards to Computer Files: Processing the Data of the Budapest Sociolinguistic Interview. *Working Papers in Hungarian Sociolinguistics Linguistics* No. 3. <http://www.ny-tud.hu/buszi/wp3/wp3.html> (Utolsó elérés: 2020. ápr. 19.)

Mellékletek**6. számú melléklet: Az interjúk során alkalmazott kérdéssor****A) Változat**

1. Mikor és hogyan történt a baleset?
2. Mit mondott az orvos a balesetről?
3. Milyen rehabilitáció szükséges a felépüléséhez? / Mi segíti a gyógyulását?
4. Van-e valami, ami feszélyezi vagy gátolja Önt jelenleg a balesettel kapcsolatban?
5. Hogyan közölte környezetével a baleset következménye(i)t (pl. család, barátok, munkahely stb.)?
6. Hogyan reagált a környezet?
7. Érte-e valamilyen megkülönböztetés a balesetet követően?
8. Hogyan érzi magát jelenleg?
9. Hogyan képzei el a jövőjét, mit gondol, a jelenlegi helyzete milyen hatással lesz a jövőjére?

B) Változat

1. Mesélje el, mi történt Önnel!
2. Mit mondott az orvos az állapotáról?
3. Milyen rehabilitáció szükséges a felépüléséhez? / Ön szerint mi segíti a gyógyulását?
4. Van-e valami, ami feszélyezi vagy gátolja Önt jelenleg a helyzetével kapcsolatban?
5. Mit mondott a környezetének az amputációval kapcsolatban (pl. család, barátok, munkahely stb.)?
6. Hogyan fogadta a környezet az állapot megváltozását?
7. Érte-e valamilyen megkülönböztetés az amputációt követően?
8. Hogyan érzi magát jelenleg?
9. Hogyan képzei el a jövőjét, mit gondol, a jelenlegi helyzete milyen hatással lesz a jövőjére?

BEKE ANNA
Eötvös Loránd Tudományegyetem
abekeanna22@gmail.com