

A narratív pszichológiai megközelítések addiktológiai alkalmazási lehetőségei

Doktori (PhD) értekezés

Szabó József

Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar

Pécs, 2011.

A PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola vezetője:
Prof. Dr. Bódis József PhD. D.Sc.

A PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola programvezetője:
Prof. Dr. Kovács L. Gábor PhD. D.Sc.

Témavezető: Dr. Betlehem József PhD
Társ-témavezető: Dr. Gerevich József PhD

Tartalomjegyzék

1. Rövidítések jegyzéke	5
2. Bevezetés	6
3. Célkitűzések	9
4. Elméleti háttér	10
4.1.A lélektan modelljei.....	10
4.1.1.A pszichodinamikus modell.....	10
4.1.2. A behaviorista modell.....	11
4.1.3. A kognitív modell.....	11
4.1.4. A humanisztikus-egzisztencialista modell	12
4.1.5. A biológiai modell	13
4.1.6. A szociokulturális modell.....	13
4.2. Az addiktológia alapmodelljei	13
4.2.1. A morális modell.....	14
4.2.2. A tanulási modell	14
4.2.3. A betegségmodell	14
4.2.4. Az önmedikalizációs modell.....	15
4.2.5. A szociális modell.....	15
4.3. A konzultáció elméleti és gyakorlati irányzatai.....	15
4.4. A szociális esetmunka irányzatai	16
4.4.1. A diagnosztikai iskola.....	16
4.4.2. A funkcionális iskola	17
4.4.3. A pszichoszociális megközelítés.....	17
4.4.4. A viselkedéslélektani irányzat	17
4.5. Az eklekticizmus	18
4.6. A narratív pszichológiai megközelítések alkalmazása	19
4.6.1. Határterületi alkalmazások	19
4.6.2. Alkalmazási lehetőségek a pszichiátriában	21
4.6.3. Addiktológiai alkalmazási lehetőségek	23
5. Vizsgálatok	29
5.1. Alkoholfüggő férfiak nyelvi kifejezőmódjának vizsgálata	29
5.1.1. Problémafelvetés, a kutatási téma meghatározása.....	29
5.1.2 A vizsgálat hipotézisei	29

5.1.3. A vizsgálat módszere, a tartalomelemzés	30
5.1.4. A vizsgálat menete	31
5.1.5. A mintavétel	34
5.1.6. A vizsgálathoz alkalmazott eszközök.....	34
5.1.7 Az elemzés	34
5.1.8.Eredmények	36
5.1.8.1. A kutatás hipotéziseit alátámasztó eredmények.....	36
5.1.8.2. A kutatás hipotéziseit alá nem támasztó eredmények.....	39
5.1.8.3. A kutatás hipotéziseit közvetlenül alá nem támasztó, ám jelentős eredmények	39
5.1.9.Összegzés	42
5.1.10. Következtetések	43
5.2. Szociális szavak visszaeső és felépülő alkoholbetegek önéletrajzaiban ..	44
5.2.1. Problémafelvetés, célkitűzés	44
5.2.2. Hipotézis	45
5.2.3. Módszerek	45
5.2.4. A vizsgálati minta kiválasztása.....	46
5.2.5. A kutatás menete	47
5.2.6. Eredmények	47
5.2.7. Megbeszélés	49
5.3. Naratív megközelítésekre felépített csoportterápia.....	52
5.3.1. Problémafelvetés, célkitűzések	52
5.3.2. Hipotézis	53
5.3.3. Adatgyűjtés, módszerek.....	54
5.3.4. A csoportterápia technikai kivitelezése	54
5.3.5. Eredmények	57
5.3.6. Megbeszélés	58
6. Összefoglalás	60
7. Irodalomjegyzék	63
8. Saját publikációk jegyzéke	69
9. Ábrák.....	71
10. Táblázatok.....	78
11. Mellékletek	79
11.1. Szociodemográfiai kérdőív	79

11.2. Az önéletrajz rekonstrukció utasításai	80
11.3. A MEPS teszt alkalmazott résztesztjei	83
11.4. A Reménytelenség Skála	85
11.5. Az Alkoholfüggőség Súlyossága kérdőív	86
11.6. AUDIT teszt	87

Rövidítések jegyzéke

AMI = Autobiographical Memory Interview

ToM = Theory of mind

DSM- = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

PSE = Present State Examination

AA = Alcoholics Anonymous

NA = Narcotics Anonymous

MM = Moderation Management

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test

ASI= Addiction Severity Index

BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása

SADQ = Severity of Alcohol Dependence Questionare

HS =Hopelessness Scale

MEPS = Meaning-end Problem Solving Test

2. Bevezetés

Noam Chomsky az 1968-ban megjelent *Nyelv és elme* című munkájával indította el a nyelvészet megközelítéseinek alkalmazását az emberi lélek tanulmányozásában (1). E két tudomány ötvözésével egy olyan fejlődési folyamatot generált, amelynek eredményeként az elmúlt 25 év során a lélektan alkalmazási területein és határterületein jelentős teret hódítottak a narratív megközelítések. A magát gyakran a szociálpszichológia irányzataként azonosító, ám több tudomány, tudományág (pl.: kulturális antropológia, kommunikáció elmélet, kognitív pszichológia) eredményeiből táplálkozó narratív pszichológia fejlődése és térhódítása azonban úgy tűnik, korántsem ért véget. Elméleti megközelítései és technikái a klinikai alkalmazás mellett nem idegenek a kriminológiától, sőt, a kémszervezetek tevékenységétől sem. Magyarországon elsőként az öngyilkosság-kutatásokban alkalmazták jelentős eredménnyel, a legutóbbi időkben pedig addiktológiai felhasználásuk is felmerült, számos tanulmány látott már napvilágot e témában. Egyes feltételezések szerint klinikai alkalmazási lehetőségei miatt a narratív pszichológia jelöli ki a jövő fejlődési irányvonalát a lélektan számára (2).

A különböző pszichés zavarokkal küzdők nyelvi kifejezőmódjának jellegzetességei, eltérései, változásai és ezek lehetséges magyarázatai, terápiás konzekvenciái régóta kedvelt kutatási témája a lélektannak, a pszichoterápiának, és az azok megközelítéseit és beavatkozási technikáit alkalmazó más segítő tevékenységeknek, mint például az addiktológiai konzultációnak, vagy a szociális munkának.

David Crystal „A nyelv enciklopédiája” című könyvében az *érzelmelek kifejezését*, a *társadalmi érintkezést*, a *hanghatást*, az *adatrögzítést*, a *valóság befolyásolását*, az *identitás kifejezését* és a *gondolkodás eszközeként való működést* említi a nyelv funkcióiként (3). Ez utóbbi hangsúlyos voltát jelzi, hogy a nyelvnek a gondolkodás folyamatában játszott szerepéről rengeteg elmélet született. Lev Szemjonovics Vigotszkij elméletében egyenesen egy úgynevezett belső beszéd mellett érvel, amin a szavak mentális használatát értette egy gondolatsor felidézésére. Véleménye szerint tehát a gondolkodás nem más, mint belső beszéd. A gondolkodásmód nyelvhasználat általi meghatározottsága mellett érvel a Sapir-Whorf hipotézis, amely két alapelvet kapcsol össze: a nyelvi meghatározottságot és a nyelvi relativizmust. Az első azt állítja, hogy a nyelv meghatározza a gondolkodásmódot, a második pedig az elsőből következik, és azt

mondja, hogy egy bizonyos nyelvben kódolt megkülönböztetések egyetlen más nyelvben sem találhatóak meg. Mások éppen ennek az ellenkezője mellett érvelnek, a nyelv és a gondolkodás teljes szétválasztását, különállását hangsúlyozva. Az igazság valószínűleg a két szélsőség között lefelé, azaz a nyelv és a gondolkodás egymástól sem nem teljesen független, sem egymással nem azonos, ugyanakkor kölcsönösen feltételezik egymást. A nyelv tehát a gondolkodás nélkülözhetetlen része, és nem az a fontos, hogy melyiknek van elsőbbsége a másikkal szemben, hanem hogy mindkettő nélkülözhetetlen a viselkedés magyarázatához.

Talán legnagyobb jelentőséggel bír az említett funkciók közül az *identitás kifejezése*, mint nyelvi funkció. Önmagunk, hovatartozásunk meghatározása szempontjából nélkülözhetetlen ez a funkció, amely földrajzi, nemzeti, etnikai, és társadalmi (osztály, státus, szerep, szolidaritás, társadalmi távolság, szexuális irányultság) identitásunk hordozója. Gerry Philipsen nevéhez fűződő *beszédkód elmélet* fő tételei szerint minden sajátos kultúrához egy sajátos beszédkód társul, amely magában foglal bizonyos kulturális vonatkozású pszichológiai, társadalmi és retorikai különbségeket. A beszéd jelentősége függ a beszélő és a hallgató által használt beszédkódoktól, amelyeket abból a célból használnak, hogy segítségükkel létrehozzák és értelmezzék a kommunikációt (4).

A narratív pszichológia elméletalkotói gyakran rokonítják nézeteiket a kognitív pszichológia korábbi eredményeivel, amelynek alapfeltevése szerint a viselkedés, a gondolkodás és az érzelmek háttérben kognitív folyamatok állnak, és hogy a rendellenességeket úgy érthetjük meg, ha a kognitív tartományt vizsgáljuk (5), természetesen nyelvi szinten történő feltárás, értelmezés és átdolgozás útján (6).

Szenvedélybetegeknél észlelhető jellegzetes gondolkodási automatizmusokat (amelyek egyébként előre jelezhetik a visszaesést is) Jarvis (7), Kaminer(8) és Ross(9) tártak fel, és írtak le 14 téma köré csoportosítva. Ezek felismerése és átalakítása hozta létre a ma már széles körben ismert és használt relapszus prevenciók tréning módszerét (10).

Az 1960-as években a gyakorló által narratológiának nevezett kutatási irányzat nőtte ki magát a formalista és strukturalista irodalomtudományból, amely kezdetben a narratíva strukturális elemzését tekintette feladatának. A pszichológiában az 1980-as években jelent meg a gondolat, hogy a narratív megértés az emberi gondolkodás egyik alapvető

formája. Bár Pléh Csaba szerint narratív metaelméletek a kezdetektől fogva, a XVII. század vége óta léteztek a pszichológiában és a szociológiában, elsősorban az emlékezetkutatásban. Ehmann Bea ugyanakkor 1986-ra teszi a narratív pszichológia „születési évét”. A narratológiához hasonlóan a narratív pszichológia is a narratívumot tekinti figyelme legfontosabb tárgyának, amelynek pontos meghatározására számos kísérlet született. A legátfogóbb jelentés szerint ez bármilyen leírt, vagy elbeszélte produktumot jelent, bár általában személyes dokumentumokat értünk alatta (11). Egyes szerzők fontos kritériumnak tartják a kronológiai szerkesztettséget, amelynek alapján tulajdonképpen a *történet* szó jelentésével rokonítható leginkább. Ilyen értelemben lehet sztori, mese, mendemonda, história. A 80-as évek narratív fordulata következtében a narratív analízis bevonult a lélektan legkülönbözőbb tématerületeire (12). A legkézenfekvőbb tematikát az élettörténetek nyújtották, amelyek gazdag talajt kínáltak az identitásfejlődés és az én-reprezentáció tanulmányozására. Később a narratívumok fontosságát nem csak a személyesség, de a kultúra vonatkozásában is felismerték, azaz szociális produktumnak is tekintették. Napjaink narratív elemzéseire, kutatásaihoz is az élettörténeti interjúk szolgáltatják a legkedveltebb vizsgálati anyagot, amelyek készítéséhez és kvalitatív elemzéséhez Robert Atkinson nyújt részletes útmutatást az 1998-ban megjelent *The life story interview* című kézikönyvén keresztül (13).

A narratív megközelítések hazai meghonosodása és elterjedése valószínűleg leginkább Kézdi Balázs munkásságának köszönhető, aki elsősorban a szuicidológia területén tette le a névjegyét. Több évtizedes elméleti és gyakorlati munkájának szintézisét „A negatív kód” című könyvében írja le. Alapvető gondolatmenete az öngyilkosság és a kultúra összefüggéseinek kifejtése, amelynek során arra a következtetésre jut, hogy az egyes ember, amikor öngyilkosságot követ el, a kultúrára reflektál, mivel az öngyilkosságra utaló jelek rendszereként értelmeződik számára. Megfigyeléseit a telefonos segélyszolgálatok tevékenységéből merítette. Fő megállapítása szerint a szuicid telefonálók kifejezésmódját a negatív grammatika uralja, azaz az öngyilkosjelöltek segélykiáltásaiban (*cry for help*) a magyar kultúra negatív kódja tükröződik (14). A diszkurzív szuicidológiának nevezett elmélete továbblép a szimplán narratív megközelítéseken, állítása szerint a diskurzus szisztematikusan formálja, vagy akár létre is hozza önmaga tárgyát, jelen esetben az öngyilkossági eseményt.

Ehmann Bea megfogalmazásában a narratív pszichológia a szelf és reprezentációkutatásról szóló metaelmélet, valamint a szövegkutatás és a reprezentációkutatás határterülete, a narratívum pszichológiai szempontból értelmezhető tulajdonságait feltáró eszközök tárháza. Legfontosabb módszere a pszichológiai kutatásba betagozódó tartalomelemzés, amelynek segítségével a következő tevékenységeket végzi:

1. Egy személy, vagy vizsgált populáció körében értékes pszichodiagnosztikai megállapításokat tesz.
2. Longitudinálisan felvett szövegek elemzése révén a vizsgált személy(ek)ben pszichológiai változásokat mutat ki.
3. Az előző két pontban foglaltak eredményeképpen prognosztikai értékekre tesz szert.
4. Hozzájárul a pszichológiai elméletképzéshez (11).

A narratív szemlélet csak az utóbbi 20 évben bekövetkezett térhódításának következtében a pszichológiai tankönyvek még nem említik önálló modellként a narratív pszichológiát, amely azonban nagyon sok gyakorlati területre integrálódott bele. Elkerülhetetlennek tűnik, hogy a lélektanból táplálkozó tudományok, gyakorlati tevékenységek, mint amilyen a pszichoterápia, az addiktológia, a konzultáció, és a szociális munka integrálja eredményeit és módszereit saját tárházába.

3. Célkitűzések

Értekezésemben három narratív pszichológiai megközelítésekre épített kutatáson keresztül szeretném bemutatni ezen lélektani irányzat eredményeinek alkalmazási lehetőségeit a szenvedélybeteg segítő munkában. Az alkoholfüggőkre jellemző nyelvi kifejezőmód felderítésére irányuló kutatásból kiindulva, a társas támogatottság egy, a narratív pszichológiai tartalomelemzéssel történő indirekt mérési lehetőségén, prognosztikai értékén át eljutva a nyelvi kifejezőmód átalakításában rejlő terápiás lehetőségekig. A kutatások mintegy „melléktermékeként” a közelmúlt társas támogatottságot és egészségi állapotot összefüggésbe hozó kutatási eredményeivel kongruens következtetések megállapítására is kísérletet teszek.

4. Elméleti háttér

Mindenek előtt azonban az említett tudományok és gyakorlati tevékenységek közötti kapcsolat, fejlődésük, egymásra hatásuk megértése végett szeretném röviden felvázolni azok elméleti modelljeit, amelyek természetesen gyakorlati tevékenységet, diagnosztikai, terápiás technikákat vonnak maguk után.

A különböző tudományok megközelítési nézőpontjait, amelyek feltárják a kutatók alapfeltevéseit, strukturálják a tanulmányozott területet, és irányelveket nyújtanak a kutatáshoz és az adott tudomány gyakorlati tevékenységéhez, meghatározzák a tanulmányozott területeket, a feltett kérdéseket, a legitimnek tekintett információk körének értelmezését, paradigmáknak, vagy modelleknek nevezzük. Annak megértéséhez, hogy egy klinikus hogyan magyaráz és kezel egy specifikus viselkedésmintázattal bíró egyént, először is meg kell ismerni a modellt, amelyiknek a keretein belül a kóros folyamatokat értékeli. Elsőként röviden összefoglalva a napjainkban alkalmazott pszichológiai modelleket ismertetem, amelyekre nagymértékben támaszkodnak a szociális munka és az addiktológia elméleti modelljei, beavatkozási technikái.

4.1 A lélektan modelljei

4.1.1. A pszichodinamikus modell

A pszichodinamikus (vagy pszichanalitikus) modell a legnagyobb múltra visszatekintő, legismertebb pszichológiai modell. Megalkotása Sigmund Freud (1856-1939) bécsi neurológus nevéhez fűződik. Elméletének alapfeltevése, hogy viselkedésünk nagy része tudattalan folyamatokból ered. Ezalatt Freud olyan gondolatokat, félelmeket és vágyakat értett, amelyekről a személy nem tud, azok mégis befolyásolják viselkedését. Ezen feltevések alapján vezetett be a lélektanba számos alapvető fontosságú fogalmat, mint például az *id*, az *ego*, a *szuperego*, az *örömelev*, a *valóságelv*, az *érvédő mechanizmusok*, az *énideál*, a *komplexusok* stb. és alkotta meg személyiségfejlődési elméletét és terápiás repertoárját. Freud mellett a kora pszichoanalitikusok közül ki kell még emelni Carl Gustav Jung és Alfred Adler nevét, akik kezdetben Freud tanítványai és követői voltak, később azonban Freud alaptételeit részben megtartva kiegészítették saját téziseikkel, új

iskolákat teremtve ilyen módon a mélylélektanban. Az irányzat későbbi fejlődési vonalából a self-pszichológia és a tárgykapcsolat-elmélet létrejöttét emelném ki.

4.1.2. A behaviorista modell

A pszichodinamikus modell követőéhez hasonlóan a behaviorista szemléletű szakemberek is determinisztikusan szemlélik az emberi működést. Úgy vélik, cselekedeteinket nagyban az élettapasztalatok határozzák meg (15). Mindemellett a tudattalan folyamatok helyett a környezet ingereire adott válaszokra, viselkedésekre összpontosítanak. Elsősorban a tanulás folyamatait, alapelveit kutatják. Figyelmük középpontjában a kondicionálás áll, amelynek során azt vizsgálják, hogy az ingerek és a viselkedést megerősítő jutalmak változtatásával hogyan tudják befolyásolni a viselkedést. A klasszikus kondicionálást Ivan Pavlov orosz fiziológus írta le állatkísérletei alapján. Elméletén számos viselkedésterápiás módszer (pl.: szisztematikus deszenzitizáció) alapul. A behaviorista megközelítések másik nagy irányzata az Edward L. Thorndike és B.F. Skinner nevéhez fűződő, a megerősítés fontosságát hangsúlyozó operáns kondicionálás, amelyiken szintén számos viselkedésterápiás módszer (pl.: zsetongazdálkodás) nyugszik. A harmadik behaviorista elmélet a modellkövetés fontosságát hangsúlyozza. A modellkövetés olyan tanulási forma, amelyben a személy a megfigyelésen és utánzáson keresztül sajátítja el válaszait, azaz megfigyeli másokat és utánozza a viselkedésüket. Ez különösen akkor valószínű, ha a leutánozott viselkedést megerősítés (jutalom) követi. A modellkövetés leírása és a modellkövetéses terápia megalkotása Albert Bandura nevéhez fűződik.

4.1.3. A kognitív modell

Kognitív elméletek első ízben történő felvetése Aaron Beck és Robert Ellis nevéhez fűződik. A két elméletalkotó az 1960-as évek elején azt állította, hogy a viselkedés, a gondolkodás és az érzelmek háttérében kognitív folyamatok állnak, és hogy a rendellenességeket úgy érthetjük meg, ha a kognitív tartományt vizsgáljuk. A rendellenes működés mögött tehát kognitív problémák, sajátos nyugtalanító gondolatok és illogikus gondolkodási folyamatok állnak. Ezeket nevezi Ellis irracionális alapfeltevéseknek, Beck kognitív terápiájában pedig negatív automatikus gondolat, diszfunkcionális attitűd és maladaptív séma elnevezéssel jelenik meg. A kognitív gyökerekkel rendelkező,

napjainkban divatos és sokat ígérő neurolingvisztikai programozásnak nevezett pszichoterápiás irányzatot is e modell keretei között megemlíteni. Fő módszere a nyelvi szinten történő újraprogramozás, amelynek következtében lehetővé válik a viselkedésünket meghatározó korábbi emlékeink, élményeink átdolgozása, újraértelmezése (15).

4.1.4. A humanisztikus-egzisztencialista modell

A humanisztikus és az egzisztencialista elméletalkotókat a meglévő különbségek ellenére általában együtt, egy kategóriába sorolva emlegetik, mivel mindkét megközelítés az emberi lét tágabb dimenzióira összpontosít (16).

A humanisztikus megközelítés képviselői szerint az ember alapvetően barátságos, kooperatív, konstruktív lény, akit élete során az önmegvalósítás elve, a jószágra, és a személyes növekedésre való törekvés vezérel. Ezen elvek alapján dolgozta ki Carl Rogers (1902-1987) a kliensközpontú terápiás megközelítést, amelynek legfontosabb elemei és hatótényezői a feltétel nélküli elfogadás, az empátia és a kongruencia, amelyek segítségével növelhető a kliens önismerete, önellfogadása, tudatossága (17).

Az egzisztencialisták úgy vélik, hogy a pszichológiai diszfunkciókat az ember önbecsapásai okozzák, ami alatt az élet felelősségei elől való menekülést, és annak fel nem ismerését értik, hogy saját maguk azok, akik értelmet adhatnak életüknek, valamint hogy ennek megvalósításához rendelkeznek a szükséges képességekkel és szabadsággal. Az egzisztencialista terapeuták arra bátorítják klienseiket, hogy vállaljanak felelősséget életükért, bajaikért, ismerjék fel, hogy választásaikban szabadok, és lehetőségük van értelemmel és értékekkel teli autentikus életre. A humanisztikus terapeutákhoz hasonlóan nagy hangsúlyt fektetnek a klienssel való kapcsolat minőségére, légkörére. Legjelentősebb képviselői közül Viktor Frankl emelném ki, aki megállapította (náci koncentrációs táborba zárva), hogy a szenvedésben spirituális jelentést felfedezni képes áldozatok ellen tudnak állni a kétségbeesésnek és életben maradnak. Az ő nevéhez fűződik a logoterápiának nevezett egzisztencialista terápiás forma megalkotása is (16).

4.1.5. A biológiai modell

A jelenlegi pszichiátriai gyakorlatban legelterjedtebb, ám dolgozatom témáját tekintve legkisebb fontossággal bíró biológiai modellt igyekszem a lehető legrövidebben ismertetni. Az elsősorban biológiai megközelítésekkel dolgozó szakemberek minden pszichológiai esemény háttérében az agy és az idegrendszer aktivitását feltételezik, és igyekeznek azt a testen belül (elsősorban az agyban) zajló neurotranszmitter rendszer változásaihoz kapcsolni. Az egyes funkciókat és diszfunkciókat pedig bizonyos agyterületek működéséhez kötik. Beavatkozási módszereik ennek megfelelően elsősorban neurobiokémiai (gyógyszeres) természetűek.

4.1.6. A szociokulturális modell

A szociokulturális modell szerint az ember szociális lény, emberek és intézmények veszik körül, kapcsolatokban vesz részt, emiatt a rendellenes viselkedésformákat legjobban az egyénre ható szociális és kulturális hatótényezőknek a tükrében vizsgálhatjuk és érthetjük meg. Alapvető feltételezéseit a szociológia és az antropológia területéről meríti. Az emberi viselkedést társadalmi terméknek tekintő szociokulturális elméletalkotók szerint a normálistól eltérő viselkedés megértéséhez elsősorban a társadalmi kontextust kell figyelembe venni. Az elméletek a családon belüli struktúrára és kommunikációra, a szociális hálózatokra, a társadalmi stresszre, a társadalmi címkékre és a reakcióra összpontosítanak. A szociokulturális modellnek köszönhető a (természetesen nem csak szociokulturális megközelítésekkel dolgozó) csoportterápia elterjedése, a Moreno nevéhez fűződő pszichodráma alkalmazása, valamint ezzel a megközelítéssel írható le leginkább az önsegítő csoportok és közösségek működése.

4.2. Az addiktológia alapmodelljei

A szenvedélybetegségek kezelésében használatos megközelítések öt alapmodelljét Gerevich foglalta össze, a következő részben ezeket kívánom röviden ismertetni, nagymértékben támaszkodva az általa írtakra. Az önmagukban (tisztán) ritkán alkalmazott alapmodellek egy fókuszra összpontosítanak, az okokról alkotott hipotéziseik jól leírhatók kezelési céljaik és stratégiáik, előnyeik és hátrányaik alapján (18).

4.2.1. A morális modell

A kronológiai szempontból legelső modell a kémiai dependenciát erkölcsi gyengeségre, az akaraterő hiányára vezeti vissza. A gyógyítás és a rehabilitáció célja a kliens akaraterejének fejlesztése, hogy a későbbiekben képes legyen ellenállni a kísértésnek. Legfőbb hátránya, hogy alá-fölé rendeltségi viszonyba helyezi a klienst és a segítőt. A segítőnek ez a „bíró” szerepe mindenképpen növeli a kliens büntudatát, ami visszaeséshez vezethet.

4.2.2. A tanulási modell

A tanulási modellben az addikció a hibás tanulási folyamatra vezethető vissza. Eszerint a felfogás szerint a szerfogyasztás tulajdonképpen a gyermekkori családi környezet által nyújtott szerfogyasztói minták elsajátításának következménye. Ebben a tekintetben a modell rokonságot mutat a korábban ismertetett modellkövetéses behaviorista modellel, a kognitív modellel, illetve származtatható azokból. Sajnálatos tény, hogy a Pavlovhoz, később a szovjet pszichiátriához köthető rossz emléké „terápiás” beavatkozások, mint például a hazánkban is széles körben alkalmazott averzív kondicionálás emléke miatt napjaink terapeutái félve nyúlnak viselkedésterápiás megoldásokhoz az alkoholfüggők kezelése során, annak ellenére, hogy az addikció kondicionált elemei ismertek, és a lehetőségek tárháza gyakorlatilag végtelen (19). A kognitív megközelítések alkalmazása terén talán egy kicsit előbbre járunk (20, 21), de kevés a kognitív modellben gondolkodni képes, annak technikáit alkalmazni tudó szenvedélybeteg ellátásban dolgozó segítő.

4.2.3. A betegségmodell

A betegségmodell szerint az addikció ismeretlen eredetű, gyógyíthatatlan, élethosszig fennálló betegség. Éppen ezért az okok pontos ismerete nélkül csak tünetileg kezelhető. A tüneti kezelés pedig nem más, mint a teljes absztinencia kialakítása és hosszú távú megőrzése. Egyik változata, a pszichofarmakológiai modell szintén a tüneti kezelést hangsúlyozza, mégpedig pszichotrop szerek átmeneti vagy tartós adásával. Így az előző részben ismertetett biológiai modellel állítható párhuzamba.

4.2.4. Az önmedikalizációs modell

Az önmedikalizációs modell nézeteit követők szerint a kémiai dependencia egy pszichés betegség tünete, vagy valamilyen pszichológiai funkció deficitjének kompenzáló mechanizmusa. A szenvedélybeteg valójában lelki beteg, szerfogyasztásával lelki betegségének kellemetlen tüneteit csillapítja. Ebből következően a gyógyítás célja nem is lehet más, mint az eredeti lelki betegség gyógyítása, amely aztán maga után vonja a szerfogyasztás megszűnését.

4.2.5. A szociális modell

A szociális modell alapállítása szerint a kémiai addikció nem más, mint kulturális, szociális, kortárs, vagy családi hatások következménye. A kezelés célja, hogy a kliens szociális funkcióit megváltoztassuk. Két legfontosabb része a környezet megváltoztatása és a külső stresszhatásokra adott adaptív válaszok kialakítása, fejlesztése. Fő beavatkozási módszerei a pár- és családterápia, csoportterápia, a bentfekvő kezelés, és az önsegítő csoportok. Véleményem szerint ez a modell nyilvánvalóan levezethető az előző rész szociokulturális modelljéből.

4.3. A konzultáció elméleti és gyakorlati irányzatai

A konzultáció, mint segítő technika definícióját Rácz József közvetítésével Cavanaghtól kölcsönöztem, aki 1982-ben a következőket fogalmazta meg: „a konzultáció azt a kapcsolatot jelenti, amely egy képzett segítő és egy segítséget kereső személy között jön létre. A kapcsolatban mind a segítő készségei, mind pedig az általa kialakított atmoszféra segíti a klienseket, hogy megtanuljanak magukkal és másokkal olyan viszonyt kialakítani, amely a fejlődésüket elősegíti.” (10, 22) A szerző hangsúlyozza még, hogy a konzultáció tanulási folyamat, amelynek során a segített személy adaptív viselkedéseket tanul meg, miközben maladaptív viselkedései háttérbe szorulnak. Rácz szerint ezek a maladaptív viselkedések lehetnek kórosak, vagy egészségesek, lényeges tulajdonságuk az, hogy a személy szükségletkielégítését és fejlődését gátolják.

A konzultáció megjelenésekor az 1940-es és 1950-es években kezdetben a pszichoanalízist fogadták el általános elméleti alapnak. Hamar megjelent azonban mint általános megközelítési mód, Rogers személyközpontú módszere. Napjainkra négy fő

irányzat alakult ki, amelyek mindegyike egy-egy pszichológiai alapmodellt felhasználva született meg (23). Mivel elméleti háttérüket és beavatkozási technikáikat a lélektanból és a pszichoterápiából merítették, és azok köthetők a korábban ismertetett pszichológiai modellekhez, részletes ismertetésüktől eltekintek, csak felsorolom őket:

1. Pszichoanalitikus (A mélylélektanból merít.)
2. Kognitív (Alapja a kognitív pszichológia.)
3. Affektív (Háttérét a humanisztikus és egzisztencialista megközelítések adják.)
4. Behaviorista (Természetesen a behaviorista pszichológiai modellt használta fel.)

4.4. A szociális esetmunka irányzatai

A professzionális szociális esetmunka fejlődéstörténetében Mary Richmond munkássága révén indult meg az elméleti keretek rendszerének kialakítása. 1915-ben egy neves amerikai oktatási szakember, Abraham Flexner még úgy nyilatkozott, hogy a szociális munkát nem tekinti önálló foglalkozásnak, szakmának, mert nincs rendszerezett, kimunkált továbbadható ismeretanyaga, módszertani eszköztára. A szociális munkán belül megindult módszertani fejlődés mellett jelentős hatást gyakoroltak az esetmunkára a pszichoterápia, pszichiátria és a mentálhigiéné területén megjelenő áramlatok. Kiemelkedő jelentőséggel talán a krízisintervenciós és a rendszerszemléleti megközelítésekkel dolgozó eljárások bírtak. Mindezek történetéről és az esetmunka fejlődéséről, iskoláiról Szabó Lajos „Szociális esetmunka” című, a magyar szociális szakképzésben széles körben ismert és alkalmazott könyvében tudósít (24).

4.4.1. A diagnosztikai iskola

A korábban említett Mary Richmond kezdetben a szociális munka orvosi modelljét követte. Ebben a felfogásban a szociális szakember diagnózist állít fel, kezel. Ez tulajdonképpen a diagnosztikai iskola fő forrása. A korai szociális munka az ekkor még hiányzó elméleti keretet a kor kibontakozó nagy eszmeáradatában, a pszichoanalízisben találta meg. Ebből következően megközelítésének fő szempontjait a korábban a lélektani modellek között ismertetett pszichodinamikus irányzat elemei adták. Ennek megfelelően elsősorban az egyéni esetkezelés fejlődött. Legfőbb hátránya ezen szemléletnek, hogy

többszörre a személyiségen belüli folyamatokra koncentrálnak, kevés figyelmet fordítva az egyén és környezete viszonyára, interakcióira.

4.4.2. A funkcionális iskola

Az 1930-as években az addig egyedülálló diagnosztikai iskola mellett egy új elméleti modell, a funkcionális iskola kezdett kibontakozni. Térhódításának oka valószínűleg az lehetett, hogy a korábbi segítő modell nem bizonyult elég hatékonynak a környezeti nyomások között fellépő szociális problémák kezelésére. A szakmai önállósodás útjait járva a szociális munka ekkor kezdett leválni a pszichiátriáról, és elszakadni annak elméleti-módszertani bázisától. A kor két jeles képviselője a szociális munkában Jessie Taft és Virginia Robinson, akik nevéhez fűződik a funkcionális modell kimunkálása.

A funkcionális megközelítés középpontját Otto Rank gondolata adta, amely szerint a segítő munka központi feladata az egyén belső fejlődéslehetőségeinek kibontakoztatása. Ez az alapelv köszön vissza később Carl Rogers személyközpontú pszichológiájában is, amely aztán napjainkig uralkodó elméleti és módszertani megközelítésévé vált a szociális munkának (24).

4.4.3. A pszichoszociális megközelítés

Az ötvenes években vált nyilvánvalóvá, hogy a korábban ismertetett két iskola szembenállása és harca értelmetlen, illetve azok alkalmazott megközelítései a gyakorlatban egymással jól ötvözhetőek. A két irányzat összegzésével Florence Hollis dolgozott ki egy kompromisszív modellt, azzal a céllal, hogy egyensúlyt találjon az esetmunka gyakorlatában a pszichodinamikai és a környezeti tényezők figyelembevételében.

4.4.4. A viselkedéslélektani irányzat

Az 1960-as évektől a pszichoterápiás irányzatok fejlődésének hatására olyan próbálkozások jelentek meg a szociális esetmunkában, amelyek a pszichoterápiában alkalmazott új módszereket közvetlenül átemelték gyakorlatukba. Így történt ez a viselkedésterápiával is, annak a klinikai gyakorlatban való elterjedése idején. Kezdetben a szociális munkások átvették a viselkedésterápia módszereit, és ugyanolyan indikációs

szempontok mentén, ugyanazokkal a kliensekkel, ugyanazokkal a módszerekkel dolgoztak. Később a kognitív megközelítések megjelenésével és integrációjával Dean Hepworth és Jo Ann Larsen alkotta meg a szociális esetmunka azon módszerét, amelyben az akció fázist változás-orientált fázisnak nevezik, és nagy súlyt fektetnek a problémamegoldó készség fejlesztésére, valamint a kognitív újrastrukturálásra (24).

4.5. Az eklekticizmus

Tévedés volna azt gondolni, hogy a gyakorló szakemberek az ismertetett modellek közül egyet kiválasztva, csak annak elméleti megközelítéseit és technikai bázisát felhasználva gondolkodnak és végzik munkájukat. A különböző modellek gyakran jól megférnek egymás mellett, sőt előfordul, hogy jól ötvözhetők egymással. Az Amerikai Egyesült Államokban működő konzultáns-képzések 25%-ára az eklektikus megközelítési mód jellemző. A konzultáció fogalmának megalkotása miatt már említett Cavanagh (22) 1982-ben „egészséges” eklektikus megközelítést javasol, amely megköveteli a konzultánstól, hogy alaposan értse és ismerje a felhasznált elméleteket, rendelkezék az emberi magatartás alapvető egységesítő filozófiájával, amely eltérő elméletek egymástól különböző részeit értelmes kollázsban hozza össze, és a megközelítés módját rugalmasan alakítsa a klienshez, nem pedig fordítva. „Az eklekticizmus tulajdonképpen nem más, mint különböző forrásból származó kompatibilis adatok rendezett összekapcsolása egy harmonikus egésszé.” (22)

Egy 1994-ben 818 pszichológus, konzultáns, pszichiáter és szociális munkás bevonásával végzett vizsgálat során kimutatták, hogy a gyakorló klinikusok 38%-a vallja magát „eklektikusnak”. Emellett a pszichodinamikus modell követőinek száma haladta csak meg a 10%-ot, a többi eleméleti megközelítéshez tartozónak csak a megkérdezettek ennél kisebb része vallotta magát (22).

Az addiktológia alapmodelljeinek ismertetése során Gerevich is kitér rá, hogy az általa leírt modellek szinte soha sem állnak önmagukban, az integratív modellek mellett érvel, valamint megemlíti a Névtelen Alkoholisták Közösségét, amelynek felépülési modellje (a tizenkét lépés) több alapmodellből is merít (18).

A pszichoterápia tekintetében Buda Béla egyenesen a szintetikus felfogás mellett tör pácát, a XXI században csak a különböző irányzatok integrációját, azok együttes alkalmazását tartja eredményesnek és követendőnek (25).

4.6. A narratív pszichológiai megközelítések alkalmazása

4.6.1. Határterületi alkalmazások

Az elmúlt évtized során az egészségpszichológia, a kriminológia, kriminálpszichológia gyakorlói is szívesen nyúltak a narratív megközelítésekhez a számukra érdekes összefüggések, például a drogfogyasztás és a kriminalitás, az értelmi fogyatékos és az erőszak, vagy éppen a prostituált életforma és az identitás kapcsolatának feltárása, leírása céljából. Három francia szerző, Natacha Brunelle, Serge Brochu, és Marie-Marthe Cousineau azt vizsgálta, hogy miként működik a fiatalok saját személyes észlelése a drog és a kriminalitás viszonyáról életpályájukon. Kvalitatív kutatási megközelítésben 38 fiatalok (16-18 év közötti, 22 fiú, 26 lány) droghasználó és bűnelkövető önéletrajzi beszámolóit használták. Azt feltételezték, hogy a Goldstein 1985-ben alkotott háromoldalu drog-kriminalitás modelljét eredményeik részletes pontossággal alátámasztják. A kutatáshoz használt interjúk felvétele során nyitott kérdéseket alkalmaztak, megengedve az értelmezést, érzések kifejezését, így tárták föl a problémakörrel kapcsolatos történeteket. A kapott adatok Goldstein modelljének egyes részeit valóban finom pontossággal erősítették meg, ám egy más típusú drog-kriminalitás viszony megléte is nyilvánvalóvá vált a beszámolókból. Nevezetesen a Goldstein által elnevezett „pszichofarmakológiai” és a „pénzügyi” drog-kriminalitás kapcsolat megléte igazolódott, illetve egy hiányzó (amelyikben nem tárható fel ok-okozati viszony), vagy köztes kapcsolat is. A goldsteini modell szisztematikusnak nevezett elmélete, amely szerint valamiféle bűnözői, alvilági szubkultúra szociális szabályrendszere állhat a fogyasztó bűnözővé válásának hátterében, viszont nem nyert megerősítést (26).

Egy másik tanulmányban Tomasoni és Bates értelmi fogyatékos bűnelkövetők két csoportjának (erőszakos és szexuális bűncselekményt elkövetők) pszichológiai működését vizsgálták önéletrajzi emlékek elemzésén keresztül az EMP (*Early Memory Procedure*) módosított verziójának használatával. 32 értelmi fogyatékos bűnelkövetőt (17 szexuális és 15 erőszakos) vontak a vizsgálatba, akiknek 3 korai spontán emléket és 3

irányított emléket (büntetés, anya és trauma) kellett felidézni az EMP használata során. Az emlékek tartalmát pontosították a módosított *Early Memory Aggression Potential Scoring System* használatával. Ezzel mérték fel az agresszió (fizikai, szexuális, pszichés, tulajdonra irányuló) gyakoriságát és intenzitását. Eredményeik szerint az agresszió mindegyik formája megjelent több mint egy emlékből mindkét csoportnál. Szignifikáns különbség volt a csoportok között a szexuális agresszió potenciálban és a tulajdon ellen irányuló károkozásban, de nem volt szignifikáns különbség a pszichológiai és fizikai agresszióban. Az erőszakos bűnelkövetők a komoly agresszióknak inkább áldozatai voltak, míg a szexuális bűnelkövetők egyenlő mértékben voltak elkövetők és elszenvedők. Az erőszakos támadók negatívabban fogták fel magukat, másokat és környezetüket, mint a szexuális bűnelkövetők. Az emlékek életszerűen idéződtek fel, és a düh volt a leggyakoribb érzelm, amit megtapasztaltak emlékeikben. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy az önéletrajzi emlékek felmérése értelmi fogyatékos bűnelkövetőknél hasznos megközelítés lehet az aktuális pszichológiai problémák azonosításában (27).

Moscovici szociális reprezentáció elmélete alkalmazásra került az egészségpszichológiában is a múlt század második felében. Ekkor számos, betegséggel, egészséggel kapcsolatos szociális reprezentációkutatás látott napvilágot. Ezek eredményei szerint a betegség nem önálló entitás, hanem szociális és kulturális közegbe ágyazott magyarázó modell. Az egészséggel és a betegséggel kapcsolatos szociális reprezentációk fontos szerepet játszanak a betegség megelőzésében, illetve a gyógyulásban (28). További jelentős eredményekkel bővítik jelenkori tudásunkat egy közelmúltban megjelent tanulmány szerzői, Sarah Pressman és Sheldon Cohen, akik kutatásuk során 96 pszichológus és 220 szépirodalmi alkotó digitalizált önéletrajzát elemezte. Egy számítógépes program segítségével a szövegekben a szociális kapcsolatokra utaló szavak gyakoriságát mérték fel, mivel (általuk is hivatkozott) bizonyítékok vannak arra, hogy a szociális kapcsolataink minősége és mennyisége összefüggésbe hozható életünk hosszúságával. (29). Bár Ehmann Bea az irodalmi alkotók műveinek pszichológiai szempontú vizsgálatát, valamint azok eredményeinek klinikai alkalmazását a narratív pszichológia kialakulásának kezdeti időszakára teszi (11), a kutatók napjainkban is szívesen nyúlnak írók, költők alkotásaihoz, mint látjuk, olykor jelentős eredménnyel.

Daniele Carricaburu és Janine Pierret az élettörténet újrakonstruálását vizsgálta HIV fertőzöttek körében. Mélyinterjúkat vettek fel 44 aktuálisan tünetmentes férfitől, akik homoszexuális kapcsolat vagy haemofília orvosi kezelése során fertőződtek meg. Céljuk az volt, hogy jobban megértsék a kapcsolatot az infekció mindennapi életre gyakorolt hatásai és aközött, hogy milyen jelentőséget tulajdonítanak annak, hogy valaki HIV pozitív; hogyan történik az identitás újraalkotása. A mindennapi életre gyakorolt hatásokat a következő tényezőkkel kapcsolatban vizsgálták: az immunológiai állapot titokban tartásának fontossága; az immunológiai állapotukból adódó, saját maguk által vállalt korlátozások és kényszerek; a meginterjúvoltak belső tartalékait mennyire merítette ki az új szituációval való megküzdés. Az infekciónak való jelentőségtulajdonítás megnő, ahogy ezek az emberek újraértelmezik saját személyes és kollektív múltjukat. Az élettörténet újrakonstruálása megerősíti az identitásnak azokat a HIV infekciót megelőző elemeit, amelyek a haemofília vagy a homoszexualitás köré épültek. Ezt a jelenséget a szerzők életrajzi megerősítésnek nevezik, amely szerintük az életrajzi töréssel kapcsolatban fejlődött ki, mintegy válaszul, vagy megküzdési (coping) stratégiaként. A vizsgálatba került személyek legalább 2 éve fertőzöttek voltak, valamennyien tájékozottak voltak a betegségüket illetően. 24 homoszexuális és 20 haemofiliás férfit választottak a kísérletbe. Egyikük sem használt drogokat. A felvett interjú kérdései a mindennapi életre vonatkoztak. Eredményeik szerint a legszembeötlőbb különbség az volt a két csoport között, hogy a haemofiliások igyekeztek elrejtetni betegségüket, (a haemofiliát) míg a homoszexuálisok átlagos, mindennapi dolognak tüntették fel szexuális orientációjukat (30).

4.6.2. Alkalmazási lehetőségek a pszichiátriában

A narratív pszichológia módszereinek alkalmazásával az élettörténeti törésekről, az identitás alakulásáról, a szelf szerveződéséről szerezhetünk fontos, diagnosztikai szempontból értékes adatokat. Nem véletlen, hogy a klinikai pszichológiában és a pszichiátriában a szkizofrénia kutatói is próbálják a narratív pszichológia eszköztárát bevetni a kórkép további megismerésében. A téma szempontjából szinte kimeríthetetlen lehetőséget hordozó narratív megközelítések egyike a szkizofrén betegek önéletrajzi emlékezetének vizsgálata (31). A szerzők hipotézisükben azt feltételezték, hogy a mások mentális állapotáról alkotott feltevések megjelennek az önéletrajzi emlékezetben. Tanulmányukban megvizsgálták a kapcsolatot szkizofrén betegek önéletrajzi

emlékezetének utólagos átírása, előadása és az e területen használatos tesztek, az *Autobiographical Memory Interview* (AMI) és a *Theory of mind* (ToM) két résztesztjében elért eredmények között. A vizsgálatba 59, a DSM-IV alapján szkizofrének diagnosztizált, de önállóan, vagy majdnem önállóan élő beteg került, míg az egészséges kontrollcsoportba 44 személyt választottak. Életkor, nem és intellektuális szintjük alapján a két csoport megoszlása hasonló volt. A vizsgálati csoportba kerülők aktuális állapotát a Present State Examination (PSE) teszttel felmérték; 10 főnél észleltek negatív tüneteket, szociális bezárkózást, tompultságot pozitív tünetek nélkül, szintén tízüknél voltak megfigyelhetők a gondolkodás alaki zavarai, és téveszmék, 16 személy esetében voltak feltárhatók üldöztetési téveszmék, 8 esetben voltak tapasztalhatók befolyásoltatásos doxazmák, 15 főnek aktuálisan semmilyen szkizofréniára utaló tünete nem volt. Eredményeikkel kimutatták, hogy a szkizofrén betegek minden feladatban alulteljesítettek. Egyértelmű különbség volt látható a két csoport mindkét tesztben elért eredményei között. Továbbá a szkizofrén csoportban tendenciózusan megmutatkozott a lényegtelen, felesleges, vagy negatív életesemények felidézése az AMI teszt válaszaiban, függetlenül attól, hogy a vizsgálati csoportba kerülő betegek aktuálisan milyen tüneteket mutattak (31).

László János kutatásai elvezettek az irodalmi szöveg megértés szociális-kognitív modelljéhez, amely szerint az irodalmi jelentés a szöveg és az olvasó szociokulturális ismereteinek találkozásából születik. Munkatársaival kidolgozta a szociális reprezentációk narratív genezisééről és szerveződéséről szóló elméletet, a pszichológiai tartalomelemzés szekvenciális modelljét, és ezen belül a narratív pszichológiai tartalomelemzés eljárását. Erről részletesen a „Identitás és szociális reprezentáció” című tanulmányában számolt be 1999-ben (32).

Beck módszereit követve Tringer László a szorongásos betegek jellegzetes gondolkodási torzulásait, illetve ezeknek nyelvi síkon való megjelenését mutatta ki (33). Chomskytól kölcsönzött gondolata szerint a kognitív sémák egyben nyelvi sémák is. Állítása szerint a megismerő, vagy patológiás sémák lényegében nyelvi struktúrák. Az ismeret tehát nem a valóság valamely idegrendszeri lenyomata, hanem az egyén által a valóságról alkotott hipotézis. Ebből következően a lelki gyógykezelés tulajdonképpen nem más, mint új jelentések konstruálása (5, 6).

4.6.3. Addiktológiai alkalmazási lehetőségek

Az addiktológia önmagukban ritkán alkalmazott alapmodelljei (18); a morális modell, a tanulási modell, a betegségmodell, az önmedikalizációs modell, és a szociális modell talán a morális modell kivételével mind rokoníthatók a pszichológia valamelyik nagy elméleti modelljével, vagy akár eredeztethetők azokból. Az addiktológia területén alkalmazott pszichoterápiás gyakorlat nagymértékben támaszkodik a tanuláselméleti megközelítésekre, a viselkedésterápiás technikák széles tárháza áll rendelkezésünkre a szenvedélybetegek kezelésében, a kognitív terapeuták pedig megalkották az addikció kognitív modelljét, amelynek legfőbb jellegzetességeit magyar nyelven Bodrogi Andrea foglalta össze (20). Munkájában számos szenvedélybetegtől kölcsönzött idézet, közlés segítségével mutatja be az addikciót fenntartó hiedelmeket, amelyek azonosítására és módosítására építi fel a terápiás koncepciót. A kognitív pszichológia talaján az alkalmazott nyelvészet, a kommunikációelmélet, a kulturális antropológia és a szociálpszichológia eredményeinek és módszereinek ötvözésével létrejött narratív megközelítések elterjedése természetszerűleg hozta magával azok megjelenését az addiktológiai kutatásokban és a gyakorlatban. Az élettörténeti interjú és az önéletrajz a korábbinál is kedveltebb „műfajjá” vált az addiktológia ellátó intézményeiben. Sok kutató használ fel jelentésközpontú adatként narratívumokat, analizálják a személyes betegségértelmezéseket azzal a céllal, hogy azonosítsák a megküzdési stratégiákat, amelyek az emberi lét szenvedéseit ruházzák fel értelemmel. Ezek a narratívumok gyakran származnak klinikai esettanulmányokból, vagy a páciensektől interjúk során nyert elbeszélésekből. A történetek annak ellenére is tartalmazznak feldolgozható adatokat, hogy a páciensek személyes sorsáról szólnak. A történetek az emberi megértés alapkövei, a személyes tapasztalatok kinyilvánításának eszközei, amelyek alkotása során épül fel azokból a realitás. Sok terápiás csoportban a történetmondás a tapasztalatok megosztásának módja, amely a közös probléma megoldását szolgálja. A 12 lépéses felépülési modellre épülő önsegítő és terápiás módszerek a narratív megközelítések megjelenése előtt is szívesen és sikerrel alkalmazták történetmondást üléseik során. Ez vetette fel azok hatásmechanizmusainak narratív szemléletű leírását, amellyel számos közlemény foglalkozott a közelmúltban. Vibeke Steffen a narratívák közösségi természetéről és folyamatosságáról írt 1997-ben, és arról, hogyan jelennek meg ezek a Névtelen Alkoholisták (AA) közösségeiben. A tanulmány egy, az AA és a *Minnesota Modell* elvei alapján Dániában működő alkoholbetegeket kezelő intézményben 1990 és

1993 között folytatott kutatáson alapszik. AA gyűléseken elhangzott különböző történeteket dolgoz fel, azonosítva bennük a személyes és a szociális, valamint kulturális szinteket, szem előtt tartva az interperszonális kapcsolatokat, valamint a csoportok megosztott identitásának megalkotását. Részletesen ismerteti az elhangzó történetek műfaji sajátosságait, miközben arra a következtetésre jut, hogy az AA csoportokban elhangzó történetek műfajukat tekintve az önéletrajz és a mítosz közötti kontinuumban foglalnak helyet. A személyes és a kollektív tapasztalat olvad egybe a terápiás folyamat során (34).

Helen Keane 2001-ben megjelent esszéjében az addiktológiai önéletrajzot, mint önálló műfajt elemzi, mutatja be. Három szöveggel foglalkozik, kettő közülük felépült drogfüggő orvosoktól származik, a harmadik pedig egy felépülő alkoholfüggő anyától. Míg ezek őszinte „igaz történetekként” írják le önmagukat, addig ugyanezek a beszámolók olvashatók úgy is, mint kifinomult termékei az identitás megjelenítésének, hasonlóan az AA összejövetelein és irodalmában elmesélt történetekhez. A fókusz azon van, ahogy ezek a szövegek egyszerre reprodukálják és aláássák az addikciónak azt a fogalmát, amely szerint az a szelf betegsége. Keane szerint a függők által megosztott közös identitás azon leckék egyike, amelyet a szerzőknek meg kell tanulniuk a felépüléshez, de a kiterjedt személyes narratívumok nem különíthetik el a „betegséget” a testtől, amelyben megjelenik, és a specifikus történelmi, szociális és intézményi kontextusoktól sem, amelyekben az addikció tapasztalása kialakult (35).

A szerző a *Private Practice* (Patrick Reilly); *White Rabbit* (Martha Morrison); *A true story of a drunken mother* (Nancy Lee Hall) c. írásokat elemezte. Elemzése során arra a következtetésre jut, hogy a felépült függők az addikciót mint problémát felismerik, azonosítani képesek az ebből fakadó további következményeket, problémákat, ám a függőség kialakulásának szociális kontextusban megjelenő élményeit nem élik át, annak nem tulajdonítanak jelentőséget (35).

Adam Rafalovich sok más szerzőhöz hasonlóan a narratív pszichológia megközelítéseit találja legmegfelelőbbnek a világszerte legelterjedtebb önsegítő módszer (12 lépéses program) hatótényezőinek leírására. Több, mint 2 éven keresztül gyűjtött etnográfiai adatokat mintegy 150 Névtelen Narkomán (NA) összejövetel során, kutatómódszertani elvek és megalapozott elméletek mentén. A csoportokon elhangzó tanúságtételek

analízisén keresztül vizsgálta az identitás változásának folyamatát, egész pontosan a „felépült függővé” válást. A kutatás alapját a szerző által személyesen látogatott NA gyűléseken elhangzott történetek, tanúságtételek szolgáltatták. Azt próbálja bizonyítani, hogy a történet konstruálja az NA-ban a környezetet, amelyik aztán reflexív viszonyban áll az identitással. Következtetései szerint a függő identitás a történetek nyelvezetében fejeződik ki, és a történetmondók előszeretettel használják ezt a kifejezőmódot, amely az NA identitást jeleníti meg. Az elhangzott történetekből jelentős hosszúságú részleteket dolgoztak fel, módszerük igyekszik bemutatni az ilyen típusú identitás alakulásának dinamikáját. A történeteket feldolgozásuk során jellegzetes tartalmi szakaszokra bontotta és összegyűjtötte a szakaszok közös jellegzetességeit. Végül levonta a konzekvenciát, miszerint az NA egy narratív közösség, amelyet a betegség (függőség) okozta szenvedés tart össze, különböztet meg másoktól. Az egyenlőség eszméje lehetőséget ad a reflexióra, amelyek egyéni erőfeszítéseket eredményeznek és egyfajta rugalmasságot kölcsönöznek a személynek (36).

Gerald V. Mohatt, S. Michelle Rasmus, Lisa Thomas, James Allen, Kelly Hazel és Chase Hensel egy nagyszabású alaszakai kutatás eredményeiről tudósítanak 2004-es tanulmányukban. Lefolytatott kutatási programjuknak két célja volt, amelyeket a kutatás I. és a II. fázisában külön-külön valósítottak meg. Az I. fázis célja egy kvalitatív tanulmány lefolytatása volt, amelyben a kutatás azoknak a specifikus protektív és felépülést segítő tényezőknek a feltárását célozta, amelyek az alaszakai bennszülöttek józanságában fontos szerepet játszanak. Eredményeik nyomán kifejlesztették a protektív és felépülést támogató faktorok heurisztikus modelljét, és ezeknek a faktoroknak a mérési lehetőségét is kidolgozták. A II. fázisban végezték el a felmérések bevezetését ezáltal adatokat biztosítva a validáláshoz. Az I. fázis az élettörténeti elemzés módszerét használta fel. 101 alaszakai bennszülöttet interjúoltak meg, akik között voltak felépült alkoholfüggők (58 fő) és akiknek sohasem volt alkoholproblémájuk (43 fő). Az utóbbi csoportban egész életük során absztinensek és problémamentes ivók is voltak. Az élettörténeteket leírták és analizálták, majd felhasználták a modell megalkotásához. Az analízisek eredményeként létrejött a protektív tényezők heurisztikus modellje. Az eredményül kapott többszintű és többtényezős modell az

1. egyéni , családi és közösségi jellemzőknek,
2. az elszendedett trauma és az arra adott egyéni és kontextuális válasznak,

3. a szerhasználatból való kisértelésnek és a személy szociális környezetének,
4. a fordulópontokra, vagy a józanságra vonatkozó döntésre reflektáló jelenségeknek

interaktív és megfordított befolyásait írja le. Mindezeknek a protektív tényezőknek a közvetítésében a kulturális faktorok hangsúlya jelentős. A szociális ivók esetében a rugalmasság a magabiztosságból, a hatékonyságból, az önuralomból ered, amely képessé teszi őket stresszes vagy potenciálisan traumatizáló környezetben is sikeres megküzdésekre. Ezzel ellentétben számos absztinens esetében a hatékonyság inkább közösséggel kapcsolatosan meghatározható fogalom, amelyben elsősorban a közösség ellenőrzése játszik szerepet. Az egyik típusnál a kontrollt az egyén, míg a másik esetében a közösség gyakorolja. Az eredmények azt sugallják, hogy a megelőző beavatkozásoknak egyszerre kell fókuszálni a közösségre, családra, és az egyéni szintekre, hogy minden szinten kiépítsék a protektív faktorokat és a rugalmasságot (resiliency). A kognitív folyamatok között a reflexióra való képesség kiépítésének különös fontossága van, hogy engedje az egyént átgondolni a problémákat, és meghozni a döntést alkoholfogyasztásával kapcsolatban (37).

Vilma Hanninen és Anja Koski-Jannes finn szerzőpáros azt vizsgálta, hogy miként látják saját változásaik folyamatát a különböző szenvedélybetegségekből felépülő emberek. Kutatásuk során 51 történetet elemeztek, amelyeket legalább 3 éve absztinens függőktől nyertek. A vizsgálati személyek között voltak alkoholfüggők, polydrogfüggők, túlévők, nikotinfüggők, szexfüggők, és játékszenvedélyesek, férfiak (22 fő) és nők (29 fő) egyaránt. A kísérleti személyektől nyert egyes szám harmadik személyben írt felépüléstörténeteket elemezték azzal a céllal, hogy alapvető típusokat határozzanak meg közöttük. A betegség magyarázatára és a felépülés kulcskérdéseire vonatkozó jellegzetes kifejezések alapján sikerült öt különböző narratíva típust elkülöníteniük, amelyek megfeleltethetők voltak az egyes függőségtípusoknak. Az általuk leírt jellegzetes narratívák és a nekik megfelelő függőségtípusok a következők voltak: *Névtelen Alkoholista* narratíva – felépülő alkoholfüggők, *felnövés, öntudatra ébredés* történetei – szintén alkoholfüggők, *szeretet/szerelem* narratíva – korábbi bulimiások, *(ön)uralom* – leszokott dohányosok, *kodependencia* történetek – polydrogfüggők. A feldolgozott történetek mintegy ötödét egyik csoportba sem sikerült besorolniuk (38).

Alain Cerclé munkatársaival a francia Vie Libre nevű, egész országra kiterjedő önsegítő mozgalom közösségeiben elhangzó tanúságtételek szövegeit vette vizsgálat alá. Alapfeltételezésük szerint ezek a tanúságtételek nem mások, mint a hiedelmek, ideológiák, mítoszok, történetek kifejeződései, amelyek igazolják, életben tartják a közös tapasztalatot. A tanúságtételek 224 személytől származtak, akik 1954 és 1992 között kapcsolódtak be valamelyik önsegítő közösségbe. A jól szakaszolható betegség-, és felépüléstörténetek vizsgálata során leírhatóvá vált a folyamat, ahogy az egyes személyek a „kell” típusú kijelentések felől a „szeretném, akarom” típusúakon keresztül eljutottak a „szabad nekem” állapotig, amelyet a „tudom hogyan” kifejezéssel leírt kialakult kompetencia szakasza, majd a cselekvési szakasz (változás, változtatás kulcsszavakkal) követett, végül az értékelő, megerősítő szakasz zárt, miközben a laikus betegségértelmezésekből és az egyéni élettörténetekből kikristályosodott a „közös tudás”. A folyamatot a szerző a szenvedélybetegek szelf – reprezentációjának kognitív-diszkurzív újraépítéseként értékeli, természetesen az önsegítő közösségek működésének megragadható hatótényezőjét látja benne (39).

Elena Klaw és Keith Humpreys 30 *Moderation Management* (MM) elnevezésű önsegítő közösségbe járó személy élettörténetének elemzését ismerteti. A MM olyan amerikai önsegítő közösség, amelyik problémaivók számára kíván támogatást nyújtani alkoholfogyasztási szokásaik moderálásához. A magyar addiktológiai gyakorlattól és az önsegítő mozgalmaktól is teljesen idegen megközelítés az Amerikai Egyesült Államokban is gyakran talál elutasításra a 12 lépéses módszerek filozófiáját valló közösségek és a szakma részéről. A vizsgálatban 15 nő és 15 férfi vett részt, mindannyian 28 és 59 év közötti korúak. Mindannyiuk célkitűzése ivásuk csökkentése volt, mindannyian MM programban vettek részt, és egyikük sem látogatta az AA találkozóit. A kísérleti személyektől interjúkat vettek fel, amiben alkoholproblémájukról és a MM programba való bekapcsolódásukról kellett mesélni. AUDIT kérdőívet vettek fel tőlük, amelynek eredményei alapján többségük nem merítette ki az alkohol okozta dependencia zavar diagnózisát. Az interjúkat szóban személyesen vagy telefonon vették fel, rögzítették, majd leírták. Elemzésükhöz a NUD*IST tartalomelemzést segítő szoftvert vették igénybe. Az általuk a jelenség leírására alkalmasnak vélt nyelvi kódok megjelenése alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a MM tagjai nem hisznek abban, hogy problematikus ivásuk gyógyíthatatlan betegség, hogy számukra a teljes absztinencia a járható út, vagy hogy egy „felsőbb erő” irányításának kellene alávetni

életüket a felépülés érdekében. Az MM világnézete az önkontrollt és a szabad választást hangsúlyozza, a szerzők tapasztalatai szerint értékei és narratívái jobban megfelelnek az amerikai fehér, jól képzett középosztályhoz tartozók számára (40).

A közelmúlt hazai kutatásai közül B. Erdős, Kelemen és Csürke „A felszabadulási rituálék szerepe egy élhető világ kialakításában” című közleménye emelhető ki, amely a nyelvi kifejezésmódon keresztül egy konkrét, terápiás és prognosztikai szempontból igen fontos jelenség, a „felszabadulási rituálék” és azok nyelvi kifejeződésének vizsgálatával foglalkozik. A szerzők arra a kérdésre keresték a választ, hogy milyen kommunikatív jegyek különböztetik meg a rítus magjának tekinthető igazi változást annak pusztá imitációjától. Éppen ezért felépülő és visszaeső szenvedélybetegek szövegeit egyaránt vizsgálták. Vizsgálatuk eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy a felépülők beszéde jól leírható az átmeneti rítus, mint szimbolikus halál és újjászületés terminusaiban, a visszaesők viszont elsősorban pusztán kollektív sablonok mögé rejtőznek. A Leo Amici Alapítvány 12 lépéses felépülési modellre alapozott rehabilitációs intézményében narratív módszerekkel feltárt eredményeikről, egy sajátos józan szenvedélybeteg nyelvi kódrendszer létezéséről több közleményben is beszámolnak (41, 42, 43). A beavatási rítusok fontosságának, illetve azok hiányának feltárására Péley Bernadette egész könyvet szentel, amelynek során az archaikus beavatási rítusok pszichológiai funkcióira építve mutatja be a beavatáshiányos modern társadalmakban a deviáns viselkedés társaslélektani hátterét, illetve kábítószer használó és a normális életvezetésű fiatalok élettörténeti elbeszélésének pszichológiai elemzésével a korai szülő-gyermek kapcsolatok jelentőségét világítja meg (44). A korábban említett finn szerzőpáros megközelítésehez hasonló nézőpont alkalmazásával Rác József és munkatársai végeztek tartomelemzéses vizsgálatokat hazai droghasználók körében. Érdeklődésük középpontjában az addikció és az abból való felépülés során a személyiség megfigyelhető belső folyamatai mellett a szerfogyasztók függőségképe állt. A felépülők narratíváiban egyértelműen azonosítani tudták a személyiség küzdelemből fakadó „gazdagodására” utaló nyelvi kódokat. Másik fő megállapításuk az volt, hogy a közbeszédet uraló kábítószeres diskurzus jelentésteremtő erővel rendelkezik (45). Tapasztalatuk összecseng Kézdi Balázs korábban említett megállapításával, amely szerint a diskurzus szisztematikusan formálja, vagy akár létre is hozza önmaga tárgyát (14).

5. Vizsgálatok

5.1. Alkoholfüggő férfiak nyelvi kifejezőmódjának vizsgálata

5.1.1. Problémafelvetés, a kutatási téma meghatározása

Az alkoholbetegekkel végzett munka során felkeltette érdeklődésünket az alkoholfüggők nyelvi kifejezőmódjának néhány jellegzetessége, a jelenség objektivizálási lehetősége, illetve esetleges visszafordíthatósága. A Zala Megyei Kórház Pszichiátriai Osztályán elsőként folytatott vizsgálatunkban alkoholfüggő férfiak nyelvhasználatának jellegzetességeit kutattuk. Célkitűzésünk az volt, hogy megtaláljuk azokat a sajátos eltéréseket, amelyek az alkoholfüggők nyelvi kifejezőmódját jellemzik. Ezek vizsgálatához az érvényes szakirodalmi adatok és saját szubjektív megfigyeléseink figyelembevételével a következő hipotéziseket állítottuk fel:

5.1.2 A vizsgálat hipotézisei

I. Az alkoholbetegek nyelvi kifejezőmódja (és ennek háttérben gondolkodásmódja) a zavarra jellemző módon, az egészségesekétől mérhetően eltér.

II. A korábbi problémafókuszú vizsgálatok által igazoltaktól eltérően a nyelvi kifejezőmód nem csak a kritikus, megküzdést igénylő helyzetekkel kapcsolatos kommunikációban tér el mérhetően, hanem az ettől eltérő, semleges, vagy pozitív érzelmi töltésű élethelyzetekkel, szituációkkal kapcsolatosan is.

III. Tartós (legalább 2 év) absztinencia után ezek a jellegzetes, alkoholfüggőségre specifikus nyelvi kifejezőmódbeli eltérések részben állandósulnak és megmaradnak, de kis részben az egészségesekre jellemző módon helyreállnak (tehát nem a krónikus alkoholfogyasztóknál jelentkező agyi strukturális elváltozások és az ezzel együtt járó kognitív teljesítményromlás következményei).

5.1.3. A vizsgálat módszere, a tartalomelemzés

A tartalomelemzés szisztematikus kvantitatív elemző eljárás annak érdekében, hogy valamilyen következtetést vonjunk le a szöveg írójának (elbeszélőjének) szándékairól, motivációjáról, vagy valamilyen, a szövegből kirajzolódó tendenciáról (9). Egyszerűbb megfogalmazásban a tartalomelemzés arra kíván fényt deríteni, hogy ki, mit mond, hogyan és miért. A tartalomelemzés első dokumentált esete egy XVII. századi svédországi vizsgálat, amelynek során egy zsoldárgyűjteményt vizsgáltak azzal a szándékkal, hogy tartalmaz-e a hivatalos vallástól eltérő, veszélyesnek tartott szektás elemeket. Az elemzés megállapította, hogy a zsoldárok az elfogadott vallási elemeket, szimbólumokat tartalmazzák, de olyan szövegek környezetben, amely a hivatalostól eltérő felfogást tükröz.

A modern tartalomelemzés ennél jóval később, a XX. század elején keletkezett. A módszer lényege az, hogy egy szöveg elemzési egységeit (szó, mondat, vagy bekezdés) előzetesen meghatározott kategóriákba soroljuk, majd a megoszlás alapján mennyiségileg elemezzük. Tulajdonképpen a szöveget számokká konvertáljuk, amit statisztikai szempontok mentén vizsgálhatunk. Kezdetben társadalomkutatók használták, elsősorban hírlapvizsgálásra. Olyan egyszerű kérdések vizsgálatával, mint például bizonyos témák előfordulási gyakorisága, terjedelme más témákkal összehasonlítva, bizonyították például az Amerikai Egyesült Államokban, hogy az 1880-as években a lapokban háttérbe szorultak a vallásos, irodalmi és tudományos témák a pletyka és sport tárgyú témák mellett.

Hírnevet a tartalomelemzés igazán a második világháborúnak köszönhetően szerzett. Az Amerikai Szövetség Kommunikációs Bizottság elemzőinek a tartalomelemzés módszerével sikerült előre jelezniük a német csodafegyverek Anglia elleni bevetésének várható időpontját. Goebbels beszédeit figyelve az elemzők, akik között pszichológusok is akadtak, a fegyverek gyártására vonatkozó áthallásokat véltek felfedezni, és alig néhány hetes eltéréssel képesek voltak megadni a támadás várható időpontját (11).

A tartalomelemzés lényegét tekintve tulajdonképpen kódolási művelet, amellyel a nyers adatokat standardizált formába alakítjuk át. A szóbeli, vagy írott közléseket lekódoljuk, illetve osztályokba soroljuk valamely fogalmi keretnek megfelelően.

A közlések manifeszt tartalmát meglehetősen egyszerű vizsgálni. Egy-egy meghatározott kategória (kód) alá tartozó, a vizsgálni kívánt jelenséget tartalmában hordozó, arra utaló szavak előfordulását számoljuk meg. Ez a fajta, tisztán kvantitatív meghatározás Berelsontól származik. A látens tartalmat ennél nehezebb megközelíteni, mert a vizsgálni kívánt jelenségre utaló, de azt szó szerint meg nem nevező kategóriákat lényegesen nehezebb meghatározni (46), ám Morant szerint a tartalomelemzésnek erre is ki kell terjednie. Álláspontja szerint a tartalomelemzésnek nem csak arra kell fókuszálnia, hogy egy kép, egy viselkedés, vagy egy téma milyen gyakorisággal fordul elő, hanem a tartalom részletekbe menő elemzésével meg kell kísérelnie a rejtett jelenségek és asszociációk dekódolását (11).

A technikai fejlődés, a számítástechnika megjelenése lehetőséget adott a módszer egyszerű alkalmazására. Már a kezdeti, lyukkártyás számítógépek korában készültek programok, amelyek leegyszerűsítették a tartalomelemzést, illetve annak adatfeldolgozását. Ekkor jelentek meg a klinikumban is a tartalomelemző pszichológusok, akik a módszert elsősorban kognitív és affektív működések vizsgálatára használták. A személyi számítógépek elterjedése újabb fejezetet nyitott a tartalomelemző programok készítésében és felhasználásában. Napjainkban számos kiváló tartalomelemző program könnyíti meg a kutatók és a klinikusok munkáját.

5.1.4. A mintavétel

Hipotézisek igazolására a Zala Megyei Kórház Pszichiátriai Osztályának Addiktológiai Részlegén az ott folyó diagnosztikai és terápiás tevékenység során összegyűlt információkat, dokumentumokat dolgoztuk fel retrospektív módon, illetve a nyert, feldolgozott információkhoz hasonló módszerekkel egészséges személyek, illetve tartósan absztinens alkoholbetegek csoportjából származó adatokkal vetettük össze.

Elsődleges információforrásként az osztályunkon alkalmazott, megerősítés nélküli kulcsinger expozíciós csoportkonzultáció szolgált, amelynek harmadik ülésében a csoport tagjai korábbi életükből egy saját alkoholfogyasztásukhoz kötődő kellemes emléket, mulatságos, emlékezetes történetet kell felidézzenek. Ezen történetek szövegeinek elemzése, illetve egészséges kontrollcsoporttól, valamint osztályunkon korábban megfordult, tartósan absztinens alkoholfüggőktől nyert hasonló történetek szövegeivel való összehasonlítása útján kívántuk hipotéziseinket igazolni. Az elsődleges vizsgálati csoportba osztályunkon fekvő alkoholbeteg személyek kerültek, akik felvételi diagnózisuk szerint megfeleltek a BNO-10 F10.2 diagnosztikai kritériumainak, és ezt az ASI teszt drog- és alkoholfogyasztási fejezetében elért súlyossági indexük pontszerűen megerősítette valamint ezzel együtt felvételükkor más pszichés zavart nem diagnosztizált a felvevő orvos. Az eredmény alkoholfüggőségre specifikus voltának biztosítása érdekében a nevezett teszt utolsó, pszichiátriai státusz fejezetében elért eredményt szűrési céllal használtuk, hogy más pszichiátriai betegségekre jellemző nyelvi kifejezőmódbeli változások ne kerüljenek a vizsgálandó anyagba. Különös tekintettel a részteszt első kérdésére, amelyik a korábbi pszichiátriai, nem addiktológiai kezelésekre kérdez rá. A pozitív válasz egyértelműen a vizsgálatból való kizárást jelentette.

A tartósan absztinens alkoholbetegekből álló csoportba korábban osztályunkon megfordult, az előbbieken említett módon alkoholfüggőnek (másnak nem) diagnosztizált, legalább két éve alkoholt nem fogyasztó betegek kerültek. Az osztályunkkal szorosan együttműködő Névtelen Alkoholisták helyi csoportjából és az Addiktológiai Gondozóban működő Józanágörző csoport tagjai közül választottuk ki őket az említett szempontok szerint. A tőlük nyert szövegek felvételére jó lehetőséget biztosított a nyáron megrendezésre került közösségi szocioterápiás program Somogybükkösdön, ahol tartósan absztinens alkoholbetegeket táboroztattunk aktuálisan osztályon kezelt absztinenciára motivált paciensekkel.

Az egészségesekből álló kontrollcsoportba ASI teszt segítségével szűrt negatív addiktológiai és pszichiátriai státuszú személyek kerültek.

Mivel osztályunkra főleg férfiak kerülnek, és többnyire a 35 és 50 év közötti korosztályból, mindhárom csoportba 35 és 50 év közötti férfiakat választottunk. Emellett fontos megjegyezni, hogy a nők férfiakétól eltérő alkoholfogyasztási szokásai (jellemzően zugivás) miatt az alkoholbeteg nők szociokulturális, szubkulturális háttere, interperszonális kapcsolataik jelentősen eltérnek a férfiakétól, emiatt a jelen vizsgálatban

a két nem egymástól szigorúan elkülönítendő, vizsgálatom ezúttal csak a férfiak nyelvi kifejezésmódjára terjedt ki. Mivel az Országos Addiktológiai Intézet éves statisztikáiban (és máshol sem) nem találtunk az alkoholfüggőség miatt kezelt személyek iskolai végzettségére utaló adatokat, a Zala Megyei Addiktológiai Gondozó nyilvántartásából a 35 és 50 év közötti alkoholfüggő férfiak iskolai végzettségéről készített statisztikánk alapján 3:2:1 arányban szakmunkásképzőt, középiskolát, és felsőfokú iskolát végzetteket választottam az összehasonlítani kívánt csoportokba. Csak általános iskolát vagy annál kevesebb osztályt végzetteket egyik csoportba sem választottunk, hogy az általunk kapott eredményeket az esetleges alacsony iskolázottsági szint ne befolyásolja.

5.1.5. A vizsgálat menete

A kiválasztási kritériumoknak megfelelő, tartósan absztinens betegektől az erről szóló részletes tájékoztatás, valamint beleegyezésük után vettük fel, a korábbiakban jellemzett szöveganyagot. Hasonlóan jártunk el a megfelelően kiválasztott egészséges kontrollcsoport tagjaival is. A mintavétel nagysága mindhárom csoport esetében 20-20 fő volt. Az így nyert anyagokat szintén az említett eszközökkel és célzattal elemeztük.

A felvett történetek lényegesen eltérő terjedelme miatt minden narratívumból hasonló terjedelmű részeket emeltünk ki és társítottunk az azonos csoportból kiemelt szövegrészekkel. Az így kapott, hasonló terjedelmű (19KB) szövegmintákat vetettük alá a már említett módon az összehasonlításnak. Az említett terjedelem a kórházban fekvő csoport esetében 1806, a józan alkoholfüggőknél 1665, a civil kontrollcsoportnál pedig 1622 szót jelentett.

A jelenség vizsgálatára nyelvi kódokat alkottunk, amelyekről feltételeztük, hogy alkalmasak a keresett különbségek azonosítására. Kórházi osztályon (addiktológiai részlegen) kezelt alkoholfüggőnek (F 10.2.) diagnosztizált, és korábban osztályon kezelt, szintén alkoholfüggőnek diagnosztizált, de legalább két éve absztinens, valamint egészséges férfiaktól saját alkoholfogyasztásukkal kapcsolatos történeteket vettünk fel, amelyeket az Atlas.ti 5.0 (trial free version) tartalomelemzést segítő program használatával hasonlítottunk össze. A korábban felállított diagnózis mellett az Addikció Súlyossági Index (ASI) részpróbáit használtuk a minta kiválasztására, illetve más pszichés zavarban szenvedők kiszűrésére.

5.1.6. A vizgálathoz alkalmazott eszközök

A vizgálatba kerülő személyek kiválasztásához az osztályunk diagnosztikai gyakorlatában alkalmazott Addikció Súlyossági Index Gerevich és munkatársai által fordított és validált magyar változatát, illetve annak drog- és alkoholfogyasztással kapcsolatos, valamint a pszichiátriai státuszt tartalmazó résztesztjeit használtuk fel (42,43). Az ASI tulajdonképpen egy félig strukturált kérdőív, bizonyos kérdések megválaszolása explorációt igényel, és az adott választ az interjú felvevőnek kell értékelnie. Előnye, hogy ugyanezt az értékelést a kliens is elvégzi. A kétféle értékelés összehasonlítása hozzájárul a kliens problémái súlyosságának becsléséhez, a terápiás terv elkészítéséhez. Az interjú hét dimenziót (egészségügyi státusz, munkahely és társas támogatás, drog- és alkoholhasználat, jogi problémák, családi állapot és problémák, családi és szociális helyzet, pszichiátriai státusz) tartalmaz, mindegyik kilencfokú súlyossági skálán értékel. Felvétele kb. 60 percet vesz igénybe. A problémás élethelyzetekkel és életeseményekkel kapcsolatosan külön rákérdez az utóbbi 30 napra, így a terápia során többször felvehető, a változás pedig számokban megadható.

Az osztályon fekvő, illetve tartósan absztinens, valamint az egészséges kontrollcsoport kiválasztása után a vizgálatba kerülő személyektől nyert, diktafon segítségével magnókazettán rögzített szövegeket gépelt formában számítógép és az Atlas.ti 5.00 (trial free version) nevű, széles körben alkalmazott számítógépes tartalomelemzést segítő program igénybe vételével hasonlítottuk össze.

5.1.7 Az elemzés

A fent ismertetett kiválasztási kritériumoknak megfelelően az osztályunkon összegyűlt információból, a magnófelvételen rögzített történetekből készített írásos anyagot az Atlas.ti 5.00 program segítségével elemeztük, elsősorban a szókinsre, illetve bizonyos szavak gyakoriságára célozva. Sajátos nyelvi kódokat alkottunk, amelyekről feltételeztük, hogy alkalmasak a három vizsgálati csoport nyelvi kifejezésmódbeli különbözőségének leírására. Az általunk alkotott nyelvi kódok a következők:

Az első a negatív kód, amelyet Kézdi Balázstól kölcsönöztünk, különös tekintettel az alkoholfüggőség és az öngyilkosság összefüggéseire, és arra a felfogásra, amely szerint az alkoholfüggőség egyfajta „prolongált szuicidiumként” értelmezhető. Emellett persze a negatív kód az alkoholbetegekre jellemző tagadás, illetve pesszimista beállítottság jelenlétének bizonyítására is alkalmas. A negatív kódot a tagadószavak és a fosztóképző alakjainak megjelenési gyakoriságával gondoltuk leírhatónak:

NEGATÍV:=ne*|se*|soha*|*tlan*|*tlen*|*talan*|*telen*.

A második kódot azon jelenség megfigyelésére alkottuk, amikor a vizsgálati személyek önmagukról beszélnek, ám mondataikban alanyként nem az egyes szám elsőszemélyű személyes névmást használják, hanem azt az *ember*, *valaki*, *bárki* szavakkal helyettesítik. Ez véleményünk szerint jól mutatja az alkoholbetegek felelősség távolítására, megosztására való törekvését. ÁLTALÁNOS:= valaki*|akárki*|bárki*|mindenki*|az ember*.

Annak ellenére, hogy a történetek mindegyike múlt időben került megfogalmazásra, elmesélésre, a jövőidejűség megjelenésének keresésére is alkottunk kódot. A célszemélyeknek a jövőhöz való viszonyát, jövőképét illetően vártunk ettől használható információkat. JÖVŐ:=majd*|fog*|lesz*|holnap*

Az alkoholfogyasztás említését, vagy arra utaló szavakat is kerestünk, azzal a céllal, hogy az iváshoz való kötődésük erősségét hasonlíthassuk össze ezáltal. ALKOHOL:= inni|isz*|itt*|sör*|bor*|pálinka*|konyak*|vodka*|rum*|pia*|üveg*|*pohár*.

A szókincs hiányainak pótlására igyekvő törekvésként jelennek meg a szópótló szavak, amelyek jelenlétét szintén vizsgáltuk a felvett szövegekben. SZÓPÓTLÓ:=*izé*|v|ami*|akármi*|bármi

A következő kód segítségével a kötőszavak, illetve azok csoportjainak (kapcsolatos, ellentétes, magyarázó) mennyiségi összehasonlításához a következő kódokat alkottuk:

KAPCSOLATOS:=és|s|aztán|azután|majd|meg|mikor|amikor.

ELLENTÉTES:=de|vagy|ám|ámde|azonban|pedig|mégis|viszont.

MAGYARÁZÓ:=mert|merthogy|ezért|azért|ahogy*|úgyhogy|minthogy|így|úgy|.

A három kategóriát együtt és külön-külön is vizsgáltuk, a szövegekben összehasonlítottuk.

Az egyes szám első személyű személyes névmás, illetve annak különböző ragozott alakjai, és megjelenésük gyakorisága szintén érdekes következtetésekre adhat lehetőséget. A történetekben elkülönítve kerestük az aktív, énrészesség vállalására utaló megjelenési formáit, valamint a passzív, a történetek átélője, elszenvedője szerepre utaló alakokat. Az előbbit az angol megfelelője alapján „i”, míg az utóbbit „me” típusnak neveztük el.

ÉN I:=én*|magam*|önmagam*|miattam|énmiattam|

ÉN ME:=engem|engemet|nekem|énnekem|belém|énbelém|

Az összehasonlítást ez esetben is elvégeztük együtt és külön a két típusban. Végül az Atlas.ti 5.00 program segítségével elvégeztük a típus/példány hányados kiszámítását, ami a használt szókincs gazdagságának, változatosságának összehasonlítására szolgál jól szemléltető mutatóként.

5.1.8.Eredmények

5.1.8.1. A kutatás hipotéziseit alátámasztó eredmények

Az általunk alkalmazott kódokkal történt elemzés négy kategóriájában a szövegekben a keresés eredménye és a típus/példány arány azt mutatta, hogy a legalább két éve józan alkoholbetegek nyelvhasználata az adott téren jobban hasonlít a civil kontrollcsoportéhoz, mint a gyógyulás elején álló alkoholbeteg sorstársaikéhoz. Az ezekben a kategóriákban kapott eredményeket oszlopdiagramban ábráztuk

A negatív kód

Elsőként az öngyilkosságkutatásban sokszor emlegetett és alkalmazott negatív kódot, ami a magyar kultúra negatív kódoltságán túl az alkoholbetegek nagy részére jellemző énvédő mechanizmust, a tagadást is jól szemléltetheti (1.számú ábra). A nemrégiben még alkoholfogyasztó függők esetében a szövegekben 62, a józan csoportban 47, a civil kontrollcsoportban 51 volt az előfordulások száma. 1. számmal a kórházban fekvő alkoholbetegeket, 2.-sel a józan alkoholfüggőket, 3.-sal a civil kontrollcsoportot jelöltük.

A kapcsolatos kód

A kötőszavak használatára vonatkozó vizsgálattal kapcsolatosan már a tartalomelemző program használata előtt feltűnt, hogy az első vizsgálati csoportba tartozók szövegeiben rengeteg a kötőszó, mégpedig elsősorban a legegyszerűbb, különös tartalmat nem hordozó összekötő típusú *és* használata volt nagyon gyakori. A korábban ismertetett *kapcsolatos* kód előfordulásainak száma a következőképpen alakult: Az első csoportban 100, a másodikban és a harmadikban egyaránt 74 megjelenést mutatott (2. számú ábra).

A magyarázó kód

A hipotézisek szempontjából hasonló eredmények születtek a magyarázó típusú kötőszavak esetében is. A nemrégiben még alkoholfogyasztó függők esetében 64, a józan alkoholfüggők esetében 85, a kontrollcsoportban 82 volt a találatok száma (3. számú ábra). Ez leginkább arra utalhat, hogy az első csoporthoz tartozók elbeszéléseiben nincs sok jelentősége az okozati összefüggéseknek, az események csak egymás után következnek, nem egymásból. Ez a szenvedélybetegekre jellemző sodródó életforma kifejeződése is lehet.

A kötőszavak egyesített kódja

Az összes a szövegekben használt kötőszó, vagyis a három külön kódként (kapcsolatos ellentétes, magyarázó) is vizsgált kategóriában is igazolódni látszanak a hipotézisek, ugyanis a legtöbb kötőszót az első (190), ennél kevesebbet (184) a második, és

legkevesebbet (176) a harmadik csoport használta (4.számú ábra). Meg kell jegyezzük, ez azért fontos, mert a kötőszavak ilyen mértékű használata szintelenné, szegényessé, akadozóvá teszi a szöveget. Az alkoholfüggők csoportjában akadt néhány történet, ahol a *kapcsolatos* kategóriába tartozó kötőszavak, valamint ezekkel összekapcsolt tömondatok alkották a történetet, határozók, jelzők nem színesítették az elmondottakat:

„**És** olyan szerencsénk volt, hogy az egyik parkírozóban állt egy teherautó, **és** megkérdeztük hogy, ilyen platós, hogy egy darabig nem-e vinne, vagy merre megy, **és** kérdezte hogy hová, mondjuk Pestre. **És** mondta, olyan húsz-harminc kilométert visz, szóval úgy araszolva azért haladtunk Pest felé, **és** meg is érkeztünk, **és** egy ilyen alföldi faluban lerakott minket, életünkben nem voltunk ott, először, de úgy jó kedvünk volt, hát hogy igen epedtünk az egy hetes turné után, **és** szóval mindenki kívánta, de már kevés pénzünk volt, szóval négyen talán ha meg tudunk inni egy-egy sört, vagy attól függ, hogy mennyibe kerül. **És** hát megkerestük a faluban a kocsmát, de hát vasárnap reggel volt, szóval később kel, **és** szóval még a kocsmá nem volt nyitva, gyalogoltunk tovább a faluba, **és** megtaláltuk a kultúrházat kitárt ajtókkal, **és** hát mondjuk, bemegyünk, megnézzük, hogy hátha van valami, végül is vesztenivalónk nincs, hátha van sör, mert akkor még inkább söröztünk, **és** kifutott egy ilyen kis paraszt bácsi nagy örömmel, lejattolt velünk, de jó hogy jövünk, már annyira várt, minket.”

A fent említett négy kódban a kapott eredmények eredmények khi-négyzet próba során szignifikáns különbséget mutattak a nemrégiben még alkoholt fogyasztó és a józan alkoholfüggő csoport között

(a khi-négyzet értéke: 8,19; $p=0,042$), míg a józan alkoholfüggők és a kontrollcsoport között nem volt kimutatható hasonló, szignifikáns különbség.

A típus/példány arány

A hipotézisben felvetetteket támasztotta alá a szógazdagság leírására, számszerűsítésére használható típus/példány arány (5. számú ábra) is, amelyből az derül ki, hogy legváltozatosabb, leggazdagabb szókinccsel a történetek elbeszélése során a civil kontrollcsoport dolgozott (0,52), őket követte a józan függők csoportja (0,47), a legszegényesebb szövegeket pedig az első vizsgálati csoportba tartozók produkálták (0,42). Valószínű tehát, hogy az alkoholbetegeknél megfigyelhető folyamat, a szókinccs elszegényedése nem irreverzibilis folyamat, a tartós józanság időszaka alatt kedvezően változik.

5.1.8.2. A kutatás hipotéziseit alá nem támasztó eredmények

Az általános kód

Kissé meglepő, nem várt eredményt hozott a vizsgálat ezen szakasza. Az egyes szám első személy helyett használt általánosító alanyok használatában, amelyik várakozásunk szerint a szenvedélybetegeknek a felelősség megosztásra való törekvését jelenítette volna meg, nem tapasztaltunk számottevő különbséget a három csoport szövegei között, egyaránt igen ritkán (1:2:1) éltek a kód alatt összefoglalt kifejezésekkel.

Az ellentétes kód

Az ebben a kódban összegyűjtött ellentétes tartalmú kifejezéseket, vagy tagmondatokat elválasztó kötőszavak előfordulási mértéke (6. számú ábra) a két alkoholfüggő csoport között nem mutat számottevő különbséget, míg az egészséges kontrollcsoportban mértéktől egyaránt eltér (26:25:20). Ezek gyakori használata véleményünk szerint bizonytalanságra, belső ellentmondásokra, ambivalenciára utal.

5.1.8.3. A kutatás hipotéziseit közvetlenül alá nem támasztó, ám jelentős eredmények

A jövő kód

Az egyébként múlt idejű történetekben a jövő idő megjelenését kutattuk ezzel a kóddal. Bár a hipotézisek alátámasztását a kapott adatok nem szolgálják, az eredmény mégis érdekes (7. számú ábra). Az első és a második vizsgálati csoport szövegeiben megegyező számú találat jelenik meg, míg a civil csoporté ettől jelentősen eltér (12:12:3). Ha azt feltételezzük, hogy ez a jövő miatti bizonytalanságot, vagy aggodást fejezi ki, akkor érthető, hogy az alkoholfüggőknél gyakrabban jelenik meg, ám meglepő, hogy ez a minimum két év józan időszak alatt nem változik meg. Emellett összecsengést vélünk felfedezni az előző szakaszban tárgyalt *ellentétes* kóddal (szintén lehet a bizonytalanság kifejeződése), amelyiknél hasonló eredményeket kaptunk.

Az alkohol kód

Az alkoholfogyasztásra közvetlenül, vagy közvetetten utaló szavak alkotta kód érdekes módon a civil kontrollcsoportban volt legritkábban fellelhető, leggyakrabban pedig a józan függők történeteiben. Az előfordulási arány 25:31:8 volt (8. számú ábra). Az elmesélt történetek mindhárom csoportnál alkoholfogyasztással kellett, hogy kapcsolatosak legyenek. Mindemellett úgy tűnik, hogy a civil csoport ennek nem tulajdonított túl nagy jelentőséget. Az pedig, hogy a józan csoport az ivást többször említi, jelentheti, hogy ők már erről nyíltabban, könnyebben képesek beszélni. A nemrégiben még fogyasztó függők esetében a kisebb számú megjelenés az alkoholfüggőknél leírt énvédő mechanizmus, az eltávolítás kifejeződése lehet, amit a mindennapi gyakorlatban az alkoholfogyasztás bagatellizálásaként észlelhetünk.

„...A történet majd bebizonyítja, hogy az **alkohol** nemre, kora és iskolai végzettségre való tekintet nélkül mindenkit leteper. A történet elég régi, de azt hiszem, hogy tanulságos. Évekkel ezelőtt, az apukám már beteg volt, és kaptam egy telefont, mert haldoklik. Ahogy megkaptam ezt a telefont, egyből elkezdtem **inni**, ez egy nagyon jó alkalom volt arra, hogy **ihassak**. Felültem az első buszra, ami Letenyére ment, ahogy leszálltam, szintén be az első kocsmába, és a szüleim házáig elég sok kocsmá volt, így mindegyiket meglátogattam, és mivel úgy éreztem, hogy nagy tragédia ért engem azzal, hogy az apukám ilyen beteg, egyre többet **ittam**. Amikor hazaértem, szerencsére láttam, hogy nincs olyan nagy baj, viszonylag jó állapotban találtam az édesapámat, és erre az örömről természetesen tovább folytattam az **ivásomat**, most már, idézőjelben, az apukám egészségére **ittam**. Megnyugodtam, hogy még sincs olyan nagy baj, és erre a legmegnyugtatóbb az volt, hogy a rokonokkal, barátokkal, ismerősökkel koccinthatam, akik szintén ott voltak nálunk. Olyannyira sikerült az apukám egészségére **inni**, hogy nagy nehézségek árán tudtam csak Zalaegerszegről visszamenni, útközben elhagytam a kis irattáskámat, elhagytam a lakáskulcsomat, ezt akkor vettem észre, amikor odaértem a lakásomhoz, és nem tudtam a saját lakásomba bemenni.” (Részlet egy józan alkoholfüggő történetéből.)

A szópótló kód

A szópótló kód alatt összegyűjtött, a beszélőnek éppen eszébe nem jutó szó helyett használt „izé” típusú szavak találat aránya (7:2:7) a józan alkoholfüggő csoportban mutatja a legkisebb előfordulást. Ezzel egybevág a szövegek felvételekor kialakult szubjektív benyomásunk, hogy ők azok, akik gondosan ügyelnek rá, hogy pontosan,

választékosan fejezzék ki mondanivalójukat, történeteikben jól elkülönülnek a tartalmi egységek, és törekszenek rá, hogy az elmesélteknek legyen mondanivalója, tanulsága. Ők a „profi történetmondók”.

Az én kód

Az egyes szám első személy használatának gyakoriságával kapcsolatosan végzett vizsgálatunk is meglepő eredményeket produkált. Az egyes szám első személyűség megjelenése a józan alkoholfüggők csoportjában volt a leggyakoribb, ám ezzel együtt ők voltak azok, akik a „me” típusú, passzív megjelenési formát a legkevesebbszer alkalmazták, az aktív „i” típust pedig 34 alkalommal. A történeteiknek, azok eseményeinek tehát maguk voltak a főszereplők, irányítók, de mindenképpen nagyon aktív részeseik. Szorongásos betegeknél és alkoholfüggőknél egyaránt leírt jelenség a projekciónak nevezett énvédő mechanizmus, amelynek legegyszerűbb jelentése az, hogy a személy az őt feszítő belső problémákat a külvilágra vetíti ki, problémája forrását a külvilág elemeiben látja. Ezzel együtt a saját sorsának alakulásáért, bajaiért felelősséget nem vállal, mások és a körülmények áldozatának pozíciójába helyezkedik. E jelenséget objektivizálni választottuk ezeket a kódokat. Az énrészesség és a saját sors feletti felelősség vállalásának mértékében a vizsgálat eredményei szerint a józan alkoholfüggők fejlődése átlépi az egészséges kontrollcsoport által képviselt mértéket is. Említettük, hogy a józan alkoholbeteg minta kiválasztáshoz a városunkban működő sorstárs segítő közösségek nyújtottak segítséget. A Névtelen Alkoholisták Közösségéhez tartozó személyek történeteiben már korábban is megfigyeltük a „központozás” megváltozását. Ennek szemléltetésére a következő példa szolgál: Oszályon fekvő alkoholbeteg mondja: „...két éve iszom, mert akkor elhagyott a feleségem.” Ugyanez a beteg néhány hónap múlva, a Névtelen Alkoholistákhoz tartozóként: „...két és fél éve elhagyott a feleségem, mert nagyon ittam.”

A jelenség kialakulásában valószínűleg fontos szerepe van az egyén felelősségvállalását hangsúlyozó közösségeknek, mint amilyen a Névtelen Alkoholisták Közössége.

5.1.9.Összegzés

Azon felvetésünket, hogy az alkoholfüggő férfiak nyelvi kifejezésmódja az egészségesekétől mérhetően eltér, tulajdonképpen az *általános*, a *szópótló*, az, *én „i” típus* és az *én „me” típus* kódok alatt felsorolt szavak előfordulási számának összehasonlítása kivételével az összes többi kódolás eredménye alátámasztotta. Az összes többi kód (*negatív, jövő, alkohol, ellentétes, kapcsolatos, magyarázó, kötőszó*) használata, valamint a típus/példány arány meghatározása mérhető különbségeket igazolt. Hipotéziseink bizonyítására általunk alkotott kódok közül a *negatív*, a *kapcsolatos*, a *magyarázó* és a *kötőszavak* egyesített kódjával történt vizsgálatban kapott eredmények khi-négyzet próbában szignifikáns eltérést jeleztek az alkoholfogyasztó és a józan alkoholfüggő csoport között. Sajnos a többi kódban mutatkozó különbségek mértéke ugyanolyan vizsgálatban nem igazolt szignifikáns különbséget. Ennek alapján elmondható, hogy az alkoholfüggő férfiak az egészségeseknél általában pesszimistábbak, hajlamosabbak, nyelvhasználatukban a tagadás alkalmazására, amely mint alkoholbetegeknél leírt énvédő mechanizmus is értelmezhető, a jövővel kapcsolatos aggodalmaik kifejezettebbek, az alkoholfogyasztásra utaló szavakat, kifejezéseket egy italozással kapcsolatos történetben többször használják (az ivás köré szerveződött életforma megnyilvánulása lehet), az ellentétes értelmű kötőszavak használata alapján aggodóbbak, bizonytalanabbak, nyelvhasználatuk kevésbé tükrözi az ok-okozati összefüggéseket, történeteik (életük) csak események összefüggés nélküli, időrendbeli láncolata az eseményeknek, valamint szókincsük szegényesebb, ami valószínűleg a beszűkült (szinte csak ivócimborákra korlátozódó) szociális interakcióik következménye.

Mivel az alkalmazott kódokkal feltárt eredmények mindhárom csoport esetében egy-egy kellemes, pozitív kicsengésű történetből, „jó sztoriból” származnak, bizonyítottan látjuk azt az állításunkat is, hogy az alkoholbeteg férfiak nyelvi kifejezésmódja a fent említett szempontok mentén, a más betegcsoportoknál alkalmazott problémás helyzeteket feltáró megközelítéseken túl, nem csak a kritikus, megküzdést igénylő szituációkkal kapcsolatosan tér el az egészségesekétől, hanem semleges, vagy pozitív érzelmi töltésű élethelyzetekkel kapcsolatosan is.

A harmadik hipotézis alátámasztását a kódok alkalmazása négy esetben támasztotta alá. A *negatív*, a *kapcsolatos*, a *magyarázó* és a *kötőszavak* egyesített kódja és a típus/példány

arány azt az eredményt hozta, hogy az ezek mentén leírható kifejezésmódbeli jelenségek a legalább két éve józan alkoholfüggők esetében jobban hasonlítanak az egészséges kontrollcsoportéhoz, mint a nemrégiben még alkoholfogyasztó sorstársaikéhoz. Röviden összefoglalva optimistábbak náluk (sorstársak), nagyobb hangsúlyt fektetnek az ok-okozati összefüggésekre, szóhasználatuk gazdagabb, választékosabb. Ez egyértelmű bizonyítékot jelent arra vonatkozóan, hogy a vizsgált nyelvi kifejezésmódbeli eltérések a tartós józanság során részben helyreállnak, tehát nem a krónikus alkoholfogyasztás szövődményeként kialakuló agyi strukturális elváltozások és az ezzel együtt járó kognitív teljesítményromlás következményei. Úgy tűnik, nem szűnik meg viszont a jövővel kapcsolatos aggodalom, az alkoholfogyasztás említésének gyakorisága (annak fontos szerepe), és az *ellentétes* kódban mutatkozó ambivalencia, belső ellentmondások.

A vizsgálat néhány, a hipotézisekben meg nem közelített jelenség létezésére is fényt derített. Ebben az *alkohol*, a *szópótló* és az *én* kódok játszottak szerepet. Következtetéseink szerint a józan alkoholbetegek amellet, hogy történeteik (és sorsuk) alakulásába fontos szerepet tulajdonítanak az alkoholnak, ezt nyíltabban, oldottabban közvetítik, italozó múltjukat jobban felvállalják. Emellet törekszenek a precíz, választékos, megszerkesztett beszédre. Valamint arányaiban sokkal inkább használják az egyes szám első személyiségben az *én* aktív formáit, önmagukat történeteik és sorsuk főszereplőiként, alakítóiként élik meg, nem pedig az események elszenvedőjeként, a külső körülmények áldozataként. Az itt felsorolt jelenségek abban érdekesek, hogy a három csoport közül leginkább a józan alkoholfüggőkre jellemzők, e téren kiemelkednek eredményeik mindkét vizsgálati mintához viszonyítva.

5.1.10. Következtetések

Az alkoholfüggő férfiak nyelvi kifejezésmódjának általunk feltárt eltérései nem csak az adott probléma leírására szolgáló jellegzetességek, hanem valószínűleg jelentősen csökkentik a kommunikációs hatékonyságot, betegeink érdekérvényesítő képességét. Ezen kívül a jelenség esetleges dekódolásával felkelthetik a szenvedélybetegek iránt ma még gyakran megnyilvánuló előítéleteket, kirekesztő törekvéseket. Jól megfoghatók a jelenségen keresztül azok a belső mechanizmusok, amelyek jellemzők az alkoholbetegekre, és amelyek átalakítása nélkülözhetetlen gyógyulásukhoz. Ilyen módon terápiás stratégiák, illetve a terápia eredményességét jelző módszerek építhetők a tőlük

nyert szövegek tartalomelemzés útján történő vizsgálatára. Talán nem megyünk túl messzire, ha azt mondjuk, hogy az alkoholfüggők nyelvi kifejezésmódjának eltéréseire specifikus eltérések leírására alkalmas nyelvi kódok gyűjteménye egyfajta diagnosztikai eszközként is funkcionálhatna, természetesen számos további kutatás eredményeként. A feltárt és még feltárható eredmények támpontul szolgálhatnak az alkoholbetegek kognitív terápiás megközelítései számára is. Az a tény, hogy az említett eltérések részben helyreállnak, nem defektus jellegűek, a jelenség miatt kialakult kommunikációs hátrányok is csökkenthetők célzott terápiás beavatkozásokkal, amelyek során fejlődik a kommunikációs hatékonyság. A kifejezetten erre irányuló tréningek egyébként gyakran részei a gyakorlatnak. És talán egy okkal több, hogy a régi, bevált szocioterápiás módszereket (biblioterápia, szociálterápiás szerepjáték, színházterápia stb.) továbbra is alkalmazzuk a szenvedélybetegek gyógykezelésében. Nem utolsó sorban meg kell említeni a józan közösségekhez tartozást, amelyiknek úgy tűnik, akkora ereje van, hogy a vizsgált nyelvi kifejezésmódot bizonyos szempontokból vizsgálva, egy nem várt, egészségesektől és alkoholbetegektől egyaránt eltérő irányba képes változtatni. A további társas kapcsolatok, érdekérvényesítés, önmegvalósítás szempontjából pedig úgy véljük, egyáltalán nem mindegy, hogy valaki a „kocsmák nyelvét” beszéli, vagy a „józanok nyelvét”. A narratív megközelítések fontos támponttal szolgálhatnak tehát az addiktológiai gyakorlat (diagnosztikai, terápiás és prognosztikai szempontból egyaránt) számára.

5.2. Szociális szavak visszaeső és felépülő alkoholbetegek önéletrajzaiban.

5.2.1. Problémafelvetés, célkitűzés

Az élethossz bizonyítottan összefüggésbe hozható az egyén társas támogatottságával, amelyre egy közelmúltban megjelent tanulmányukban Pressman és Cohan mutattak rá. Eredményeik alapján a szociális szerepekre és integrációra utaló szavak (pl.: apa, nővér, szomszéd, munkatárs, stb.) gyakoribb használata összefüggésbe hozható a magasabb megérett életkorral. Következtetésük szerint a szociális szavak gyakoriságának vizsgálata az önéletrajzokban indirekt mérési módszert biztosít a szociális kapcsolatok és az általuk előre jelzett várható élettartam vizsgálatára (29).

A szenvedélybetegek felépülésében a társas támogatottság fontossága, annak protektív hatásai régóta kutatott, többször bizonyított tények (47).

Ebből arra a logikus következtetésre juthatunk, hogy az alkoholfüggők önéletrajzaikban előforduló szociális szavak gyakorisága valószínűleg összefüggésbe hozható a felépüléssel, illetve a visszaeséssel. A következő vizsgálatunkban ezt a feltételezést próbáltuk igazolni.

5.2.2. Hipotézis

A felsorolt kutatások eredményeire támaszkodva következő hipotézist állítottuk fel: a szociális szavak használata, azok gyakorisága és mintázata felépülő és visszaeső alkoholfüggők önéletrajzaiban egymástól jellegzetesen eltér, illetve előre jelzi a felépülést, vagy a visszaesést.

Alkalmazását tekintve a hipotézis igazolása jelentős prognosztikai lehetőséget ígért, valamint az addiktológiai szociális munkában használhatjuk, elsősorban a feltáró munkában és a szükséges beavatkozások irányának kijelölésében.

5.2.3. Módszerek

Hipotézisünk igazolására A Zala Megyei Kórház Pszichiátriai Osztályának Addiktológiai Részlegén folyó diagnosztikai és terápiás tevékenység során nyert élettörténeti interjúkat dolgoztunk fel, és vetettünk össze tartósan absztinens alkoholbetegek csoportjából származó hasonló adatokkal.

A vizsgálatba kerülő személyek kiválasztásához az osztályunk diagnosztikai gyakorlatában alkalmazott AUDIT szűrőtesztet használtuk, amelynek legmagasabb súlyossági fokozata kongruens a BNO 10-ben meghatározott *alkohol okozta dependencia* (F10.2) diagnózissal. Egyéb pszichés zavarok kiszűrésére az ASI teszt utolsó résztesztjét (pszichés státusz) alkalmaztuk.

Az osztályon fekvő, illetve a tartósan absztinens csoport kiválasztása után a vizsgálatba kerülő személyektől nyert önéletrajzokat rtf. formátumban gépelve az Atlas.ti nevű, széles körben alkalmazott számítógépes tartalomelemző program segítségével hasonlítottuk össze.

5.2.4. A vizsgálati minta kiválasztása

Az első vizsgálati csoportba osztályunkon fekvő visszaeső (korábban kezelt és egy éven belül relapszus miatt újra osztályos kezelésbe került), a megvonási időszakon túljutott alkoholbeteg személyek kerültek, akik felvételi diagnózisuk szerint megfeleltek a BNO-10 F10.2 diagnosztikai kritériumainak, és ezt az AUDIT tesztben nyert súlyossági fokozat is megerősítette, valamint ezzel együtt felvételükkor más pszichés zavart nem diagnosztizált a felvevő orvos. Az eredmény alkoholfüggőségre specifikus voltának biztosítása érdekében az Addikció Súlyossági Index tesztvizsgálat utolsó, *pszichiátriai státusz* fejezetében mérhető eredményt szűrési céllal használtuk, hogy más pszichiátriai betegségekre jellemző eltérések ne kerüljenek a vizsgálandó anyagba (48, 49). Különös tekintettel a részteszt első kérdésére, amelyik a korábbi pszichiátriai, nem addiktológiai kezelésekre kérdez rá. A pozitív válasz egyértelműen a vizsgálatból való kizárást jelentette.

A tartósan absztinens alkoholbetegekből álló csoportba korábban osztályunkon megfordult, az előbbieken említett módon alkoholfüggőnek és másnak nem (ASI részteszt) diagnosztizált, legalább két éve alkoholt nem fogyasztó betegek kerültek. Az osztályunkkal szorosán együttműködő Göcsej Alkoholmentes Klub tagságából és a Névtelen Alkoholisták helyi csoportjából valamint az Addiktológiai Gondozó absztinens járóbetegei közül választottuk ki őket az említett szempontok szerint. Az absztinencia igazolására esetükben is az AUDIT tesztet használtuk (21).

Mindkét csoportba 30 és 50 év közötti pácienseket választottunk ügyelve arra, hogy kor, nem és iskolai végzettség szerint hasonló csoportokat képezzünk. A visszaesők csoportjába az említett szempontok szerint 30, a felépülőkébe pedig 20 személyt sikerült választanunk.

5.2.5. A kutatás menete

A fent ismertetett kiválasztási kritériumoknak megfelelő személyektől saját kézzel írt önéletrajzok készítését kértük, majd azokat számítógépen rtf. formátumban rögzítettük. Az összegyűlt önéletrajzi írásokból álló anyagot az Atlas.ti 5.00 program segítségével elemeztük a szociális szavak gyakoriságára célozva. Elsőként a két csoport önéletrajzainak egymáshoz illesztésével egy dokumentumot képeztünk, majd a nevezett program szószámlálójával kigyűjtjük a benne található összes szót. Ezt követően azokból kiválogattuk a társas kapcsolatokra utaló szavakat, azokból tartalmuk alapján kategóriákat alkottunk, és az azokhoz tartozó szociális szavak megjelenési gyakoriságát a két csoport önéletrajzaiból külön egyesített dokumentumban is megvizsgáltuk. A gyakoriságot az adott dokumentum összes szavával összevetett arányban határoztuk meg, ezrelékben fejeztük ki. Ezt követően az előforduló szociális szavakat, illetve a belőlük képzett tartalmi kategóriákat megvizsgáltuk aszerint, hogy jellemzően a visszaeső, vagy a felépülő csoport használja-e őket gyakrabban, így kaphattunk adatokat a szociális szavak használatának gyakoriságát és mintázatát illetően.

5.2.6. Eredmények

Bár a vizsgálat konkrétan nem célozta, a számítógépes tartalomelemzés során első szembetűnő különbség a két csoport önéletrajzai között a terjedelemben és a szókészletben mutatkozott. A visszaesők önéletrajzai nem csak rövidebbek voltak, de lényegesen kevesebb szót is használtak. Erre vonatkozóan az Atlas.ti program *word cruncher* funkciójában megjelenő típus/példány arány szolgáltatott adatokat, amelyre a felépülők esetében 0,44-ot míg a visszaesőknél 0,39-os értéket kaptunk.

A szociális szavak tartalmi szempontból képzett kategóriáihoz sorolt nyelvi adatok megjelenési gyakoriságában mutatkozó különbségek hipotézisünket a legtöbb kategória esetében alátámasztották (1. sz. táblázat).

A családi kapcsolatokra utaló szavak esetében azt tapasztaltuk, hogy az anya, a gyermekek, és más családtagok (tágabb család, vagy szűkebb rokonság) említése tekintetében nagyobb megjelenési gyakoriság volt mérhető a felépülők szövegeiben, ellentétben az apa megjelenési gyakoriságával, ahol fordított volt a helyzet. A

családtagok egyesített kategóriája is az általunk feltételezett különbséget mutatta (10. sz. ábra). Érdekes módon a baráti kapcsolatok említésének gyakoriságában nem tudtunk kimutatni hasonló eltérést.

A sem családi, rokoni, sem baráti kapcsolatok közé nem osztályozható szociális szavakat *egyéb kapcsolatok* kategória alatt gyűjtöttük össze. Ide soroltunk olyan szavakat, mint pl. az *osztálytárs*, *szomszéd*, *katonatárs* stb. Az így alkotott kategóriában mért előfordulási gyakoriságok különbsége szintén igazolta feltételezésünket (11. sz. ábra).

Az elemzett önéletrajzok szókészletében felfigyeltünk még olyan különböző társas szerveződések megjelenítő szavakra, mint a *csapat*, a *közösség*, a *társaság*, a *klub*, a *gyűlés* és a *kollektíva* valamint a *vendég* szavak, amelyek a visszaesők esetében gyakorlatilag nem voltak kimutathatók ($R < 0,001$), míg a felépülők esetében ezek is megjelentek ($R = 0,023$). Ehhez igen hasonló eredményt kaptunk a kifejezetten önszorgásra, sorstársakra, önszorgító közösségekre utaló szavak előfordulási gyakoriságában is.

A Pressman és Cohan által használt kizárólag névszókkal leírt társas kapcsolatokon kívül megfigyeltünk és megvizsgáltunk olyan igei tövű szavakat is, amelyek minden kétséget kizáróan társas interakciókra utalnak. Ebbe a kategóriába kerültek a *szeret*, *ad*, *kap* és *segít* szavak, ragozott igei, és képzővel ellátott névszói alakjaikkal együtt (12. sz. ábra).

A *családi kapcsolatok*, az *igei tövű megjelenések*, az *egyéb kapcsolatok* és az *önszorgítás* kategóriákban mért különbségek összehasonlítása céljából Khi-négyzet próbát végeztünk, amelynek eredményeként a szociális szavak használatában a két csoport között szignifikáns eltérést tapasztaltunk ($p = 0,000155 < 0,01$). Eredményeink tehát alátámasztják, hogy az alkoholfüggőségből történő felépülés összefüggésben van a személy társas kapcsolatainak minőségével és mennyiségével, amelyre vonatkozóan az önéletrajzokban előforduló szociális szavak gyakoriságából nyerhetünk információt.

5.2.7. Megbeszélés

A nyelv a nyelvészek által megfogalmazott és leírt funkciói (3); *érzelmeik kifejezése, társadalmi érintkezés, hanghatás, adatrögzítés, a valóság befolyásolása, az identitás kifejezése* és a *gondolkodás eszköze* közül a vizsgálat szempontjából legnagyobb jelentőséggel bír az említett *identitás kifejezése* funkció. Nem elhanyagolható az utolsóként említett *gondolkodás eszköze* sem, hiszen a pszichológia kognitív modellje szerint a pszichés vagy viselkedési zavarok háttérében úgynevezett kognitív torzítások, negatív automatikus gondolatok, hiedelmek és sémák húzódnak meg (5). Ezeknek jellegzetes, alkoholfüggőségre specifikus típusait szintén régóta ismerjük (7, 8, 9, 20). Az önszegítő közösségekben a történetek megosztása, kicserélése, az azokra elhangzó reflexiók és az ezt követő változások során tulajdonképpen ezek átstrukturálása zajlik, amely szintén elengedhetetlen feltétele a felépülésnek.

A vizsgálat során kapott eredmények értelmezése persze számos más nézőpont alapján is lehetséges. A családi kapcsolatok kategóriájában mért különbségek több fejlődéslélektani elmélet keretei között olvashatók. Az analitikus megközelítésekben fontos szerepet játszó szülő-gyermek kapcsolatok minőségére, fontosságára utalhatnak. Ugyanezek a tényezők megkerülhetetlenek akkor is, ha az alkoholfüggőséget a szociális modellálás elmélete alapján próbáljuk megérteni. Identitásunk stabilitása szempontjából rendkívüli fontosságúak azok a referencia csoportok, amelyeknek tükrében, magunkat hozzájuk viszonyítva önmagunkat meghatározzuk. A baráti kapcsolatok kategóriában mutatkozó csekély különbség valószínűleg arra utal, hogy az egyre inkább izolálódó alkoholfüggők kapcsolati hálójának utolsó elemei az ivócimborák „közössége”, akiket viszont ugyanolyan nyelvi kategóriákkal jelenítenek meg, mint a felépülők a megtartott, vagy fejlődő, épülő hálózatukban a tényleges baráti kapcsolataikat. A felépülők társas támogatottságának nagyobb mértékére, kapcsolati hálójuk fejlődésére utal, hogy írásaikban megjelennek az olyan különböző társas szerveződések megjelenítő szavak, mint a *csapat*, a *közösség*, a *társaság*, a *klub*, a *gyűlés* és a *kollektíva* valamint a *vendég* szavak. Az említett referencia csoportok között megjelenő sorstárs-segítésre utaló adatok érdekesek ugyan, de cseppet sem meglepőek, pusztán újabb megerősítést nyújtanak az önszegítő közösségek felépülésre gyakorolt kedvező hatását illetően. Meglepőnek már csak azért sem nevezhetjük őket, mert a felépülők csoportjába választott absztinens alkoholfüggőket leginkább a városunkban működő önszegítő közösségeken keresztül

voltunk képesek elérni. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy ezek az önségítő közösségek (Göcsej Alkoholmentes Klub, Anonim Alkoholisták Közössége) tevékenységüket osztályunkkal együttműködve végzik, ami azt jelenti, hogy rendszeresen szervezett bemutatkozási lehetőséget biztosítunk számunkra az osztályon aktuálisan kezelt betegek közönsége előtt, illetve betegeink bekapcsolódását a kezelés ideje alatt szorgalmazzuk. Ilyen módon a visszaesők csoportjába került személyek is tudomással bírtak azok létezéséről, illetve lehetőségük volt megismerésükre. Összességében azt mondhatjuk, hogy az identitás megjelenítéseként értelmezett önéletrajzokban a visszaesők esetében referencia csoportként a felépülőkével azonos súllyal jelennek meg a barátok, ám náluk az ivócimborákat is bele kell érteni, míg a családtagok kisebb mértékben kerülnek megjelenítésre, a kifejezetten a józanságot, mint értéket közvetítő önségítő közösségek és a más (nem az ivás) értékek, vagy tevékenységek köré szerveződő társas együttlét különböző formái egyáltalán nem mutathatók ki írásaikban. Az önségítő közösségek hatásmechanizmusának leírására ugyanakkor korábban is alkalmaztak narratív megközelítéseket, amelyek szerint ott az identitás narratívákon keresztül történő újrakonstruálása zajlik (39). A társas interakciókra utaló igei tövű szavak megjelenési gyakoriságában mért különbségek nem csak a fent említett identitás kifejezés szempontjából hordoznak a névszókéhoz hasonló jelentőséget, hanem igei, akciót feltételező mivoltuk miatt a társas aktivitás mértékére is utalnak, amely a Willcox fivérek szerint szerepet játszik a magas életkor megérésében (50), ami alkoholfüggők esetében minden kétséget kizáróan egyet jelent a felépüléssel. Hasonló eredményt közölt Pennebaker és Stirman, akik kutatásaikban öngyilkosságot elkövetett és természetes halállal halt költők verseit hasonlították össze számítógépes tartalomelemzéssel (51). A Pressman és Cohan által közöltekhez hasonlóan nem csak arra a következtetésre jutottak, hogy a szuicídiumot elkövetett költők nagy arányban használták az „én”-re utaló szavakat, míg a természetes halállal haltaknál nagyobb arányban fordultak elő más emberekre utaló kifejezések, hanem a szociális kapcsolatok minőségére és mennyiségére utaló jelként értékelték, hogy az öngyilkos költők verseiben jóval kevesebbszer fordultak elő az olyan kommunikációra utaló szavak, mint például a megoszt, megbeszél, meghallgat, stb (51), amelyek az önéletrajzok természete miatt vizsgálati anyagunkban csak csekély mértékben jelentek meg, összehasonlításra nem adtak lehetőséget, ugyanakkor jelentésük (társas interakciót feltételeznek) miatt rokoníthatók az általunk fellelt igei tövű szavakkal. Ez ismételten utal a két önpusztító magatartásforma közös jellegzetességeire és arra az általánosan elfogadott nézetre, miszerint a szociális

integráció magasabb foka és a kedvezőbb stresszkezelés, a megküzdési stratégiák kölcsönösen feltételezik egymást. Az öngyilkosság és az alkoholfüggőség közös nyelvi jellegzetességeit, mint például a negatív kódoltságot korábbi vizsgálatunkban magunk is megfigyeltük. Visszaesők esetében az *ad* szó csaknem teljes hiánya is többféle értelmezésre ad lehetőséget. A szenvedélybetegekről analitikus megközelítésben leírt nárcisztikus vonások és szükségletkielégítés meglétét igazolják. Az önsegítő közösségekben hangsúlyozott segítő szerep pedig nem csak a tapasztalatok átadásának eszköze, hanem az egyén identitásának fejlődését, önmaga és mások iránti felelősségtudatának erősödését is szolgálja, szintén előmozdítva ezzel saját felépülését.

Az addiktológia szociális modelljének alapállítása szerint a kémiai addikció nem más, mint kulturális, szociális, kortárs, vagy családi hatások következménye. A kezelés célja, hogy a kliens szociális funkcióit megváltoztassuk. Két legfontosabb része a környezet megváltoztatása és a külső stresszhatásokra adott adaptív válaszok kialakítása, fejlesztése. Fő beavatkozási módszerei a pár- és családterápia, csoportterápia, a bentfekvő kezelés, és az önsegítő csoportok (18). Az önéletrajzokban megjelenő szociális szavak gyakoriságában mutatkozó különbségek a referencia-csoportok megváltozásán keresztül a szociális szerepekben mutatkozó eltéréseket is jelzik, így eredményeink a nevezett modell keretei között is értelmezhetők.

Az alkoholfüggők felépülése során gyakran az ivás elhagyását követően rövid időn belül látványos élénkülés tapasztalható társas kapcsolataikban, hiszen nem csak új kapcsolatok születnek ilyenkor, hanem ismét előtérbe kerülhetnek, megerősödhetnek korábbi, az alkoholfogyasztás miatt meggyengült baráti, rokoni, vagy közvetlen családi kapcsolatok, de éppen felelevenedhetnek régebben bevált rekreációs tevékenységek, amelyek gyakran közösségi jellegűek. Ugyanakkor azt is tudjuk, hogy a még fogyasztó függők felépülési esélye jóval nagyobb, ha megtartott társas kapcsolatokkal rendelkeznek. Felmerülhet tehát a kérdés, hogy a felépülés következménye-e a társas támogatottságnak, vagy éppen a józan élet következményeként javulnak a kapcsolatok. Véleményünk szerint a tyúk és a tojás dilemmájához hasonlóan egyik sem egyértelműen előzménye, vagy következménye a másiknak, hanem a két jelenség kölcsönösen feltételezi, illetve megerősíti egymást.

A vizsgálatunkban alkalmazott módszer differenciáldiagnosztikai és prognosztikai értékkel bíró adatok feltárására alkalmazható, és az alkoholbetegek szociális

rehabilitációjához szükséges felmérő munkában a társas támogatottság méréséhez biztosít indirekt módszert. A hagyományosan alkalmazott exploráció, vagy ecomap készítés módszeréhez képest előnye éppen indirekt mivoltában rejlik, hiszen a társas kapcsolatok felmérésére irányuló célzott kérdésekre adott válaszokban gyakran tapasztaljuk, hogy azok nem kongruensek más, gyakran nehezebben hozzáférhető forrásokból (heteroanamnézis, megfigyelés) származó adatokkal, amelynek oka valószínűleg az, hogy betegeink igyekeznek a valóságosnál jobb helyzetben látni, láttatni önmagukat. A szociális munkás szakma számára megfelelő eszköz lehet a külső támogató rendszerek feltérképezésére, valamint az ezen a területen szükséges beavatkozások meghatározására. A legtöbb pszichiátriai és addiktológiai ellátó intézmény gyakorlatában pedig amúgy is rutinszerűen alkalmazzák az önéletrajzi interjúk felvételét, amelyeknek ilyen irányú felhasználása során további fontos információkat nyerhetünk. Hátrányként említendő ugyanakkor a saját kézzel írt önéletrajzok legépelésének időigényes volta.

5.3. Naratív megközelítésekre felépített csoportterápia

5.3.1. Problémafelvetés, célkitűzések

A kognitív pszichológia talaján az alkalmazott nyelvészet, a kommunikációelmélet, a kulturális antropológia és a szociálpszichológia eredményeinek és módszereinek ötvözésével létrejött narratív megközelítések elterjedése természetszerűleg hozta magával azok megjelenését az addiktológiai kutatásokban és a gyakorlatban. Számos vizsgálat azonosított szenvedélybetegekre jellemző kifejezésmódot, jellegzetes nyelvi kódokat (38). Mások a szenvedélybetegségből történő felépülés folyamatának megragadására, leírására láttak jó lehetőséget a narratív pszichológia eszköztárának alkalmazásában (33, 36, 39). Ismét mások az önsegítő közösségek hatótényezőinek azonosítására leltek benne lehetőséget (36, 39). Magyarországi kutatások jelentős prediktív tényezőket azonosítottak, tártak fel (41). Az önéletrajzok, mint differenciáldiagnosztikai és prediktív értékkel bíró szelf-reprezentációk felhasználásával, azok terápiás célú átstrukturálásával is több tanulmány foglalkozott (30, 53). A bemutatandó csoportterápiás technika szempontjából különös jelentőséggel bír a korábbiakban többször említett, a *szociális szavak* fogalmát bevető közlemény, amelynek legfőbb eredménye a szociális szavak gyakoriságának vizsgálata az önéletrajzokban indirekt mérési módszert biztosít a szociális kapcsolatok és az általuk előre jelzett várható élettartam vizsgálatára (29). Az

általuk alkalmazott szempontok mentén magunk is korábbi vizsgálatunkban felépülő és visszaeső alkoholbetegek önéletrajzait vetettük össze, és az említett közlemény tapasztalataihoz igen hasonló eredményeket kaptunk (54). Azt megelőző vizsgálatunkban alkoholfüggőkre jellemző nyelvi kódokat sikerült kimutatnunk (55). Módszerünk kialakításában támaszkodtunk még néhány, az önéletrajzi emlékezet szerepét feltáró és hangsúlyozó tanulmányra is, amelyek a különböző kóros viselkedésformák, mentális zavarok kialakulását a problémamegoldó képesség deficitjével, illetve annak hátterében az önéletrajzi emlékezet meggyengülésével hozták összefüggésbe (56). A depresszió, a krízisek és az öngyilkossági cselekmények vizsgálatán kívül hasonló jelenséget írtak le a szenvedélybetegségek (57) és a poszttraumás stressz zavar kutatói is, betegek jellegzetes áldozat szerepet leíró narratíváit azonosították, míg a hozzájuk hasonlóan kritikus helyzetet átélt de egészséges személyek a traumáról szóló történeteikben önmagukat nyelvi kifejezésmódjukkal túlélő pozícióba helyezik (58). Egyes pszichoterapeuták szerint az ilyen betegek felépülésének folyamata nem más, mint az „áldozat, elszenvedő” narratívából a „megküzdő, túlélő” változatba való eljutás, amelyet a terápia során tudatosan kell előmozdítani (53).

Terápiás alkalmazás tekintetében lehetőséget láttunk az autobiográfiák terápiás keretek közötti újrakonstruálásában, ami további kutatásokhoz vezetett.

5.3.2. Hipotézis

Az említett szakirodalmi eredmények tapasztalataira építettük fel kutatási hipotézisünket, amely szerint az alkoholbetegektől nyerhető önéletrajzok, mint szelf-reprezentációk terápiás keretek közötti irányított átstrukturálása (az alkoholfüggőkre jellemző nyelvi kódok kiszűrése és átalakítása, illetve a társas kapcsolatok irányított megjelenítése, valamint a korábbi, megküzdést igénylő helyzetek, események felelevenítése) mérhető terápiás hatással bír, elősegíti felépülésüket. A hipotézis igazolása olyan terápiás lehetőséggel kecsegtetett bennünket, amely az alkoholbetegek kezelésének több területén, színterén alkalmazható, több szakma praxisába beilleszthető. A módszer az *önéletrajz rekonstrukciós csoport* munkanevet kapta.

5.3.3. Adatgyűjtés, módszerek

A vizsgálati csoportba 30, osztályunk (Zala Megyei Kórház, Pszichiátriai Osztály) rehabilitációs részlegén kezelt személyt választottunk, akiknek felvételi diagnózisa a BNO-10 szerinti *alkohol okozta dependencia zavar* (F10.2) volt. Ennek pontosítása és megerősítése érdekében az *Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőívet* (SADQ) (54) is felvettük. Kor, nem és iskolai végzettség tekintetében igyekszünk úgy választani a mintát, hogy az legjobban reprezentálja az osztályunkon megjelenő alkoholbeteg populációt. A vizsgálati mintába kerülő személyektől az élettörténetek átalakítását, újraalkotását célzó csoportos program lefolytatása előtt és után a terápiás hatás mérése céljából felvettük a *Reménytelenség Skálát* (HS) (55) és a *Problémamegoldó Képességek Tesztjét* (MEPS) (56). Elképzelésünk az volt, hogy a *Reménytelenség Skálában* a pontszámok csökkenését, míg a *Problémamegoldó Képességek Tesztjében* azok növekedését detektálhatjuk.

Annak bizonyítására, hogy a mért változások nem pusztán az absztinens időszak 3 hetes növekedésének következményei, illetve nem az osztályunkon alkalmazott egyéb terápiás beavatkozások hatásai, két kontroll csoportot alkottunk. Az elsőbe osztályunkon kezelt alkoholfüggő betegeket választottunk, akik a vizsgálati minta diagnosztikai kritériumait a vizsgálati mintához hasonlóan kimerítették, valamilyen csoportterápiában részesültek, de nem kerültek a most bemutatásra kerülő csoportba. A másodikba osztályunk pszichoterápiás részlegén kezelt, másféle csoportterápiában részesülő szorongásos betegek (F40.0-F41.9) kerültek, akik szintén nem vettek részt önéletrajz rekonstrukciós csoporton. A kontroll személyeken is elvégeztük az említett tesztvizsgálatokat, három hét elteltével azokat megismételtük, és azt feltételeztük, hogy esetükben mindkét tesztben kisebb mértékű változásokat észlelünk.

5.3.4. A csoportterápia technikai kivitelezése

A programot 12 ülésben három hetes időtartamban, heti négy alkalommal folytattuk le egyszerre 6-8 személy részvételével. A folyamat négy fontos lépésből állt:

- 1. Önéletrajzok elkészítése** Az alakuló ülésen a szokványos csoportterápiás protokolláris elemein túl arra kértük a résztvevőket, hogy a következő alkalomra készítsék el önéletrajzukat, írják le életük történetét.

- 2. Az önéletrajzok megosztása, megbeszélése a csoportban.** Általában ülésenként ketten kaptak lehetőséget, a történet megosztása után a többi csoporttagnak reflektálnia kellett.
- 3. Irányított, előre megadott instrukciók alapján új önéletrajzok alkotása.** Az új önéletrajzok elkészítése négy szakaszban történt, írásban előre kiadott instrukciók mentén.
- 4. Az új önéletrajzok megosztása, megbeszélése.** Szintén két résztvevő szereplésével, a változásokra adott reflexiókkal.

Az új önéletrajzok elkészítéséhez adott instrukciók a következő fontos témákra összpontosultak:

- 1. A negatív kódoltság megszüntetése.** A Kézdi Balázstól ismert reménytelenséget, kilátástalanság-érzést, tehetetlenséget, pesszimizmust tükröző negatív kódoltságot (14), amely az alkoholfüggőkre is jellemző (55) enyhíteni igyekeztünk. A konkrét instrukció az volt, hogy lehetőség szerint kerüljék a tagadószavak, fosztóképzők használatát. Az elért változások bemutatására egy egyszerű, de szemléletes példa:

Az első, spontán készült önéletrajz egy mondata: „A tanulmányi átlagom **soha nem** volt **rosszabb** 4,6-nál.” Ugyanez a tartalom a második önéletrajzban: „Mindig jeles tanuló voltam.”

- 2. A szociális szavak megjelenési gyakoriságának növelése.** Pressman és Cohan (29), valamint saját korábbi vizsgálatunk nyomán irányítottan jelenítettünk meg szereplőket, társas kapcsolatokat, akik és amik feltehetően részei a történetnek, ám esetleg a spontán alkotás során abból kimaradtak. Arra is instruáltuk a résztvevőket, hogy használjanak olyan társas interakciókra utaló szavakat, mint például a *szeret, ad, kap, segít*, vagy azok ragozott, képzővel ellátott alakjai. Ezek gyakoribb megjelenése az említett tanulmányok szerint hosszabb életet (29), illetve alkoholbetegek esetében a felépülést jelzi előre (54).
- 3. Az önéletrajzi emlékezet felébresztése.** Korábbi megküzdést igénylő helyzetek, átélt krízisek felidézését úgy segítettük elő, hogy azt kértük, legyen szó a történetben arról, hogy mi volt élete legfőbb nehézsége, legnagyobb

fordulópontja. A sikeres megküzdés, vagy legalább a „túlélés” felidőzésétől azt vártuk, hogy csökkenti kilátástalanság-érzetüket, aktiválja aktuálisan gátolt problémamegoldó képességüket (56, 57, 58).

4. **„És” típusú kötőszavak gyakoriságának csökkentése és az „ezért” típusú kötőszavak gyakoriságának növelése.** Az alkoholfüggőkre jellemző módon gyakran használt, pusztán az események egymásutánosságára utaló kötőszavak használata helyett az okozati összefüggéseket sem nélkülözők alkalmazására utasítottuk őket. Ezzel próbáltuk hangsúlyozni azt, hogy nem pusztán „elszenvedői” sorsuknak, nem csak történnek velük az események, hanem cselekedeteik következményekkel járnak. Így próbáltuk csökkenteni a sodródás, a tehetetlenség érzetét, illetve saját sorsuk alakításának tudatát erősíteni (55).
5. **Jövő idő irányított megjelenítése.** Célunk ezzel szintén a kilátástalanság érzetének mérséklése volt (55).
6. **„Kell, kellett” típusú mondatok helyett „úgy döntöttem, választottam, megtehettem” típusú mondatok alkotása.** Az Alain Cerclé által leírt felépülési folyamat (a „kell” típusú kijelentések felől a „szeretném, akarom” típusúakon keresztül a „szabad nekem” állapotig) fázisain igyekeztünk előbbre juttatni őket (39). A konkrét instrukciónk az volt, hogy a „kell, kellett” szavak helyett használják az „úgy döntöttem”, „elhatároztam”, „megtehettem” kifejezéseket.

Osztályunk munkarendjéhez igazodva a 12 ülést három hetes időtartamban, heti négy alkalommal szándékozunk lefolytatni, egyszerre 6-8 személy részvételével. A program lefolytatása után a tesztvizsgálatokat (MEPS, HS) újra elvégezzük, és a megkezdés előtt mért eredményeket összevetjük a kontroll során kapottakkal. Feltételezésünk szerint a problémamegoldó képességekben kedvező változást mérhetünk, hiszen a megküzdési stratégiáink összefüggnek társas támogatottságunkkal, amelynek szubjektív megtapasztalása az önéletrajzok (szelf-reprezentáció) átalakítása után várhatóan megnő. A szociális izoláció pedig növeli a reménytelenség mértékét, és ha az önéletrajzokba több társas kapcsolat és szociális interakció kerül be, akkor a reménytelenség érzete valószínűleg csökkenni fog. Természetesen nem azt feltételezzük, hogy az irányítottan átalakított önéletrajzok alakítják, vagy fejlesztik ki ezeket a készségeket, csupán

felszabadítják a meglévő, ám nem aktív megküzdési stratégiákat és a reménytelenségből való kilábalás képességét.

Fontos, az újraalkotás során többször hangsúlyozott szempont volt az eredeti történet megtartása. Félelmünk, miszerint a nagyon konkrét, határozott instrukciók esetleg megnehezítik az új önéletrajzzal való azonosulást, elveszítve így a terápiás hatás lehetőségét, szerencsére nem igazolódott. Az átalakított önéletrajzok megosztása kapcsán feltett kérdésre, hogy tudtak-e azonosulni az így megírt történettel, mindannyiszor igenlő választ kaptunk, számos esetben azt jelezték, hogy érzésük szerint így még inkább róluk szól, mert számos fontos, de elsősre „kifelejtt” személy és esemény került a helyére. Senki sem érezte úgy, hogy az átalakított történet nem róla szólna. A csoporttagok többsége a feladat nehézsége ellenére érdekesnek, hasznosnak találta az elvégzett munkát, a záróülésen többnyire elégedettségüknek adtak hangot.

5.3.5. Eredmények

A csoportterápia előtt és után felvett pszichológiai mérőeszközökkel kimutatott változások a következőképpen alakultak: A reménytelenség mértéke a vizsgálati csoportban résztvevő személyek 80%-ánál csökkent, 10%-uknál nem változott, és szintén 10% esetében nőtt (13. sz. ábra). Ugyanez a mutató az alkoholbeteg kontrollcsoportba kerülők 54%-ánál jelzett csökkenést, 13%-uknál nem változott és 33%-uknál megnőtt. Ez utóbbira talán az szolgál magyarázattal, hogy a kórházba kerülés során sok visszaeső sorstársukkal találkoznak, ami könnyen a kiúttalanság látszatát kelti, valamint azt is tudjuk, hogy a magyar lakosság jelentősen alulbecsli az alkoholfogyasztás kockázatait, és a saját aktuális állapotuk mellett a pszichoedukációs csoportban további nehézségekkel, veszélyekkel szembesülnek. Röviden azt tapasztalják, hogy nehezebb helyzetben vannak, mint gondolták. A szorongásos betegek kontroll csoportjában 53% esetében csökkent, 30% esetében nem változott és 17%-nál nőtt a reménytelenség mértéke. A problémamegoldó képesség pontszámai a vizsgálati csoport tagjainak 97%-ánál nőttek, 3% esetében nem változtak. Az alkoholbeteg kontroll csoportnál ugyanezek az értékek 76% esetében nőttek, 7% esetében nem változtak, 17%-uknál pedig rosszabb eredményt kaptunk, mint az első tesztfelvételkor. A szorongásos betegek kontroll csoportjának vizsgálata e tekintetben azt mutatta, hogy a problémamegoldó képesség pontszámai 73%

esetében nőttek, 7%-nál nem változtak és 20%-uk teljesített rosszabbul az ismételt felvételtkor.

A Reménytelenség Skálában mért pontszámok változásának átlagos mértéke a három csoport közül a vizsgálati mintában volt a legnagyobb, náluk csökkent mérhetően leginkább a reménytelenség (14. sz. ábra). Szignifikáns különbség kimutatására a változások mértékét tartalmazó adatsorokat hasonlítottuk össze t-próbában. A $p=0,05$ -ös szignifikancia szinten az adott szabadságfok melletti t értéknél (1,7) nagyobb számított t értéket (2,47) kaptunk a vizsgálati minta és az alkoholbeteg kontrollcsoport adatainak összehasonlítása során, ami a két minta szignifikáns különbségét jelzi. A vizsgálati minta és a szorongásos beteg kontroll csoport hasonló adatsorainak összevetése a diagramban jól látható különbség ellenére nem bizonyult szignifikánsnak (14.sz. ábra).

A Problémamegoldó Képességek Tesztjében mért eredmények megváltozásának mértékét tartalmazó adatsorokat hasonló módon vetettük össze. A vizsgálati minta és az alkoholbeteg kontrollcsoport között szignifikáns különbséget ($t=1,79$) detektáltunk, csakúgy, mint a szorongásos betegekből álló mintával történő összehasonlítás során ($t=3,83$). A különbség a változások átlagos mértékét ábrázoló oszlopdiagramban is jól látszik (15. sz. ábra). A két kontroll csoport adatsorainak egymással való összevetése során egyik esetben sem volt szignifikáns a különbség. A fenti eredmények alapján hipotézisünket igazoltnak tekintjük.

5.3.6. Megbeszélés

A narratív pszichológiai megközelítésekre felépített csoportterápiás technika tehát eredményesnek, hatásosnak bizonyult, elnyerte betegeink tetszését, elégedettségét is. Éppen ezért felvételt nyert osztályunk állandó terápiás repertoárjába. A kialakult terápiás hatás leírására, megértésére számunkra a kognitív pszichológia megközelítései adják a legjobb értelmezési keretet. Az irányzat követői szerint a mentális zavarok és a kóros viselkedésformák háttérben kognitív torzítások tárhatók fel, negatív automatikus gondolatok és diszfunkcionális attitűdök mellett úgynevezett maladaptív sémák, amelyek valamilyen markáns, rögzült véleményt, „címkét” jelentenek. A sémák általában kétfélek, az *énre* vagy a *világra* vonatkoznak. Az *énre* vonatkozó sémák az egyén szerethetőségét, vagy a kompetenciáját érintik. A szociális szavak gyakoriságának növelésével, a társas

interakciókra utaló szavak megjelenítésével valószínűleg a szerethetőséget érintő sémák gyengülnek, aminek következtében csökken a magányosság és nő a biztonság szubjektív érzete, erősödik az önértékelés. A sodródást, önmagát élettörténetének passzív résztvevőjeként, „elszenvedőjeként” való megélésre utaló *és* típusú kötőszavak okozati összefüggéseket megjelenítőkre való cseréje, a Cerclé által leírt folyamat előremozdítása, az *eldöntöttem, elhatároztam* igék megjelenítése a kompetenciát érintő maladaptív sémákat hivatott gyengíteni, erősítve ez által saját hatóképességének szubjektív érzetét, önmaga élettörténetének irányítójaként való megélését. Ettől az események, a *világ* kiszámíthatóbbá, biztonságosabbá, élhetőbbé válik. Ezek a változások persze nem önmagukban értékesek, hanem következményeikkel együtt. A társas támogatottság érzetének szubjektív növelése maga után vonja, hogy az egyén zárkózottsága oldódik, a külvilággal szembeni bizalmatlansága csökken, nyitottabb lesz a társas érintkezésre, és ha ezzel párhuzamosan ténylegesen elfogadó, támogató közeg veszi körül, megelégedő kommunikációjának köszönhetően tényleg növekszik a szociális aktivitása és a társas támogatottsága. Ehhez szenvedélybetegek elengedhetetlen szükség van a sorstárssegítő közösségekre.

Az irányított átstrukturálással elért, elérhető változások tulajdonképpen azonosak azokkal a nyelvi kifejezésmódban megjelenő módosulásokkal, amelyek az önsegítő közösségekben évek során végbemennek. Ez persze nem jelenti azt, hogy módszerünk pótolná a több éves önsegítő közösségi részvételt (egyfajta „depot” önsegítő készítményként működne), sokkal inkább azt gondoljuk, hogy elérzékenyít, felkészít arra, és hogy az elért változás megtartása, további fejlesztése érdekében szükség is van rá.

A módszer gyenge pontja, hogy az alkoholbetegeknél gyakran tapasztalt meggyengült írás- és olvasáskészség megnehezíti csoportba kerülést, rontja a részvételi hajlandóságot. Ennél fogva (pl. viselkedésterápiás, vagy pszichoedukációs módszerekhez képest) viszonylag szűk körben alkalmazható. Ugyanakkor más csoportmódszereket nem helyettesít, monoterápiaként nem alkalmazható. Más bizonyítottan hatékony eljárások kiegészítőjeként alkoholbetegek rehabilitációjának keretében (annak bármely szakaszában) ajánljuk.

Az alkoholbetegekre jellemző nyelvi kifejezésmód további vizsgálatával, újabb nyelvi kódok azonosításával a módszer bővíthető, tovább fejleszthető. Erre irányuló további

narratív pszichológiai kutatásokat tervezünk osztályunkon. Az alkoholfüggőség, mint öndestrukció számos hasonlóságot mutat az öngyilkossági magatartással, közös jellegzetességeik narratívákön keresztül is azonosíthatók. Feltételezhető tehát, hogy módszerünk öngyilkossági kísérleten átesett, vagy e szempontból veszélyeztetett betegek körében is sikeresen alkalmazható, de ennek bizonyítása szintén további vizsgálatokat igényel.

6. Összefoglalás

A több tudomány, illetve a lélektan számos elméleti megközelítésére építő narratív pszichológiát napjaink szakirodalma nem kezeli ugyan önálló modellként, sőt követői, művelői is a szociálpszichológia irányzataként azonosítják, széles körben biztosít értelmezési keretet, lehetőséget ad feltáró és terápiás technikák kialakítására. A narratív pszichológiai kutatások eredményeit a klinikai pszichológián kívül az olyan lélektanból nagymértékben táplálkozó szakmai tevékenységek, mint a szociális munka, vagy az addiktológiai konzultáció, a lélektan fejlődését követve integrálják saját elméleteikbe és beavatkozási repertoárjukba, létrehozva ezzel az adott szakmai területen belül új irányzatokat (pl.: narratív szociális munka). Vizsgálatainkban a szenvedélybeteg segítő tevékenység során alkalmazható, narratív megközelítéseken nyugvó differenciáldiagnosztikai, prognosztikai és terápiás eredményeket sikerült felmutatni. Bizonyossá vált, hogy a narratív pszichológiai megközelítések alkalmasak a szenvedélybetegségben működő lélektani mechanizmusok megragadására, a szerfogyasztás hátterében megtalálható kulturális, szubkulturális különbségek kimutatására (38, 62), a szenvedélybetegségből való felépülés spontán és terápiás indikátorainak felmérésére (36, 39, 52), valamint a nyelvi átstrukturálás, a nyelvi kifejezőmód célzott átalakításán keresztül a felépülés elősegítésére. Vizsgálatainkat alkoholbetegeken végeztük, mivel a jelenlegi magyarországi addiktológiai gyakorlatban ők fordulnak elő leggyakrabban, illetve az alkoholfogyasztás okozta ártalmak jelentik napjainkban a legtöbb problémát, amelyeket az egyén, illetve szűkebb és tágabb környezete elszenved (63). Hazánk európai viszonylatban is kiemelkedően kedvezőtlen helyzete miatt (64) az alkoholbetegek gyógykezelése, rehabilitációja különös jelentőséggel bír, nem is beszélve a megelőzésről és az ártalomcsökkentésről (21). Kutatásainkban más szenvedélybetegekkel nem foglalkoztunk, de módszereinket követve hasonló eredmények az illegális szerek fogyasztóinak, vagy viselkedési addikciókban

szenvedők körében is várhatók. A társas támogatottság mértéke és a lelki betegségek (65), szenvedélybetegségek (66), valamint az azokból való felépülés összefüggései régóta ismertek, de friss kutatási eredmények is állnak rendelkezésünkre. Pressmanhez és Cohanhez hasonlóan más kutatók is összefüggést találtak a társas támogatottság mértéke és az élethossz között (67). Sőt az utóbbi évek kutatási eredményei szerint az egyén társas támogatottságának mértéke, kapcsolatainak mennyisége és minősége, szociális aktivitása nagyobb szerepet játszik a testi egészség fenntartásában és a gyógyításban, a rehabilitációban is, mint amilyen jelentőséget eddig tulajdonítottunk neki (68, 69, 70, 71). Egyes szerzők egyenesen paradigmaváltást feltételeznek és sürgetnek, amely véleményük szerint jelentősen át fogja alakítani az egészségügyi ellátás rendszerét (72). Ebből következik, hogy módszereink, természetesen az adott populáció jellegzetességeit figyelembe vevő módosítások mellett szerepet kaphatnak nem csak a pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek kezelésében, hanem a magatartásorvoslásban, vagy az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés terén is (73). Kiemelt fontosságú felhasználási jelentőség rejlik a segítő foglalkozású szakemberek burn-out megelőzése terén is (74), hiszen számos más faktor mellett a társas támogatottság és a szociális aktivitás jelentős protektív tényezőként ismert (75). Az említett faktorok felmérése, és befolyásolása módszerünkkel szintén elvégezhető. Összességében elmondható, hogy számtalan további kutatás lehetősége felmerül.

A narratív pszichológiai megközelítések differenciáldiagnosztikai lehetőségeinek további kutatása, pontosítása, objektívebbé tétele lehetséges és szükséges. A nyelvi kifejezésmód tárgyilagosabb vizsgálatára vonatkozóan további kutatási tervekkel rendelkezünk. Az élettörténetek elemzése során belebotlunk a problémába, hogy vitathatatlanul léteznek nehéz, tragikus sorsok, amelyekről nehéz negatív kódoltság nélkül beszélni. Éppen ezért a különböző lelki betegségekben szenvedők és az egészségesek nyelvi kifejezésmódjának összehasonlítása céljából olyan vizsgálatot tervezünk, amelynek során a vizsgálati személyek egy standard (bizonyítottan egészséges személytől származó) történetet (novellát) hallgatnának meg, majd néhány óra elteltével egyes szám első személyben kellene elmesélniük. Feltételezésünk szerint így még inkább egzakt különbségekre deríthetnénk fényt, több betegségcsoport vizsgálata után az azonosított, betegség-specifikus nyelvi kódok akár egy pszichológiai teszt alapjait is képezhetnék.

László János fél évtizeddel ezelőtti jóslata szerint klinikai alkalmazási lehetőségei miatt a narratív pszichológia jelöli ki a jövő fejlődési irányvonalát a lélektan számára (2). Az elmúlt néhány év közleményei igazolták is várakozását, a narratív megközelítések és a tartalomelemzés módszerének pszichiátriai, addiktológiai és a lélektan különféle határterületein történő progresszív alkalmazásáról számos tanulmány (52) számol be, valamint ezt támasztják alá ismertetett kutatási tapasztalataink is.

Irodalomjegyzék

1. Chomsky, N. (1968): *Language and mind*. Harcourt, Brace & World. New York.
2. László, J. (2003): Amit a narratív pszichológia a posztmodernnek köszönhet, és ami megkülönbözteti attól. IN: Kállai, J.-Kézdi, B. (szerk): *Új távlatok a klinikai pszichológiában*. Budapest. Új Mandátum Könyvkiadó. 19.-32. old.
3. Crystal, D. (2003): *A nyelv enciklopédiája*. Budapest. Osiris Kiadó. 21.-89. old.
4. Philipsen, G. (1997): "A Theory of Speech Codes." In Gerry Philipsen and Terrance A. Albrecht, Editors, *Developing Communication Theories*. Albany: State University of New York. 1997. 119-156.
5. Beck, A. T.- Emery, G. (1999): *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Budapest. Animula Kiadó. 3.-29. old.
6. Beck, A. T.- Rush, A. J.- Shaw, B. F. -Emery, G. (1999): *A depresszió kognitív terápiája*. Budapest. Animula Kiadó. 12.-36. old.
7. Jarvis, T. J.; Tebutt, J. & Mattick, R. P. (1995): *Treatment approaches for alcohol and drug dependence. An introductory guide*. Chichester, John Wiley and Sons.
8. Kaminer, Y. (1994): *Adolescent substance abuse. A comprehensive guide to theory and practice*. New York, Plenum Medical Book Company.
9. Ross, G. R. (1994): *Treating adolescent substance abuse. Understanding the fundamentelements*. Boston, Allyn and Bacon.
10. Rácz, J. (2001): *Addiktológia. Tünettan és intervenciók*. Budapest. HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar.
11. Ehmann, B. (2002): *A szöveg mélyén*. Budapest. Új mandátum könyvkiadó.
12. Szokolszky, Á. (2004): *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest. Osiris kiadó. 478.-492. old.
13. Atkinson, R. (1998): *The life story interview*. Sage University Papers Series on Qualitative Research Methods, Vol. 44. Thousand Oaks, CA: Sage
14. Kézdi, B. (1995): *A negatív kód*. Pécs. Pannon Kiadó.
15. Túry, F. - Hajnal, Á. - Kopp, M. - Berghammer, R. - Szendi, G. - Fóris, N. (2009): *A pszichoterápia alapjai*. IN: Kopp, M - Berghammer, R. (szerk.) (2009): *Orvosi pszichológia*. Medicina. Budapest. 477.-479. old.
16. Comer, R. J. (2000): *A lélek betegségei*. Budapest. Osiris Kiadó. 51.-83. old.

17. **Tringer, L. (1998): A gyógyító beszélgetés. Budapest. HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar. 5.-22. old.**
18. **Gerevich, J. (2000): A kémiai függőségek pszichoterápiája. IN: Szőnyi, G-Füredi, J. (szerk.). A pszichoterápia tankönyve. Budapest. Medicina Könyvkiadó. 486.-500. old.**
19. **Szabó J. (2003): Kulcsinger expozíció csoport-konzultációban. Addiktológia (Addictologia Hungarica) II. évf. 1. sz. 85-92.old.**
20. **Bodrogi, A. (2006): Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz, K. – Perczel Forintos, D. (szerk.): Kognitív viselkedésterápia. Medicina, Budapest. 583-609.**
21. **Babor, T.F.-Higgins-Biddle J.C.(2006): Rövid intervenció. Alapellátási kézikönyv. Budapest. Országos Addiktológiai Intézet.**
22. **Cavanagh, M. E. (1982):The counseling experience. A theoretical and practical approach.Monterey, California, Brooks/Cole Publishing Co.**
23. **Gladding, S. T. (2000): Az egyéni konzultáció elmélete és gyakorlata. IN: Fonyó, I.-Pajor, A. (szerk): Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből. Budapest. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. 25.-126. old.**
24. **Szabó, L. (1993): Szociális esetmunka Budapest. Szociális Munka Alapítvány. 38.-108. old.**
25. **Buda, B. (2011): Az elme gyógyítása. Budapest. Háttér Kiadó. 286-296. old.**
26. **Brunelle, N.- Brochu, S.- Cousineau, M. (2000): Drug-crime relations among drug-consuming juvenile delinquents: tripartite model and moreContemporary Drug Problems. 27/winter**
27. **Tomasoni, J. -. Bates, G. (2004): Autobiographical memories of offenders with an intellectual disability (ID). Journal of Intellectual Disability Research 48. 463-485.**
28. **László, J.- Vincze, O. (2006): Alkalmazott szociálpszichológia. In: Bagdy, E.- Klein, S. (szerk.): Alkalmazott pszichológia. Edge 2000 Kiadó. Budapest. 141.-159.**
29. **Pressman, S.- Cohan, S. (2007): Use of Social Words in Autobiographies and Longevity. Psychosomatic Medicine. American Psychosomatic Society Volume 69(3), April 2007, pp 262-269**
30. **Carricaburu, D.- Pierret, J. (1995): From biographical disruption to biographical reinforcement: the case of HIV-positive men Sociology of Health & Illness (1995) 17.**

31. Corcorani, R.- D. Frith, C. D. (2003): Autobiographical memory and theory of mind: evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychological Medicine* 33. 897-205.
32. László J. (1999): Identitás és szociális reprezentáció. *Magyar Pszichológiai Szemle, Budapest. LIV., 1. 5-18.*
33. Tringer, L. (2005): A kognitív viselkedésterápiai irányzatok jelenlegi helyzete. IN: *Pszichoterápia. Budapest. Lélekben Otthon Kiadó És szolgáltató BT. 14. évf. 1. szám. 414.- 422. old.*
34. Steffen, V. (1997): Life stories and shared experience. *Soc. Sci. Med.* 1. 99-111.
35. Keane, H. (2001): Public and private practices: addiction autobiography and its contradictions. *Contemporary Drug Problems.* 28/winter
36. Rafalovich, A. (1999): Keep Coming Back! Narcotics Anonymous narrative and recovering-addict identity *Contemporary Drug Problems.* 26/spring
37. Mohatt, G. V.- Rasmus, S. M.- Thomas, L.- Allen, J. (2004): Kelly Hazel and Chase Hensel: "Tied together like a woven hat:" Protective pathways to Alaska native sobriety *Harm Reduction Journal* 2004/1.
38. Hanninen, V.- Koski-Jannes, A. (1999): Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction* 1999. 1837-1848.
39. Cerclé, A. (2002): Textual and narratological analysis of the social representation of alcoholism in a self-help group. *European Review of Applied Psychology.* 52. (3-4) 253-261.
40. Klaw, E.- Humpreys, K. (2000): Life stories of Moderation Management mutual help group members. *Contemporary Drug Problems.* 27/winter
41. B. Erdős, M. – Kelemen, G. – Csürke, J. (2003): A felszabadulási rituálék szerepe egy élhető világ kialakításában. IN: *Addiktológia (Addictologia Hungarica).* II. évf. 1. szám Budapest. Új mandátum Kiadó. 29.-52. old.
42. B. Erdős, M. – Kelemen, G. (2003): The Role of Reintegration Rituals in Sobriety. A Comparative Study on Recovery and Relapse. *Dynamic Psychiatry.* 36. 89.-113.
43. B. Erdős, M. – Kelemen, G. (2004): Craving for Sobriety. A Unique Therapeutic Community in Hungary. The Faculty of Humanities, University of Pécs – The Leo Amici Foundation. Pécs.
44. Péley, B. (2002): Rítus és történet. Beavatás és a kábítószeres létezőmód. 2002. Újmandátum Könyvkiadó.

45. Rácz, J. (2006): **Kvalitatív drogkutatások. Kvalitatív kutatások budapesti droghasználók között. L' Harmattan Kiadó Budapest.**
46. Babbie, E. (2001): **A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Budapest. Balassi kiadó. 352.-363. old.**
47. Bischof, G- Rumpf, H. J.- Meyer, C.- Hapke, U. -John, U. (2007): **Stability of subtypes of natural recovery from alcohol dependence after two years. Addiction. 102(6):904-908, June 2007.**
48. McLellan, A. T. – Luborsky, L.-Woody, G. E.-O'Brien, C. P. (1980). **An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity index. Journal of Nervous and Mental Disease, 168(1), pp. 26-33.**
49. Gerevich, J.-Bácskai, E.-Rózsa, S. (2004). **Hungarian adaptation of the European Addiction Severity Index. Journal of Substance Use 9 (3-4), pp. 185-191.**
50. Willcox, D. C. - Willcox, B. J. - Sokolovsky, J. – Sakihara, S. (2007):**The Cultural Context of “Successful Aging” Among Older Women Weavers in a Northern Okinawan Village: The Role of Productive Activity Journal of Cross-Cultural Gerontology. Volume 22. Number 2. June 2007. 137-165 .**
51. Stirman, S. W. – Pennebaker, J. W. (2001): **Word Use in the Poetry of Suicidal and Nonsuicidal Poets Psychosomatic Medicine. American Psychosomatic Society 63 July 2001.: 517-522.**
52. Szabó J.- Gerevich J. (2007): **A narratív pszichológiai megközelítések pszichiátriai és addiktológiai vonatkozásai. Psychiatria Hungarica. 2007, XXII./2. 134-144. old.**
53. Meichenbaum, D. (1999): **Treatment of Patients with Posttraumatic Stress Disorder: A Constructive-Narrative Approach. (Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen: Ein konstruktiv-narrativer Ansatz) Verhaltenstherapie 1999;9:186–189.**
54. Szabó, J. – Gerevich, J. (2009): **Kapcsolatok a felépülésben, felépülés a kapcsolatokban. A társas támogatottság mérése alkoholbetegek önéletrajzaiban. Lege Artis Medicinae. 2009;19(1): 67-72.**
55. Szabó, J. (2005): **Alkoholfüggő férfiak nyelvi kifejezőmódjának vizsgálata. (előadáskivonat) Psychiatria Hungarica, XX. Évf. 2005/Supplementum, 31. old.**
56. Perczel Forintos, D. (2001): **Az öngyilkos magatartás kognitív háttere. Psychiatria Hungarica. 2001. 16. (6) 661.-668.**

57. Eiber R.- Puel M.- Schmitt L. (1999): Substance abuse, autobiographical memory and depression [Heroinomanie, memoire autobiographique et depression] *Encephale*, 25 (6), pp. 549-557.
58. Sutherland, K.-, Bryant, R. A.(2008): Social problem solving and autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 46 (2008) 154–161.
59. Stockwell, T.- Murphy, D.- Hodgson, R. (1983): The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Its use, reliability and validity. *Br. J. Addict.* 78: 145-156.
60. Beck A.T.- Weissman A.- Lester D.- Trexler L. (1974): The measurement of pessimism: the hopelessness scale *J. Consult. Clin. Psychol.* 42 (6), pp. 861-865
61. Platt J.J.- Spivack G. (1975): Unidimensionality of the means ends problem solving (MEPS) procedure. *Journal of Clinical Psychology*, 31 (1), pp. 15-16.
62. Gerevich, J. - Bácskai, E. - Czobor, P. – Szabó, J. (2010): Substance Use in Roma and Non-Roma Adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2010 198 (6) 432-436.
63. Nutt, D. J. - King L. A. - Phillips L. D.(2010): Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet.* www.thelancet.com November 1, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61462-6
64. Health statistics – Atlas on mortality in the European Union. 2009 edition. Eurostat Statistical books. European Commission. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
65. Thoits, P. A. (2011): Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav.* 2011;52(2):145-61.
66. Paljärvi, T.- Suominen, S.- Car, J. – Mäkelä, P. – Koskenvuo, M. (2011): Subjective Measures of Binge Drinking, Suboptimal Subjective Health and Alcohol-Specific Hospitalizations Among Working-Aged Adults: A Prospective Cohort Study. *Alcohol & Alcoholism.* 2011/jun.
67. Holt-Lunstad. J. –Smith, T. B. - Bradley. J. L. (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *Plos Medicine.* 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.
68. Thomson, P.- Molloy, G. J. – Chung, M. L.(2011): The effects of perceived social support on quality of life in patients awaiting coronary artery bypass

grafting and their partners: Testing dyadic dynamics using the Actor-Partner Interdependence Model. Psychol Health Med. 2011 Jun 13:1-12.

69. Ikeda, A. – Iso, H. – Kawachi, I. – Yamagishi, K. – Inoue, M. – Tsugane, S. (2008). Social support and stroke and coronary heart disease: the JPHC study cohorts II. *Stroke*. 2008 Mar;39(3):768-75
70. Clark, C.J. – Guo, H. – Lunos, S. – Aggarwal, N.T. – Beck, T. – Evans, D.A. - Mendes de Leon, C. - Everson-Rose, S.A.(2011). Neighborhood cohesion is associated with reduced risk of stroke mortality. *Stroke*. 2011 May;42(5):1212-7.
71. Elliott, J.O. – Charyton, C. – Sprangers, P. – Lu, B. – Moore, J.L. (2011). The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2011 Mar;20(3):533-8.
72. Harangozó, J. (2011). Környezetről és betegségről, avagy a medicina szükséges paradigmaváltásáról. *Lege Artis Medicinae*. 2011;21 157-160.
73. Szabó J, Pék E, Betlehem J. (2011) A társas támogatottság jelentősége az egészségi állapot alakulásában. *Egészség-Akadémia*. II. évf. 2. sz. 99.-106.
74. Palfi I, Nemeth K, Kerekes Z, Kallai J, Betlehem J. (2008) The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 14;1:19-25.
75. Betlehem J, Tahin T, Warne T, Kriszbacher I, Boncz I, Olah A, Bodis J. (2007) A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon. *Nővér*, 20;6:3-13.

Publikációs jegyzék

Szakfolyóiratban megjelent közlemények:

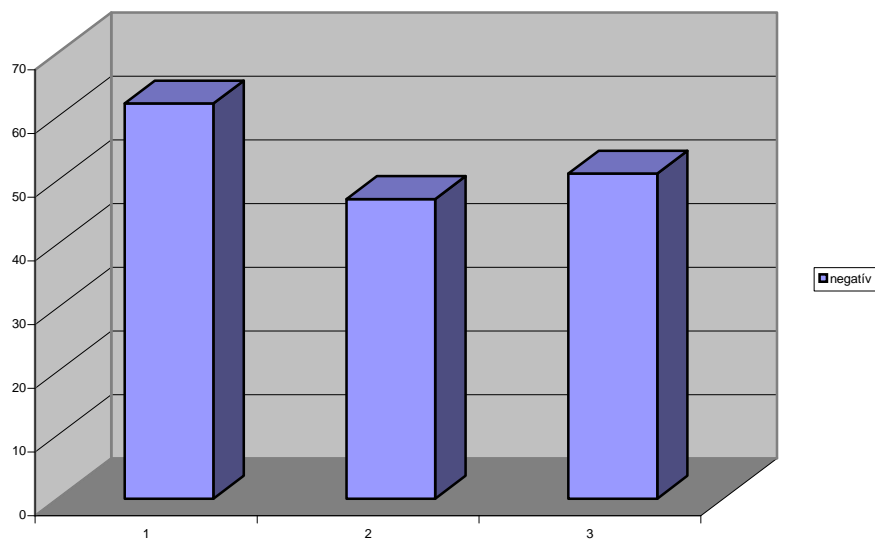
1. Szabó J. (1997): **Krónikus pszichotikus betegek életvezetésének segítése.** Ápolásügy. X.évf. I. szám. 18.-19. old.
2. Szabó J. (2003): **Kulcsinger expozíció csoport-konzultációban.** Addiktológia (Addictologia Hungarica) II. évf. 1. sz. 85-92.old.
3. Szabó J.- Gerevich J. (2007): **A narratív pszichológiai megközelítések pszichiátriai és addiktológiai vonatkozásai.** Psychiatria Hungarica. 2007, XXII./2. 134-144. old.
4. Szabó J. – Gerevich J. (2009): **Kapcsolatok a felépülésben, felépülés a kapcsolatokban. A társas támogatottság mérése alkoholbetegek önéletrajzaiban.** Lege Artis Medicinae 2009;19(1) 67-72.
5. Szabó J. (2009): **Narratív megközelítések a szenvedélybeteg segítő munkában.** Segítő Szó. IV. évfolyam. 4. szám. 9.-20. old.
6. Gerevich, J. - Bácskai, E. - Czobor, P. – Szabó, J. (2010): **Substance Use in Roma and Non-Roma Adolescents.** The Journal of Nervous and Mental Disease 2010 198 (6) 432-436.
7. Szabó J. – Gerevich J. (2010): **Alkoholbetegek önéletrajz-rekonstrukciós csoportterápiája.** Lege Artis Medicinae 2010; 20(8): 521-525.
8. Szabó, J. – Gerevich, J. (2011): **Alcohol dependency, recovery and social words.** Journal of Applied Social Psychology (megjelenés alatt, elfogadva: 2011. 04. 08.)
9. Pék E. – Nagy G. – Marton-Simora J. – Deutsch K. – Radnai B. – Szabó J. – Betlehem J. (2011): **Élvezeti szerek és a Posttraumás stressz szindróma összefüggései mentődolgozók körében.** Nővér. XXIV. Évf. 4. sz. 11-20.
10. Szabó J. – Pék E. – Betlehem J. (2011): **A társas támogatottság jelentősége az egészségi állapot alakulásában.** Egészség-Akadémia. II. évf. 2. sz. 99.-106

Kongresszusi előadások:

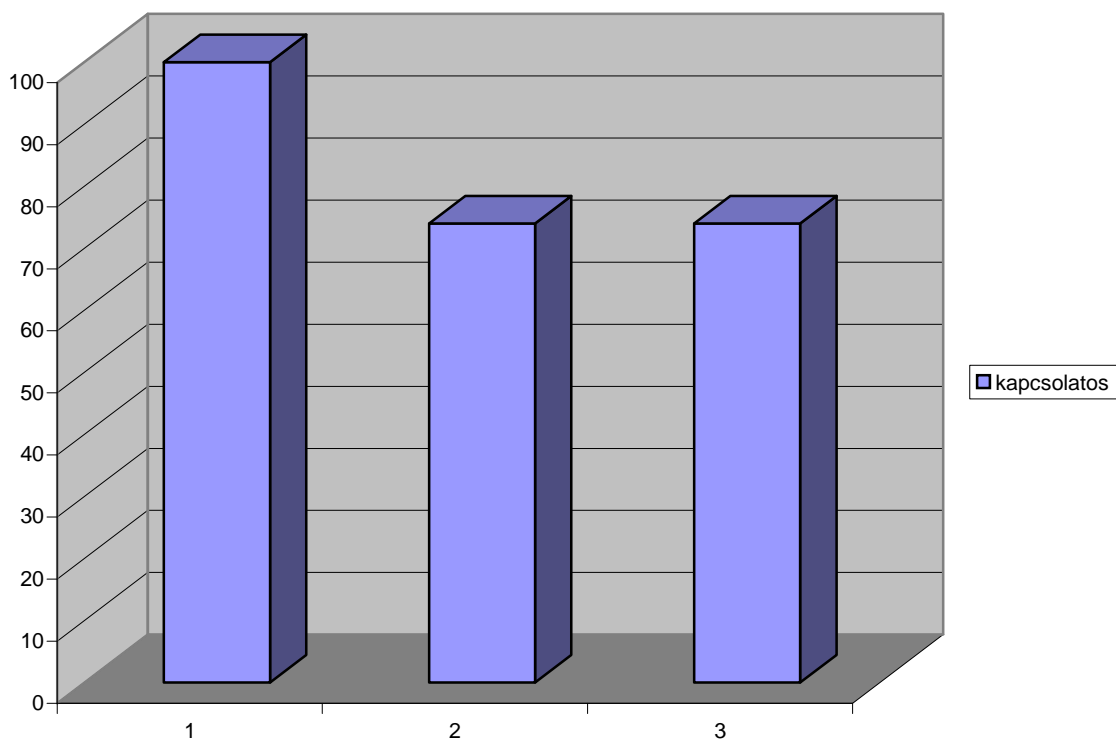
1. Szabó J. (2006): **Alkoholfüggő férfiak nyelvi kifejezőmódjának vizsgálata.** MPT VI. Nemzeti Kongresszusa, Budapest. (Absztrakt: Psychiatria Hungarica, XX. Évf. 2005/Supplementum, 31. old.).
2. Szabó J. – Gerevich J. (2008): **Kapcsolatok a felépülésben, felépülés a kapcsolatokban. A társas támogatottság mérése alkoholbetegek önéletrajzaiban.** Előadás. Magyar Pszichiátriai Társaság XIV. Vándorgyűlése. Sopron. 2008. január 24.
3. Ozsváth A.- Szabó J. (2009): **Száz éve történt. A Zala Megyei Kórház Pszichiátriai Osztályának története.** A Pannon Pszichiátriai Egyesület XXIII. Vándorgyűlése. Zalaegerszeg, 2009. május 29.
4. Hegyközi M.- Szabó J. (2009): **Új szakmai koncepció a pszichiátriai rehabilitációban.** Pszichiátriai Szakdolgozók X. Jubileumi Országos Konferenciája. Baja, 2009. június 26.
5. Szabó J.- Gerevich J. (2009): **Élettörténetek narratív rekonstrukciója. Alkoholbetegek új megközelítésű csoportterápiája.** A Magyar Addiktológiai Társaság VII. Országos Kongresszusa. Siófok, 2009. november

20. (Absztrakt: *Addictologia Hungarica*. 2009. VIII. évfolyam. Supplementum
1. 71.-72. old.)

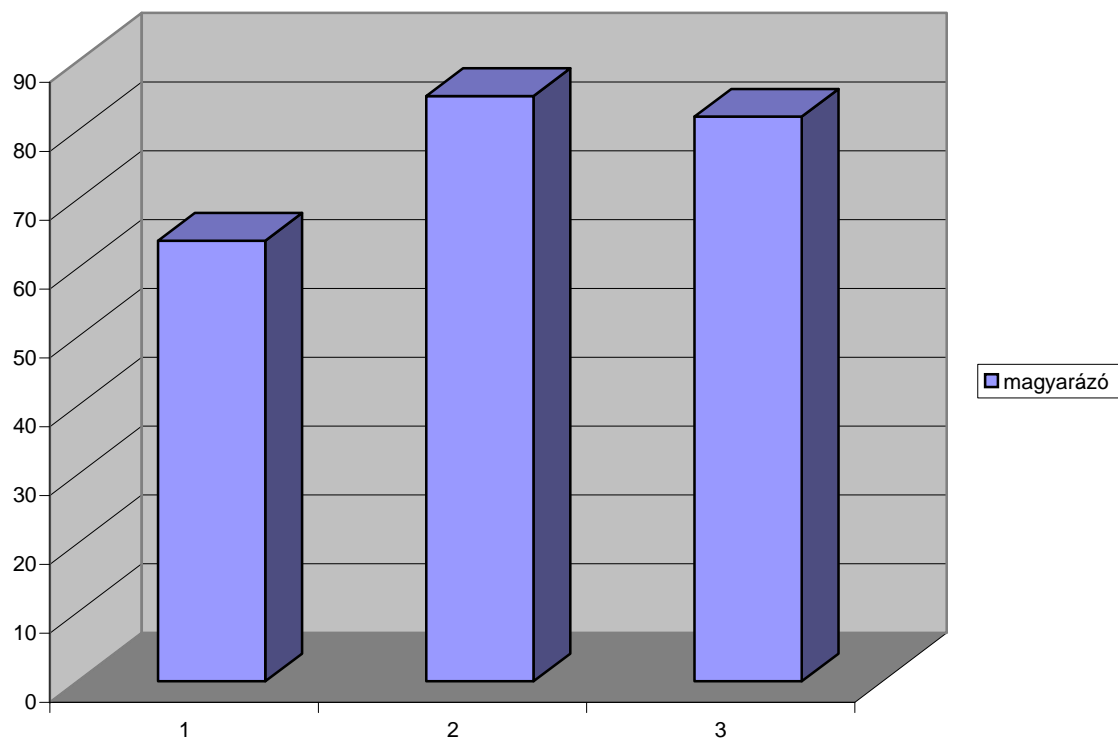
Ábrák



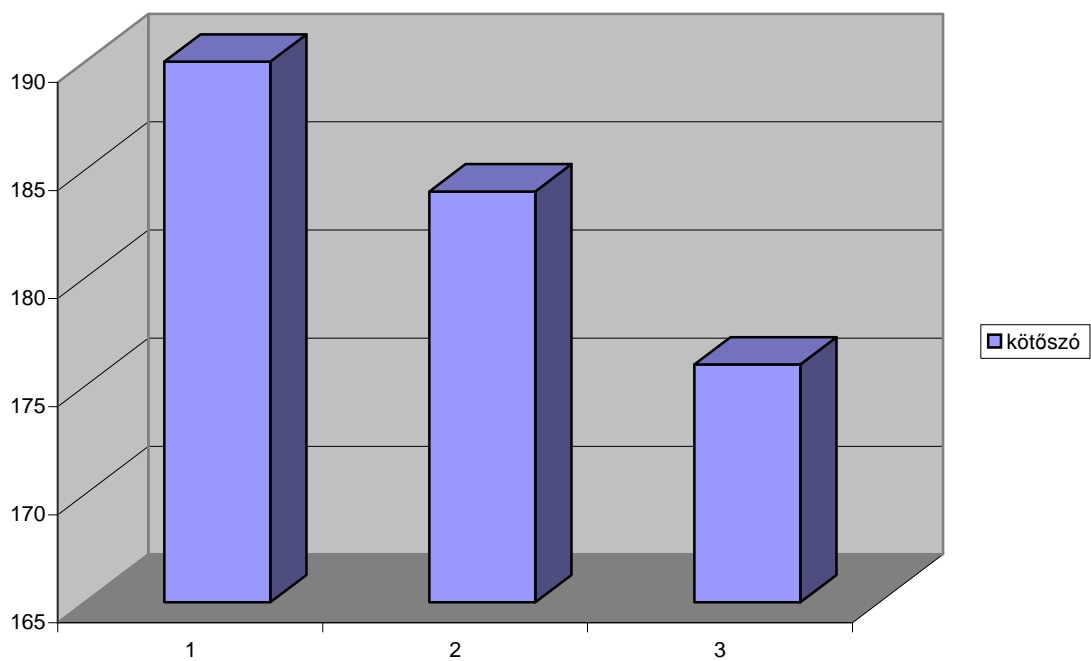
1. ábra: A *negatív* kód előfordulási száma.



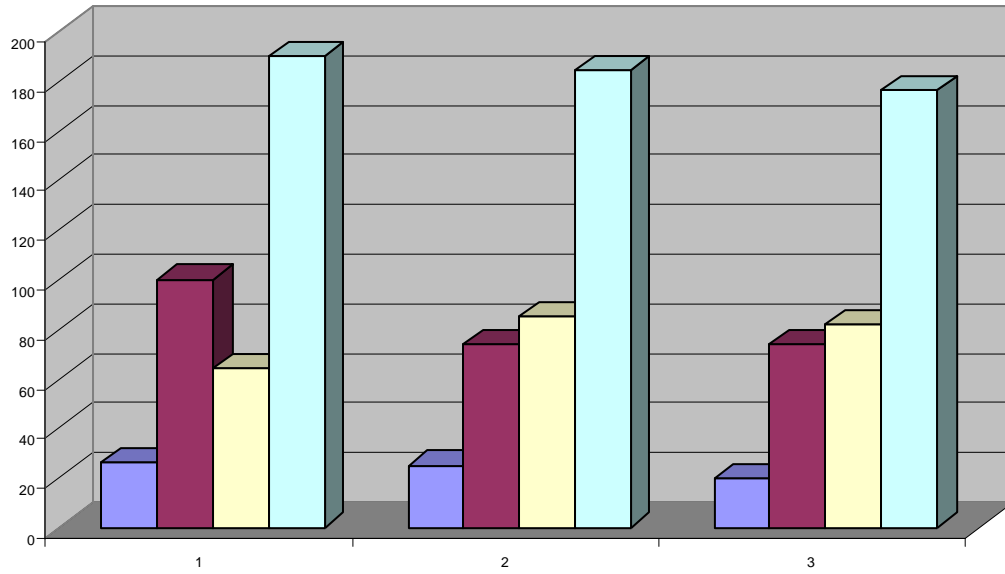
2. ábra. A *kapcsolatos* kód előfordulási száma.



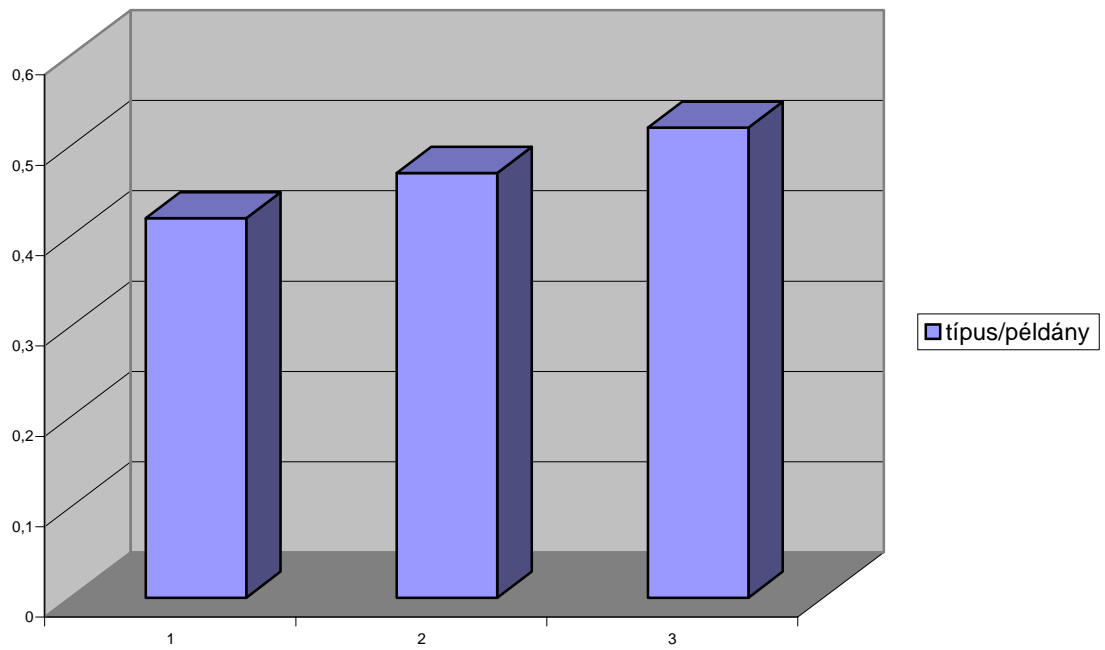
3. ábra A *magyarázó* kód megjelenéseinek száma



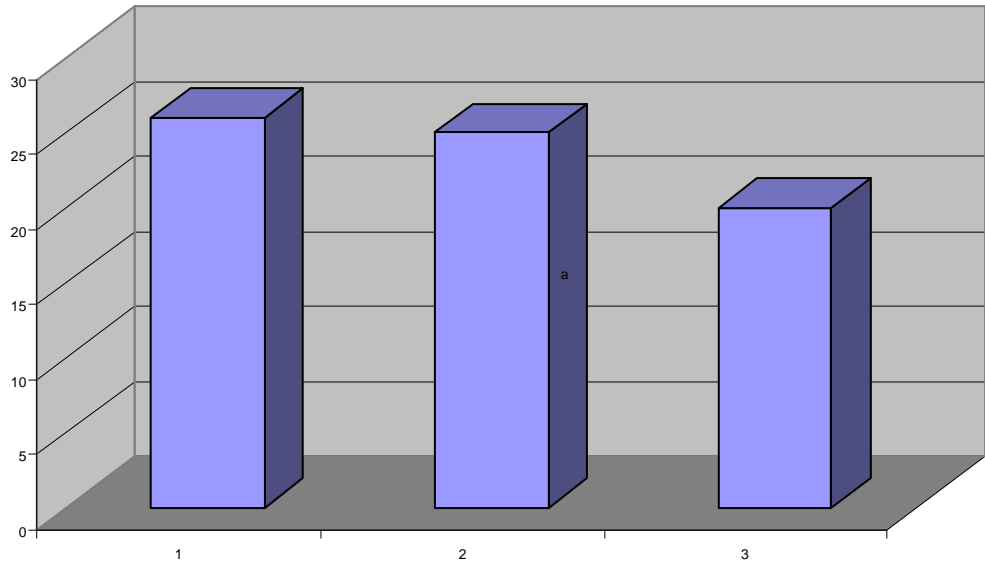
4. ábra Kötőszavak előfordulása összesen.



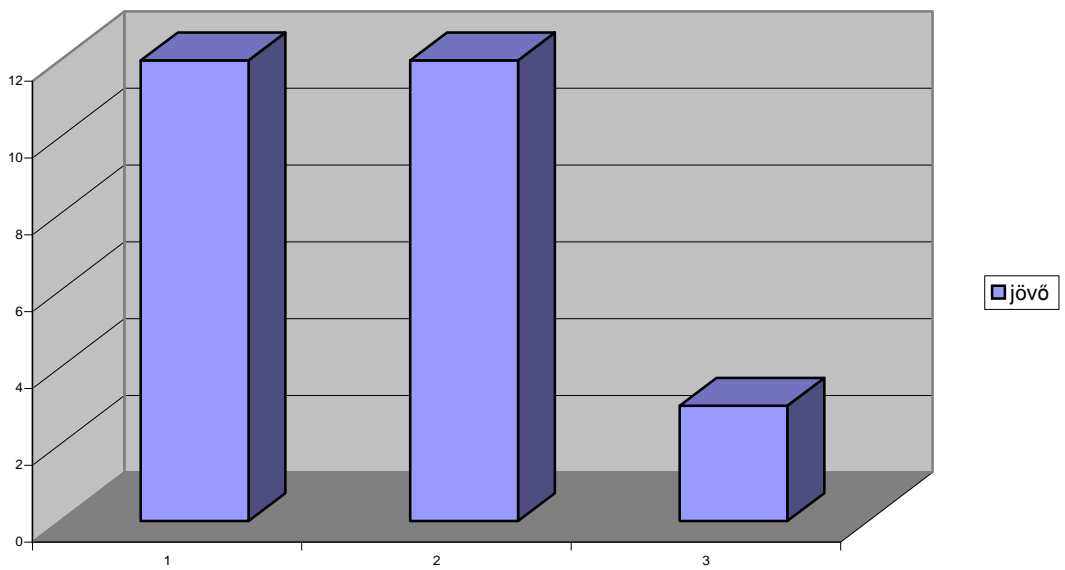
5. ábra Az ellentétes, kapcsolatos, magyarázó és az összes kötőszó előfordulási számai.



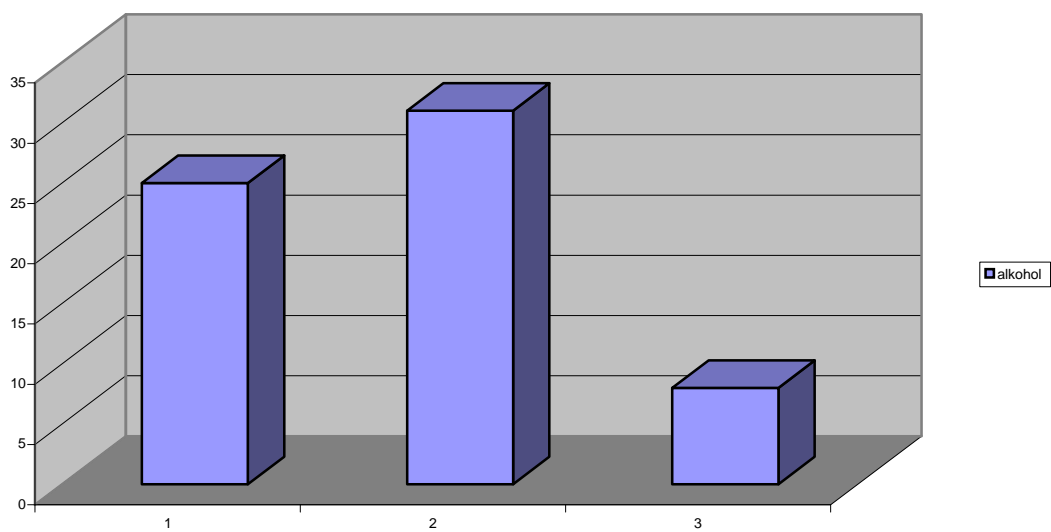
6. ábra A típus/példány arány



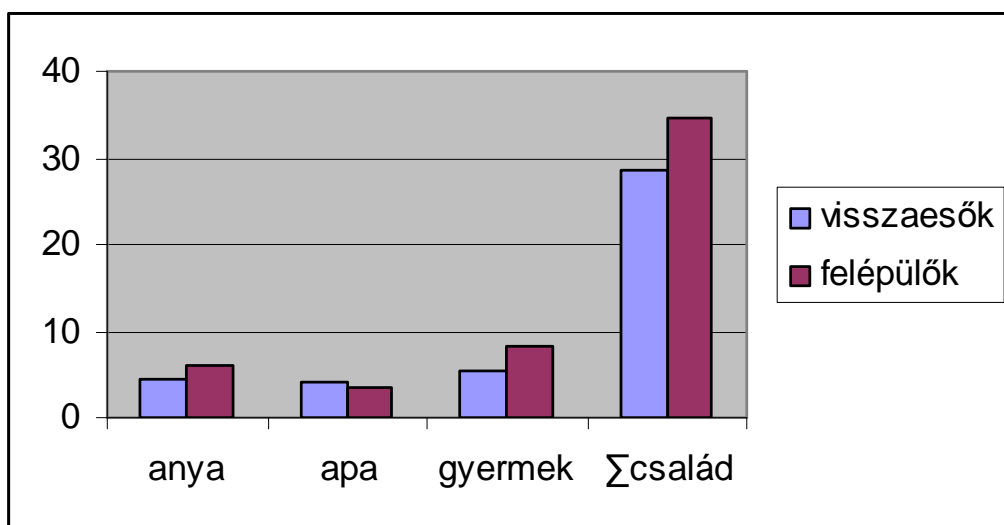
7. ábra Az ellentétes kötőszavak előfordulásainak száma



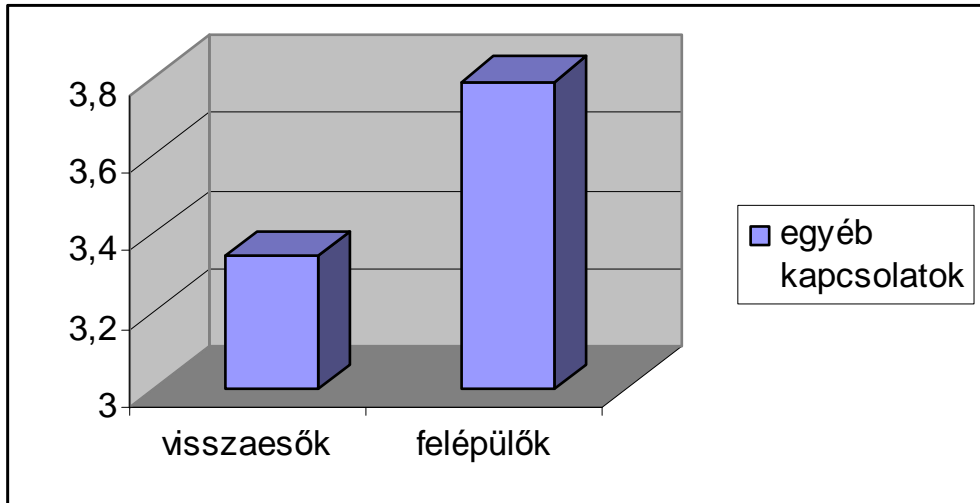
8. ábra A jövő kód találatszámai



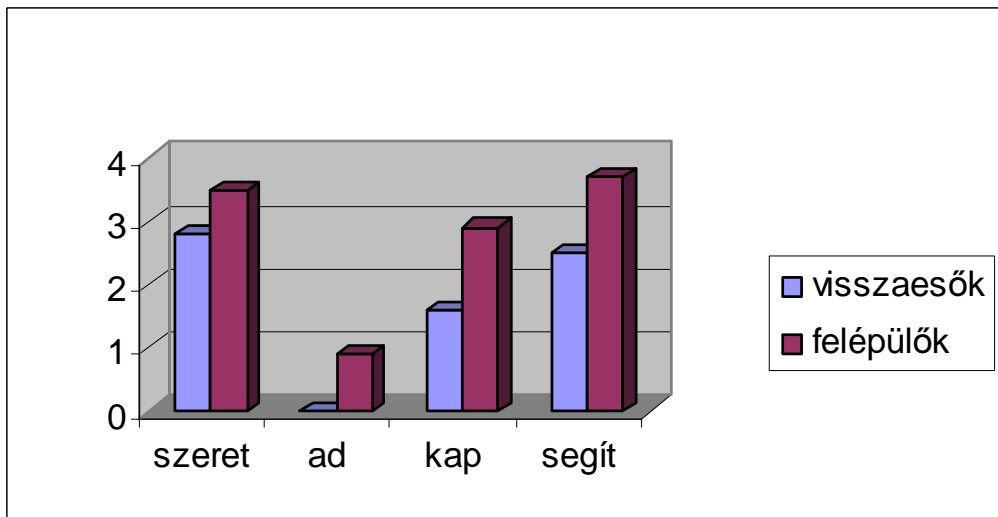
9. ábra Az alkohol kód előfordulási száma



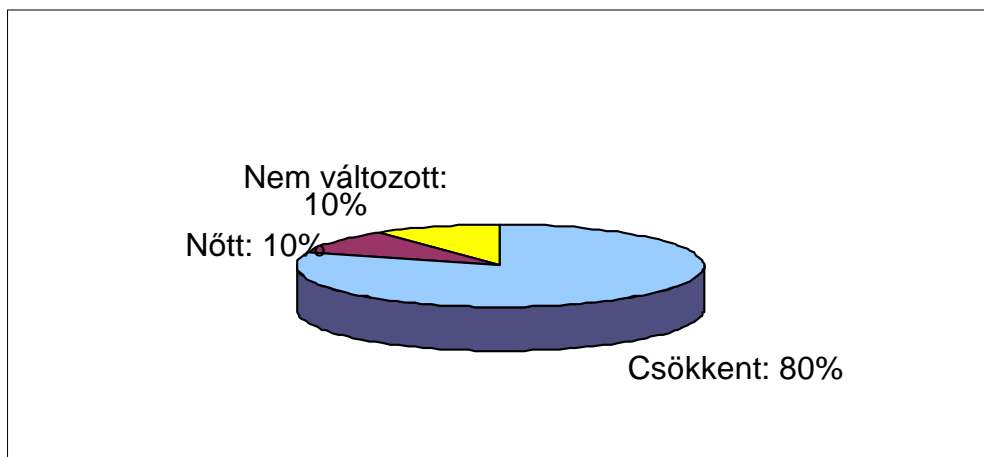
10. ábra. A családi kapcsolatokra utaló szavak gyakorisága.



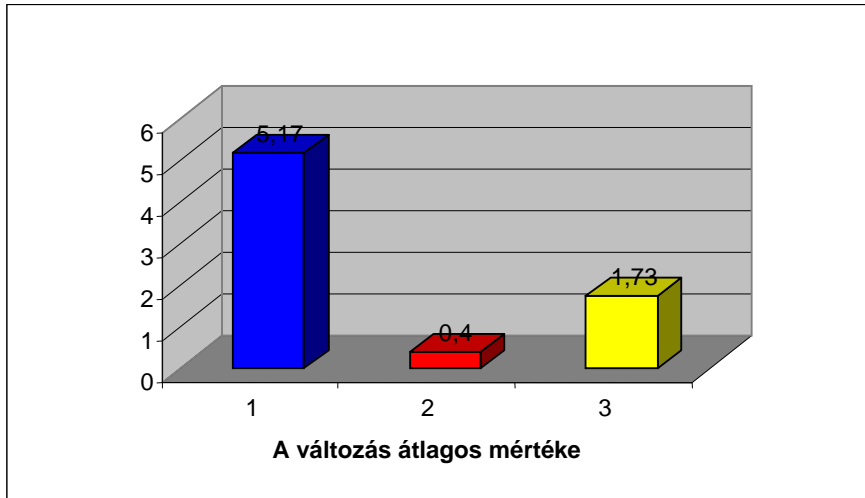
11. ábra. Egyéb (nem családi) kapcsolatokra utaló szavak gyakorisága.



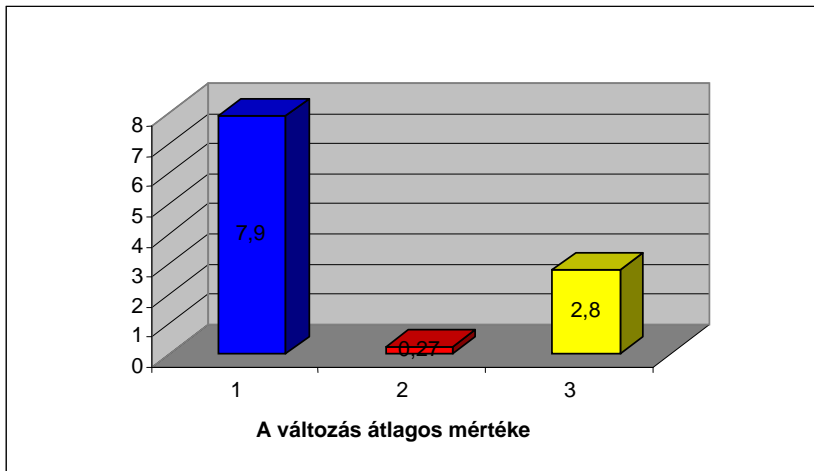
12. ábra. Kapcsolatok igei tövű megjelenésének gyakorisága.



13. ábra A reménytelenség változása a vizsgálati csoportban



14. ábra. A reménytelenség megváltozásának átlagos mértéke a vizsgálati csoportban és a kontroll csoportokban.



15. sz. ábra. A problémamegoldó képesség megváltozásának átlagos mértéke a vizsgálati csoportban és a kontroll csoportokban.

Táblázatok

Kategóriák	Előfordulási gyakoriság visszaesők esetében (%)	Előfordulási gyakoriság felépülők esetében (%)
Anya	4,6	6,0
Apa	4,2	3,6
Gyermek	5,4	8,3
∑ család	28,7	34,6
Egyéb kapcsolatok	3,4	7,9
Szeret	2,8	3,5
Ad	~0	0,9
Kap	1,6	2,9
Segít	2,5	3,7
Önsegítés	~0	2,3

1. sz. táblázat. A vizsgált kategóriák.

Mellékletek

1. számú melléklet. Szociodemográfiai kérdőív

Kérjük az Önre jellemző válaszok melletti számjegyet karikázza be, illetve töltsse ki a pontozott mezőt!

1. Neme:

1 - férfi

2 - nő

2. Melyik évben született?

19 év

3. Mi az Ön legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?

1 - nem végezte el az általános iskolát

2 - általános iskola

3 - szakmunkásképző, szakiskola, mesterlevél, segédlevél, tanonciskola

4 - befejezett középiskola

5 - befejezett felsőfokú technikum vagy főiskola

6 - befejezett egyetem

4. Van-e érvényes jogosítványa?

1 - van

2 - nincs

5. És mi az Ön foglalkozási státusza jelenleg?

1 - munkavégzés teljes munkaidőben

2 - munkavégzés részmunkaidőben – rendszeresen

3 - munkavégzés részmunkaidőben - nem rendszeresen, alkalmi munkák keretében

4 - tanuló

5 - sorkatonai szolgálat, polgári szolgálat

6 - nyugdíjas, leszázalékolt

7 - munkanélküli

8 - tartózkodás bentlakásos intézetben (kórház, más terápiás intézmény, börtön stb.)

9 - háztartásbeli, GYES, GYED

6. Mi (volt) az Ön rendszeres (utolsó) foglalkozása? Kérjük részletesen írja le!

.....

.....

7. Mi az Ön hivatalos családi állapota?

1 - nőtlen, hajadon

2 - házas

3 - özvegy

4 - elvált

8. Önt is beleszámítva hányan élnek közös háztartásban?

..... fő

9. Lakóhelyének irányítószáma:

.....

Válaszait köszönjük, a kérdőívek feldolgozása névtelenül történik.

2. Sz. melléklet. Az önéletrajz rekonstrukció utasításai

Készítse el önéletrajzának első szakaszát, a születésétől az óvodáskorig! Legyen benne legalább egy mondatnyi utalás a születése előtti időszakra.

Használja a következő szavakat, kifejezéseket:

Legalább egy a következőkből: apa, anya, szülő, illetve ezek különböző megnevezési formái, ragozott alakjai!

Jelenjenek meg benne a nagyszülők is!

Szerepeljenek a testvérek, bármely változatban!

Írja le röviden élete első emlékét, amit fel tud idézni!

Említse meg a bölcsőde, vagy óvoda szót!

Essen szó barátokról, barátkozásról!

Kötőszóként használja legalább egyszer az „azért, mert”, „ebből következik”, „éppen ezért”, vagy más oksági összefüggésre utaló kifejezéseket!

Használja a szeret és a vár igék valamely ragozott alakját.

Lehetőség szerint kerülje a tagadószavak (nem, sem, soha semmi, semmikor, senki, stb.) használatát!

Önéletrajz rekonstrukció második szakasza

Készítse el önéletrajzának második szakaszát, amely az általános iskolás kor történetét öleli fel, a pályaválasztással bezárólag!

Használja a következő szavakat, kifejezéseket:

Legalább egy valamilyen tágabb rokoni kapcsolatra utaló szereplő megnevezése, pl. nagybácsi, nagynéni unokatestvér!

Jelenjenek meg benne a gyerekkori kapcsolatok, barátok, osztálytársak, stb.

Jelenjenek meg a kedvelt iskolán kívüli tevékenységek!

Írja le röviden egy kedves iskolai emlékét!

Említse meg a kedvenc tanárát!

Írjon arról, nyolcadik osztályban hogyan választott pályát!

Kötőszóként használja legalább egyszer az „azért, mert”, „ebből következik”, „éppen ezért”, vagy más oksági összefüggésre utaló kifejezéseket!

Használja az ad vagy a kap igék valamely ragozott alakját!

Lehetőség szerint kerülje a tagadószavak (nem, sem, soha semmi, semmikor, senki, stb.) használatát!

Önéletrajz rekonstrukció harmadik szakasza

Készítse el önéletrajzának következő szakaszát, amely az általános iskolán túli tanulmányait és az azt követő időszakot öleli fel, a családalapítással bezárólag!

Használja a következő szavakat, kifejezéseket:

Szórakozás, időtöltés, hobbi.

Megkedvel, megszeret.

Használja a csapat, társaság, közösség, vagy más hasonló jelentésű szavak valamelyikét.

Írjon a házastársáról, gyerekekről!

Írjon munkáról, munkahelyről, munkatársakról!

Kötőszóként használja legalább egyszer az „azért, mert”, „ebből következik”, „éppen ezért”, vagy más oksági összefüggésre utaló kifejezéseket!

Lehetőség szerint kerülje a tagadószavak (nem, sem, soha semmi, semmikor, senki, stb.) használatát!

Önéletrajz rekonstrukció negyedik szakasza

Készítse el önéletrajzának következő szakaszát, amely napjainkig tart. Aztán a záró, összefoglaló részben írja le, mi volt élete legnagyobb fordulópontja, írjon arról, mi volt a legnagyobb problémája élete során, és hogy azt hogyan sikerült megoldania! Szóljon pár szót arról is, mit tart élete legnagyobb ajándékának, majd legvégül írjon reményeiről, terveiről! Ebben a szakaszban értelemszerűen használjon jövő időt! Ne felejtkezzen meg arról, hogy az események folyamatában fontos, hogy azok nem véletlenszerűen, hanem ok-okozati összefüggéseikkel egymásból adódóan követik egymást! Lehetőség szerint kerülje a tagadószavak (nem, sem, soha semmi, semmikor, senki, stb.) használatát!

3. sz. melléklet A MEPS teszt alkalmazott résztesztjei

MEPS férfiaknak

Az alábbiakban négy szituációt olvashat. Minden történetnek ismerjük az elejét és a végét, amelyeket önnek kell összekapcsolni, vagyis a történetek közepét megírni. Próbálja megtalálni a legideálisabb stratégiát az adott problémahelyzetekre, és olyan részletesen és konkrét lépésekben leírni, hogy azt akár egy másik személy is követni tudja.

1. Zoli nagyon szerette a barátnőjét, azonban sokat veszekedtek. Egy nap a lány végül elhagyta őt. Zolinak minden vágya volt, hogy rendeződjenek a dolgok. A történet végén ismét minden rendben van közöttük.

Ott folytassa a történetet, hogy egy veszekedésüket követően Zolit elhagyta a barátnője.

2. Jánosnak feltűnt, hogy újabban kerülnek a barátai. Azt szeretné, hogy legyenek barátai és hogy szeressék őt. A történet végén Jánost ismét kedvelik a barátai.

Ott kezdje el a történetet, amikor a fiú először észreveszi, hogy elkerülnek a barátai.

3. Péter nehezen jön ki a közvetlen főnökével a munkahelyén. Nagyon boldogtalan emiatt. A történet végén Pétert kedveli a főnöke.

Ott folytassa a történetet, hogy Péter nem jön ki a főnökével.

4. Egyik nap, miközben éppen egy étteremben ebédelt, Feri észrevett egy gyönyörű lányt, akit korábban még sohasem látott. Első pillantásra beleszeretett. A történet végén összeházasodnak.

Ott kezdje el a történet mesélését, amikor Feri először megpillantotta a lányt az étteremben.

MEPS nőknek

Az alábbiakban négy szituációt olvashat. Minden történetnek ismerjük az elejét és a végét, amelyeket Önnek kell összekapcsolni, vagyis a történetek közepét megírni. Próbálja megtalálni a legideálisabb stratégiát az adott problémahelyzetekre, és olyan részletesen és konkrét lépésekben leírni, hogy azt akár egy másik személy is követni tudja.

1. Kati nagyon szerette a barátját, azonban sokat veszekedtek. Egy nap a fiú végül elhagyta őt. Katinak minden vágya volt, hogy rendeződjenek a dolgok. A történet végén ismét minden rendben van közöttük.

Ott folytassa a történetet, hogy egy veszekedésüket követően Katit elhagyta a barátja.

2. Verának feltűnt, hogy újabban kerülik a barátai. Azt szeretné, hogy legyenek barátai és hogy szeressék őt. A történet végén Verát ismét kedvelik a barátai.

Ott kezdje el a történetet, amikor a lány először észreveszi, hogy elkerülik a barátai.

3. Orsi nehezen jön ki a közvetlen főnökével a munkahelyén. Nagyon boldogtalan emiatt. A történet végén Orsit kedveli a főnöke.

Ott folytassa a történetet, hogy Orsi nem jön ki a főnökével.

4. Egyik nap, miközben éppen egy étteremben ebédelt, Anna észrevett egy helyes srácot, akit korábban még sohasem látott. Első pillantásra beleszeretett. A történet végén összeházasodnak.

Ott kezdje el a történet mesélését, amikor Anna először megpillantotta a fiút az étteremben.

4. sz. melléklet. A Reménytelenség Skála

Reménytelenségi Skála

Név:

Dátum:

Iskolai végzettség:

Életkor:

A kérdőív húsz állítást (mondatot) tartalmaz. Kérjük, gondosan olvassa el midegyiket. Ha az állítás a múlt héten, a mai napot is beleértve jellemző volt Önre, írja mellé, hogy IGAZ. Amennyiben az állítás nem jellemző Önre, hogy HAMIS. Írhat egyszerűen I-t az IGAZ, H-t a HAMIS helyett. Kérjük, mindenképpen olvasson el minden egyes mondatot.

	A.	Reményekkel telve és lelkesedéssel nézek a jövő elébe.
	B.	Akár fel is adhatnám, mert nincs semmi, amit tehetnék azért, hogy a dolgok jobbra forduljanak számomra.
	C.	Amikor a dolgok rosszul mennek, azzal vigasztalom magam, hogy ez nem tarthat így örökké.
	D.	Nem tudom elképzelni, hogy milyen lenne az életem tíz év múlva.
	E.	A számomra legfontosabb dolgok megvalósítására tudok elég időt szakítani.
	F.	Számítok rá, hogy a jövőben sikeres leszek azon a téren, ami a legfontosabb számomra.
	G.	Sötétén látom a jövőmet.
	H.	Nagyon szerencsés vagyok és bízom benne, hogy nekem több jó jut osztályrészüil, mit egy átlagembernek.
	I.	Egyszerűen nem vagyok szerencsés s nincs okom azt hinni, hogy a jövőben az leszek.
	J.	Múltbeli tapasztalataim alaposan felkészítettek a jövőre.
	K.	Csak a kellemetlen dolgokat látom a jövőben és nem a kellemeseket.
	L.	Nem bízom benne, hogy elérem, amit igazán akarok.
	M.	Amikor előre tekintek a jövőbe, remélem, hogy boldogabb leszek, mint amilyen most vagyok.
	N.	Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.
	O.	Erősen bízom a jövőben.
	P.	Sosem sikerül elérnem azt, amit akarok, ezért örültség bármit is akarni.
	Q.	Több mint valószínűtlen, hogy igazi elégedettséget érzek a jövőben.
	R.	A jövő homályosnak és bizonytalannak tűnik számomra.
	S.	Több jóra, mint rosszra számíthatok a jövőben.
	T.	Főlegesen igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.

Elért pontszám:

5. sz. melléklet. Az Alkoholfüggőség Súlyossága kérdőív.

Alkoholfüggőség súlyossága Kérdőív

Név:

Dátum:

Kérjük, idézzon fel egy olyan jellemző időszakot az elmúlt 6 hónapban, amikor Ön sokat ivott.

Mikor volt ez? Év: Hónap:

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre az ivási szokásaival kapcsolatban. Karikázza be a legmegfelelőbb választ. Abban az időszakban, amikor sokat ivott...

1.	Az ivás utáni napon izzadtan ébredtem fel.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
2.	Miután alkoholt ittam, másnap reggel már ébredéskor remegett a kezem.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
3.	Az ivás utáni napon, ha nem ittam újra, már ébredéskor nagyon remegett az egész testem.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
4.	Az ivás utáni napon arra ébredtem, hogy az egész testem verítékben úszik.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
5.	Amikor alkoholt iszom, félek a másnapi felébredéstől.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
6.	Az ivás utáni napon rettegtem attól, hogy kora reggel másokkal találkozok.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
7.	Amikor alkoholt ittam, másnap reggel ébredéskor úgy éreztem hogy a kétségbeesés határán vagyok.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
8.	Az ivás utáni napon ébredéskor nagyon féltem.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
9.	Az ivás utáni reggelen kívántam az alkoholt.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
10.	Az ivás utáni napon olyan gyorsan hajtottam fel az első néhány italt, amilyen gyorsan csak lehetett.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
11.	Az ivás utáni napon még többet ittam, hogy megszűnjön a remegésem.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
12.	Az ivás utáni napon ébredéskor nagyon erősen vágytam az italra.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
13.	Egy nap alatt több mint egy negyed üveg töményt (ill. egy üveg bort, vagy 7 üveg sört) ittam.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
14.	Egy nap alatt több mint fél üveg töményt (ill. 2 üveg bort, vagy 15 üveg sört) ittam.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
15.	Naponta több mint egy üveg töményt (ill. 4 üveg bort, vagy 30 üveg sört) ittam.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
16.	Naponta több mint két üveg töményt (ill. 8 üveg bort vagy 60 üveg sört) ittam.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig

Képzelve el a következő helyzetet:

1. Néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt. 2. Aztán két napig nagyon sokat iszik. Hogyan érezné magát a rá következő nap reggelén?

17.	Elkezdénék izzadni.	egyáltalán nem	enyhén	közepesen	erősen
18.	Remegne a kezem.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
19.	Remegne a testem.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig
20.	Vágynék egy italra.	szinte soha	néha	gyakran	majdnem mindig

Elért pontszám:

Alkohol detoxikáció javasolt: igen nem

6. sz. melléklet. AUDIT teszt

AUDIT SZŰRŐTESZT

Karikázza be a megadott válaszok közül az önre leginkább jellemzőt!	
Név:	Dátum:
Iskolai végzettség:	Kor:

1. Milyen gyakran fogyaszt alkoholtartalmú italokat?				
Soha	Havonta egyszer, vagy ritkábban	Havi 2-4 alkalommal	Hetente 2-3 alkalommal	Hetente négyyszer, vagy többször

2. Azokon a napokon, amikor iszik, általában hány italt (egy ital= 1 doboz, azaz 0,33 l sör, 1,5 dl bor, vagy 4 cl tömény szesz) fogyaszt el?				
1-2	3-4	5-6	7-8-9	10, vagy több

3. Milyen gyakran fogyaszt el egy alkalommal 6, vagy annál is több italt?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta

4. Az elmúlt egy év során milyen gyakran érezte úgy, hogy ha elkezd inni, nem tudja abbahagyni?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta

5. Az elmúlt egy év során milyen gyakran fordult elő, hogy az alkoholfogyasztás miatt nem tudott eleget tenni a normálisan elvárható feladatainak?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta

6. Az elmúlt egy év során milyen gyakran fordult elő, hogy reggel ivással kellett kezdenie a napot az előző napi italozás utóhatásainak megszüntetése céljából?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta

7. Az elmúlt egy év során milyen gyakran érzett bűntudatot, vagy lelkipurdalást az ivás miatt?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta

8. Az elmúlt egy év során milyen gyakran fordult elő, hogy reggel nem emlékezett, mi történt önnel előző nap, miután ivott?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta

9. Előfordult-e, hogy italozása következményeként ön, vagy valaki más sérülést szenvedett?				
Nem		Igen, de nem az elmúlt évben		Igen, előfordult

10. Előfordult-e, hogy egy családtag, rokon, barát, orvos, vagy más egészségügyi dolgozó szóvá tette az alkoholfogyasztását, vagy javasolta, hogy hagyja abba?				
Nem		Igen, de nem az elmúlt évben		Igen, előfordult
0	1	2	3	4

Össz. pont: