

**A TRANSZCENDENCIA KARAKTERDIMENZIÓ
ADAPTIVITÁSÁNAK VIZSGÁLATA ALKOHOLBETEGSÉG
ÉS DEPRESSZIÓ ESETÉBEN**

Tartalomjegyzék

1. Elméleti háttér	3
1.1 A transzcendencia definiálása	4
1.2 TCI Transzcendencia dimenziója depresszió esetében	6
1.3 Spirituális szemlélet megjelenése alkoholbetegségben	8
1.4 Vizsgálati célok és hipotézisek.....	10
2. Módszerek	11
2.1 Minta	11
2.2 Méréseszközök	11
2.3 Etika	13
3.2. A Transzcendencia karakterdimenzió különbségei a vizsgálati csoportokban.....	14
3.3 A Transzcendencia értékek összefüggései a tünetek súlyosságával.....	16
3.4 A transzcendens szemlélet összefüggései különféle megküzdési módokkal	16
3.5 Az AA szemléletmódú rehabilitációs kezelésben résztvevő csoport differenciálása	17
4. Megvitatás	18
5. Konklúzió	19
FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM.....	21
1. számú melléklet	25
2. számú melléklet.....	26
3. számú melléklet.....	28

Plágium nyilatkozat: A plágium szabályokat ismerem, és dolgozatomban azokat betartottam.

2012. 11. 03.

A Transzcendencia karakterdimenzió adaptivitásának vizsgálata alkoholbetegség és depresszió esetében

1. Elméleti háttér

A spiritualitás és transzcendencia vizsgálata pszichológiai szempontból egyre szélesebb körben vizsgált témakör az utóbbi évtizedekben. Rendkívül széles perspektívából, sokféle változóval összefüggésben kutatták ezt a területet, részben a különböző betegcsoportok mélyrehatóbb vizsgálata végett, részben pedig a terápiás folyamatok hatékonyabbá tételének kapcsán. A transzcendencia tehát egy olyan nem könnyen megfogható, de a személyiség működésének egyik jelentős befolyásoló erejeként is definiálható fogalom, melynek alapos vizsgálata és tágabb látókörbe helyezése kiemelt szerepet játszhat a klinikumban.

A pszichiátriai betegségek pontosabb megismerését célzó klinikai vizsgálatok az utóbbi évtizedben egyre gyakrabban foglalkoznak a transzcendencia karakterdimenzió szerepével. Ezen vizsgálatok egyik legfontosabb kérdése, hogy milyen személyiségkonstellációban, illetve betegségek esetén tekinthető adaptívnak, valamint mondható maladaptívnek ez a személyiségdimenzió (Conrad és mtsai, 2009; Galanter és mtsai, 2007; Poage, Ketzenberger és Olson, 2004). Az emelkedett transzcendencia érték együtt jár például a szuicid kísérletekkel (Conrad és mtsai, 2009), és emelkedettebb szintet mutat több pszichiátriai betegségben (Hansenne és mtsai, 1999), azonban bizonyos esetekben (pl. alkoholbetegségben) hozzájárulhat az optimálisabb terápiás válaszhoz és a visszaesés megelőzéséhez (Galanter és mtsai, 2007).

A különféle pszichiátriai betegségek kialakulását, lefolyását, valamint a kezelésre adott választ különböző tényezők befolyásolhatják. Ezekben belül kulcsfontosságú a személyiségműködés szerepe. Vizsgálatunkban a transzcendens működés mintázatait, jellegzetességeit tekintjük át szisztematikusan depresszióval, illetve alkoholdependenciával diagnosztizált páciensek körében. A transzcendencia összefüggéseit a depresszió diagnózisával és az alkoholbetegséggel számos kutató vizsgálta különböző kontextusban, azonban a két kórképet egymással összevetve, differenciáldiagnosztikai célból még nem elemezték. Mivel népegészségügyi szempontból, globális szinten ezek a betegségek jelentik az egyik legnagyobb terhet a társadalom számára, ezért különösen fontos ennek a két kórképnek a vizsgálata.

A depresszió problémájának társadalmi szintű súlyosságát támasztják alá Kopp Mária országos felmérései is (Kopp, 2001; Kopp és Kovács, 2006). 2002-ben a felnőtt magyar népesség csaknem 13%-a számolt be a Beck Depresszió Skála szerint 18 pont feletti, tehát súlyosnak mondható depressziós tünetekről. Ez az arány négy év elteltével 18%-ra emelkedett. A legfrissebb adatok szerint pedig a lakosság 33 %-a szenved különböző súlyosságú depressziós tünetektől, mely nem csak az életminőségük romlása miatt érdemel kiemelt figyelmet, hanem az öngyilkosságra való hajlam megnövekedett veszélyeztetettsége miatt is.

Az alkoholfogyasztás Magyarországon népegészségügyi szempontból nagy problémát jelent a társadalom számára. Az országban az egy főre jutó alkoholfogyasztás mértéke világviszonylatban mérve is magasnak számít, mivel minden 15 éves kort meghaladó személyre 17 liter alkohol fogyasztása tehető évente. Ezzel a mutatóval Magyarország európai viszonylatban is az egyik legnagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztó nemzetek közé sorolható. A problémás alkoholfogyasztás a társadalom minden rétegére kihat, ugyanúgy érintettek benne a fiatalok, mint a felnőtt és az idősebb korosztály is (Alkohol-politika és -stratégia 2009 (tervezet), 2009). Mielőtt kitérnénk arra, hogy hogyan is jelenik meg a transzcendencia ezekben a betegségekben, érdemes tisztázni, mi is az a transzcendencia és hogyan definiálható ez a fogalom.

1.1 A transzcendencia definiálása

A transzcendencia a személyiség fejlődése során kialakuló karaktervonás, mely kiszélesíti az egyén látókörét az élet értelmének keresésére, megtalálására irányuló tevékenységek tükrében (Mellors, Riley és Erlen, 1997). Frankl definíciója szerint a transzcendencia több dolgot is jelöl: egyrészt az emberek megváltoztathatatlan helyzetekhez való elfogadó attitűdjét, belátással/belenyugvással történő viszonyulását, továbbá jelenti az emberek másokhoz és környezetükhöz való befogadó hozzáállását. Tehát a transzcendens szemlélet egyszerre jelentéstulajdonító és jelentésfelfedező hozzáállás (Frankl, 1963; 1969). A transzcendens szemlélet segíti az embereket a halandóságuk tudatosítását és elfogadását, valamint a halálos betegségekkel és az öregkorral való megbirkózást (Reed, 1991).

A fogalom definiálása során a transzcendencia mellett két másik fogalom jelenik meg hangsúlyosan, ezek pedig a vallás és a spiritualitás. A spiritualitást és a transzcendenciát számos esetben szinonimaként használják a fogalom meghatározásának során (Arévalo, Prado

és Amaro, 2008; Cloninger, 2004). más esetekben viszont különálló részfogalomként értelmezik (Hill és mtsai, 2000). Ez hasonló a vallásosság fogalmához, melyet szintén bizonyos szerzők egységesen kezelnek a transzcendencia fogalmával (Koenig, Pawlik, Bekelman és mtsai, 2010; Weisman, Tuchman és Duarte, 2010), más definíciókban pedig külön csoportba tagolják (Zinnbauer és mtsai, 1999). Szakirodalmi áttekintésünk alapján azt találtuk, hogy bár vannak eltérések a fogalomhasználat tekintetében, mégis, a fogalomdefiniálások az egyének élethez való hozzáállásmódját határozzák meg. Véleményünk szerint a definíciók egy irányba mutatnak, az egyetlen eltérés közöttük pedig abból fakad, hogy ezekben mennyire integrálódnak a vallásossággal és a spiritualitással kapcsolatos nézetek.

Az 1940-es évek elején a spiritualitást, mint megküzdési mechanizmust azonosították, mely hatékonyan járul hozzá a stressz kezeléséhez (Arévalo, Prado és Amaro, 2008). A vallásos hit és spiritualitás magasabb fokát hatékonyabb megküzdési módokkal, optimistább életszemlélettel, nagyobb észlelt társas támogatással és alacsonyabb szintű szorongással hozták összefüggésbe (Pargament, 1997).

Áttekintésünk során az egyes kutatócsoportok spiritualitásra adott magyarázatait nagyobb csoportokba soroltuk. A terminológia értelmezése során Mellors és kutatótársainak magyarázata esetében értelmezhető a legtágabban transzcendencia fogalma. Ebben az esetben a világgal való azonosulás mellett még hangsúlyt kap az élet értelmének megértésére való törekvés is (Mellors, Riley és Erlen, 1997).

Több szerző például (Hill és mtsai, 2000; Zimbauer és mtsai, 1999) a transzcendenciát gyűjtőfogalomként használja, mely alá két kategóriát – a spiritualitást és a vallásosságot – sorol. Ebben az esetben a spiritualitás a világ mélyebb megértésére való törekvést, az érzékek általi tapasztaláson túli dolgok befogadását, a vallásosság pedig Isten létének elfogadását/befogadását jelenti.

Számos kutatás tárgyalja együtt a vallást és a spiritualitást (Koenig, Pawlik, Bekelman és mtsai, 2010; Weisman, Tuchman és Duarte, 2010). A vallás/spiritualitás fogalmát használó kutatók értelmezésében az isteni lét elfogadása és a világmindenséggel történő mélyebb azonosulás egy fogalomkörként definiálható. E nézet szerint a két fogalom egymáshoz szorosan kapcsolódó konstruktum (Carrico, Gifford és Moos, 2007). Fontos azonban leszögezni a két fogalom közti legfőbb különbségeket: a vallás bizonyos hiedelmek, szabályok és szokások intézményesített rendszerének tekinthető, amit egy ember internalizál és követ. A vallásosság egy valós vagy látens közösségben való részvételt jelent, ahol hasonló

értékrendű és elvű emberek állnak egy csoportban (Zinnbauer és mtsai, 1999). A spiritualitás ezzel szemben inkább egyfajta közvetlen élményére, egy magasabb, tágabb tudatosságnak a meglétére vonatkozik, melyet egy adott személy él meg (WHOQOL SRPB Group, 2006).

A kutatók egy másik csoportja pedig a vallási vonatkozást mellőzve szinonimaként használja a transzcendencia és a spiritualitás szavakat. Ennek a megközelítésnek az értelmében Cloninger például úgy foglalta össze a spiritualitás/transzcendencia jellemzőit, hogy „azonosulás mindennel, ami az emberi lét számára nélkülözhetetlenek, lényeginek tűnik és része egy egyesült egésznek” (Rózsa, Kállai, Osváth és Bánki, 2005; 63. o.). Értelmezésében a transzcendencia valamely magasabb szintű, az egyéni létezésen túlmutató tapasztalások keresését jelenti (Cloninger, 2004). Az általa megalkotott Temperamentum és Karakter Kérdőív az első olyan személyiségvizsgáló mérőeszköz, mely a transzcendens szemléletet, mint fő személyiséget meghatározó tényezőt emeli be a vizsgált személyiségvonások körébe (Cloninger, 1993).

A különböző megközelítési módok szisztematikus áttekintése után jelen vizsgálatunkban a Cloninger-féle transzcendencia-fogalomhasználatot tekintjük mérvadónak. A továbbiakban e szerint használjuk majd a terminológiát.

1.2 TCI Transzcendencia dimenziója depresszió esetében

Mint ahogy a korábbi tanulmányok is rámutatnak, a spiritualitás és transzcendencia kérdésköre fontos szerepet játszik az egyes betegségrcsoportok vizsgálatában és a betegek személyiségműködésének mélyebb megismerésében. Az egyik kiemelt betegcsoport a vizsgálatunk szempontjából a hangulatzavarral küzdők csoportja. A következőkben a transzcendencia és a hangulatzavarok (jelen vizsgálatunkban depresszió) közti összefüggéseket vizsgáló kutatásokat mutatunk be.

Hansenne és munkatársai major depresszióban szenvedő betegeket vetettek össze egészséges kontrollszemélyekkel Cloninger temperamentum- és karakterdimenziói mentén (1999). Eredményeik szerint az Ártalomkerülés és a Transzcendencia terén a kísérleti csoport tagjai a kontrollszemélyekhez képest szignifikánsan magasabb átlagpontszámot értek el. Ezzel szemben az önirányítottság és kooperativitás tekintetében alacsonyabb értékeket mutattak a major depressziós betegek.

A belga kutatócsoporthoz hasonló célt tűztek ki Celikel és munkatársai (2009), akik szintén a major depresszió személyiségsszerveződését vizsgálták TCI segítségével. A temperamentum- és karaktertényezők feltérképezésén kívül a depresszió súlyosságát is mérték

a szerzők, utóbbit Hamilton Depresszió Skála és Beck Depresszió Kérdőív alkalmazásával. A Transzcendencia faktor esetében nem tapasztaltak szignifikáns eltérést a depressziós, és a depresszióban nem szenvedő betegek között, kivéve e dimenzió egy alszáláját, a spirituális elfogadást, melyben a major depresszióval diagnosztizált páciensek jelentősen magasabb átlagértéket kaptak. A Transzcendencia-mutató értékeit korreláltatva a többi skála átlagpontjaival az alábbi összefüggéseket kapták a kutatók: a depressziós csoport esetében a transzcendencia mérsékelten korrelált az ártalomkerülés mértékével, valamint az önirányítottsággal. A kontrollcsoport tagjainál ezzel szemben a ST pontjai negatív korrelációt mutattak az önirányítottság alszálán kapottakkal. Ezen kívül az is elmondható, hogy a transzcendencia élmény és a Hamilton Depresszió Skála pontjai között gyenge pozitív korrelációt tapasztalt a kutatócsoport.

Major depresszióban szenvedő emberek temperamentum és karakter tényezőit, azon belül is a transzcendencia-élményt nem csak egészséges kontrollcsoporttal hasonlították össze, hanem bipoláris zavarral diagnosztizált páciensek eredményeivel is. Jylha és munkatársai (2011) munkájuk során bipoláris zavarral, major depresszióval küzdő, illetve egészséges személyeket vontak be és hasonlítottak össze. A transzcendencia mutatóit kiragadva azt találták, hogy a bipoláris betegek alacsonyabb pontszámot értek el a kontrollcsoportéhoz képest, viszont a major depressziós csoport átlagával összevetve magasabbat. A bipoláris I-es és II-es típusú páciensek között semmilyen differenciát nem fedeztek fel. Összességében azt a következtetést vonták le a Helsinki Egyetem munkatársai, hogy a bipoláris zavarban és major depresszióban szenvedők temperamentum és karakter tekintetében kevésbé különböznek egymástól, mint a két betegcsoport a kontrollcsoporttól. Hasonló következtetésre jutott Harley, Wells, Frampton és Joyce (2011) is, az ő eredményeik is azt a hipotézist támasztották alá, mely szerint bipoláris betegekre inkább jellemző a transzcendencia-élmény, mint major depressziósokra, főként az önmegbocsátás, a spirituális elfogadás és az idealizálás területein.

Egy másik kutatásban major depresszióval diagnosztizált betegeket vizsgáltak, akikkel a kutatók TCI-t, Hamilton Depresszió Skálát és SCID-II klinikai diagnosztikai interjút vettek fel (Conrad és mtsai, 2009). A betegeket 3 csoportra osztották: öngyilkosságot megkísérlők, öngyilkossági gondolatokkal rendelkezők, valamint olyan betegek csoportjára, akik nem kíséreltek meg öngyilkosságot és nem is voltak ilyen jellegű gondolataik. Eredményeik szerint a Transzcendencia dimenzió magasabb pontszámot értek el a szuicid gondolatokkal rendelkezők, mint azok, akiknek nem voltak ilyen gondolataik. Ezzel szemben

az öngyilkosságot megkísérlők és az öngyilkossági gondolatokkal rendelkezők csoportja között nem volt szignifikáns különbség a Transzcendencia pontszámait illetően.

A fenti szakirodalmi áttekintésből kitűnik, hogy a hangulatzavarok és a transzcendencia kapcsolata széles körben elterjedt kutatási terület. A DSM-IV alapján major depresszióval diagnosztizált személyek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el kontrollcsoportokkal összehasonlítva (Celikel és mtsai, 2009). Egy japán cikk arra világított rá, hogy a beteg által megbecsült depresszió és a transzcendencia pontok között megbízható összefüggés mutatható ki (Tanaka, Sakamoto, Kijima és Kitamura, 1998).

1.3 Spirituális szemlélet megjelenése alkoholbetegségben

Különböző szerfüggőségek terápiájában nagy szerepet játszhat a transzcendens szemléletmód integrálása. Ilyen típusú terápiás módszer az alkoholdependencia kezelésére az Anonim Alkoholisták Önségítő Csoportja (AA), illetve osztályos keretek között a Minnesota-modellt alkalmazó terápiás módszer. Az AA Magyarországon jelenleg is az egyik leghatékonyabbnak tartott terápiás szemléletmód. Ez egy 12 lépésből álló önségítő program, mely az alkoholfüggőségre nem úgy tekint, mint bűn vagy gyengeség, hanem mint betegség. Elsődleges célja az egyének lelki fejlődése, melyhez az absztinenciát csupán egy eszköznek tekinti (Szikszay, 2005). Mivel tehát a függőségek imént említett kezelési formáiba mélyen beépült a transzcendencia fogalomköre, ez indokoltá teszi a kettő összefüggéseinek vizsgálatát.

Kurgyis és munkatársai (2012) alkoholbetegek személyiségjellemzőit vizsgálták a TCI-R személyiségdimenziói mentén. Minden beteggel felvételre került a TCI-R, e mellett pedig a demográfiai változók vizsgálatának céljából az Addikció Súlyossági Index. Eredményeik szerint az alkoholbetegek magasabb pontszámot értek el az *Újdonságkeresés* és *Ártalomkerülés* dimenziókon, viszont a kontrollcsoporthoz képest alacsonyabb pontszámokat kaptak a *Kitartás*, *Önirányítottság* és az *Együttműködés* dimenziók esetében. A *Transzcendencia* karakterdimenzió tekintetében nem találtak eltérést a kontrollcsoporthoz viszonyítva.

Számos vizsgálat irányult arra, hogy feltérképezze a spirituális szemléletmód hatását a 12 lépéses önségítő programokban. Carrico, Gifford és Moos (2007) szerfüggő férfi veteránoknál követték végig a programot, majd nyomon követték a további sorsukat egy év elmúltával, majd két év elteltével. A kutatásban a betegek intrinzik spiritualitását, vallásos

háttérét, viselkedését és a vallási nézetek befogadására való hajlandóságukat vizsgálták. Továbbá a kutatók teszteket vettek fel a résztvevők változásra való hajlandóságának és önhatékonyságának vizsgálatára is, ezek mellett pedig kérdések irányultak a 12 lépéses programba történő bevonódásuk feltérképezésére, valamint arra, hogy milyen rendszerességgel járnak a gyűlésekre, olvasnak-e a gyűléseken javasolt szakirodalmat és milyen mértékben tartják a kapcsolatot a szponzorukkal. A kutatók a 2 éves utánkövetéses vizsgálatot követően azt találták, hogy a spiritualitás/vallásosság nem növelte a terápiás bevonódást, viszont 1 évvel a 12 lépéses program után azok, akik nagyobb mértékben voltak vallásosak, jobb önszabályozási készségeket mutattak, mint azok, akik kevésbé voltak vallásosak. A vallásos/spirituális hit indirekten hatott a 12 lépéses programba való bevonódásra, mivel erősítette a terápiás elhivatottságot.

Egy másik tanulmányban azt vizsgálták, hogy milyen kapcsolatban áll a spiritualitás, a megelégedettség és a stressz azzal, hogy a beteg mennyi idő óta józan (Poage, Ketzenberger és Olson, 2004). Önként jelentkező AA gyűlést látogató személyeket vizsgáltak, akikkel felvettek egy, a spiritualitásuk értékelésére vonatkozó kérdőívet, egy az életükkel való megelégedettséget mérő tesztet és a Holmes és Rahe által kidolgozott életeseemény skálát. Szignifikáns kapcsolatot mutattak ki a józanság időtartama és a spiritualitás mértéke között és a spiritualitás és az életminőségről alkotott vélemény között. Viszont – a várttal ellentétben – nem volt kapcsolat a józanság időtartama és az életminőséggel való elégedettség között, sem a józanság időtartama és a stresszmentesség mértéke között. Azt mutatták ki, hogy szimplán az absztinencia nem elég az életminőség javulásához, viszont a spiritualitás melletti elköteleződés szignifikáns faktora az életminőség jobbá tételének. Jelentős nemi különbségeket is találtak a kutatók: a nőknél a spiritualitás erőssége szignifikáns kapcsolatot mutatott az elégedettséggel és az alacsonyabb stresszel, bár a korreláció nem mutatja egyértelműen a kauzalitást, a kutatók mégis azt feltételezték, hogy az erőteljesebb spirituális szemlélet okolható a kevesebb stressz megéléséért. Férfiak esetében a spiritualitás és az elégedettség kapcsolata nem szignifikáns, míg az elégedettség és a stressz kapcsolata sokkal erőteljesebb, amiből a kutatók arra következtettek, hogy férfiaknál az elégedettség érzése külső, környezeti tényezőkhez jobban kapcsolódik, mint a belső, spirituális jelleghez.

A spirituális szemléletmód meglétét vizsgálta egy másik kutatócsoport is, akik kidolgoztak egy 6 tételből álló kérdőívet, mellyel alkoholbetegek spirituális elhivatottságának mértékét vizsgálták (Galanter és mtsai, 2007). A vizsgálati személyek több pszichiátriai betegséggel diagnosztizált személyek (kábitószer függőség és egyéb egyes tengelyes

pszichiátriai zavarok) voltak, akik szinten tartó kezelésben részesültek két terápiás intézményben.). A betegekkel olyan önkitöltős kérdőíveket töltettek ki, melyek a spiritualitás mértékének becslésére irányultak és azt találták, hogy a spirituális orientáció fontos a felépülés szempontjából; azok, akik magasabb pontszámot értek el a kérdőíven, azaz nyitottabbak voltak a spiritualitásra, azok egyben nyitottabbak voltak a 12 lépéses programok (jelen esetben az Anonim Metadonfüggők) szemléletének befogadására is.

Tehát a fenti vizsgálatok alapján elmondható, hogy alkoholbetegség esetében a transzcendens szemléletmód hozzájárul a terápiás kimenetelhez. Több kutatócsoport alátámasztotta, hogy a betegség összefügg a magasabb transzcendencia szinttel, e mellett a spirituális szemléletmód elősegíti a betegek optimálisabb terápiás válaszát és a tartós szerhasználat-mentes életmód fenntartását (Arévalo, Prado és Amaro, 2008; Carrico, Gifford és Moos, 2007). Továbbá a spirituális beállítódás elősegítheti a terápiás bevonódást, valamint hozzájárulhat az életminőség pozitívabban történő értékeléséhez is (Galanter és mtsai, 2007; Poage, Ketzenberger és Olson, 2004).

1.4 Vizsgálati célok és hipotézisek

A szakirodalmi összefoglaló alapján látható, hogy a transzcendencia vonás adaptivitása kérdéses, ugyanis együtt járhat káros – pl. a szuicid – viselkedéssel (Conrad és mtsai, 2009), más esetekben, különösen függőségek esetében azonban hozzájárul a betegségből való felépüléshez is (Arévalo, Prado és Amaro, 2008; Carrico, Gifford és Moos, 2007; Galanter et al., 2007).

A korábbi eredményeket áttekintve és összevetve kijelenthetjük, hogy a transzcendencia karakterdimenzió további vizsgálata a különféle betegcsoportok tekintetében kiemelkedő fontossággal bírhat, a kapott eredmények a gyakorlatban is alkalmazhatóak és kezelésbe, gyógyításba is beilleszthetőek, ezzel elősegítve a betegségek alaposabb megismerését, hatékonyabb gyógyítását.

Vizsgálati célunk klinikai mintákon (alkoholdependencia és depresszió) feltárni a transzcendencia szintjeinek korrelátumait, különös tekintettel a betegség súlyosságára. Vizsgáljuk továbbá a transzcendencia karakterdimenzió összefüggéseit a vizsgálati személyek által használt megküzdési módokkal, másrésről pedig az alkoholbetegségből való felépüléssel. Szakirodalmi áttekintésünk alapján a következő hipotéziseket állítottuk fel:

H₁: A transzcendencia karakterdimenziója emelkedett szintet mutat klinikai mintákon az országos reprezentatív átlag értékhez képest.

H₂: Alkoholbetegek körében a felépülés későbbi szakaszaiban lévő páciensek magasabb transzcendencia értékkel jellemezhetőek.

H₃: Alkoholbetegségben és depresszióban pozitív összefüggés van a tünetek súlyossága és a transzcendencia érték között.

H₄: Az adaptív megküzdés értékei és a transzcendencia között pozitív összefüggés áll fenn.

2. Módszerek

2.1 Minta

Vizsgálatunkban 218 fő vett részt (128 férfi és 90 nő). Életkoruk 21-69 éves korig terjed (Átlag=46.76, SD=9.512 év). Az betegeket két nagyobb, és azon belül több kisebb csoportra bontottuk. Az egyik csoportba a DSM-IV alapján major depresszióval diagnosztizált személyek kerültek (N=48), a másikba pedig az alkoholdependencia kritériumainak megfelelő páciensek (N=170). Ez utóbbit további három kategóriára osztottuk az alapján, hogy a felépülésük mely szakaszában vannak, és kezelésükben mennyire van jelen az AA szemlélet. A három alcsoport a következő: 1. kezelésük elején lévő alkoholbetegek (N=33), 2. AA szemléletmódú rehabilitációs kezelésben (melynek célja a teljes alkohol- és gyógyszermentesség elérése) résztvevő alkoholbetegek (N=91), 3. olyan páciensek, akik legalább 3 éve józanok és AA szemléletmódú kezelésben vesznek részt (N=46).

A betegeket az alábbi intézményekből vontuk be: az SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinikáról (2009-2011.), a Szegedi Addiktológiai Osztályról (2011–2012. szeptember), valamint a Szigetvári Minnesota Modell szerint működő Addiktológiai Rehabilitációs Osztályról (2009. május, illetve 2012. március).

Kizárási kritériumnak tekintettük az aktuális alkoholfogyasztást, valamint a komorbiditást a DSM I-es tengelyét tekintve.

2.2 Mérészközök

Vizsgálatunkban hipotéziseink tesztelésére az alábbi kérdőíveket használtuk:

- Átdolgozott Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI-R: Temperament and Character Inventory-Revised)
- Beck Depresszió Kérdőív (BDI)

- Megküzdés Stresszhelyzetben Kérdőív
- Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT)

A TCI-R egy személyiségjellemzők feltérképezésére szolgáló önkitöltős kérdőív, melyet Cloninger és munkatársai dolgoztak ki egyfajta bio-pszicho-szociális modellre építve (Cloninger, 1999; Rózsa, Kállai, Osváth és Bánki, 2005). Ez a kérdőív egyaránt alkalmas a személyiség egészséges és patológiás vonásainak feltárására is. A TCI-R négy temperamentum- és három karakterdimenzióra osztja a személyiség jellemzőit. A négy temperamentumdimenzió az *Ártalomkerülés* (HA), az *Újdonságkeresés* (NS), a *Kitartás* (PS) és a *Jutalomfüggőség* (RD), a három temperamentumdimenzió pedig az *Együttműködési készség* (C), az *Önirányítottság* (SD) és a *Transzcendencia* (ST). Az önkitöltős kérdőív 240 itemből áll, melyeket egy ötfokú Likert-skálán kell a kitöltőnek értékelnie. A kérdőív magyarországi validálása a szerző jóváhagyásával történt, melyet Bánki M. Csaba és Rózsa Sándor végzett. Jelen vizsgálatunk központjában a TCI-R *Transzcendencia* karakterdimenzió, és annak három aldimenziója (*Belefeledkezés a dolgokba*, *Transzperszonális azonosulás* és *Spirituális elfogadás*) áll.

A Beck Depresszió Kérdőív (BDI) egy önkitöltős kérdőív, mely a depressziós tünetek súlyosságának megállapítására szolgál. A teszt 21 állításcsoportot tartalmaz, melyek közül a vizsgált személynek ki kell választani a rá legjobban jellemző állítást (Beck, Mendelson, Mock és Erbaugh, 1961).

A Megküzdés Stresszhelyzetekben Kérdőív egy megküzdési módokat vizsgáló önkitöltős kérdőív, mely 48 állítást tartalmaz, amelyeket a vizsgált személy egy 5 fokú skálán értékel a mentén, hogy mennyire ítéli önmagára jellemzőnek az adott kijelentést. A kérdőívnek három alskálája van, melyek a feladatközpontú megküzdés, az emóciófókuszú megküzdés és az elkerülésre irányuló megküzdés (Endler és Parker, 1994; Perczel Forintos, Kiss és Ajtay, 2005; Raffnsson, Smari, Windle, Mears és Endler, 2006).

Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT) egy 10 itemből álló, a rendellenes alkoholhasználat azonosítására szolgáló kérdőív. Minden állítást egy ötfokú skálán kell értékelnie a vizsgált személynek, ahhoz mérten, hogy mennyire igaz rá az adott állítás. A teszten elért magas pontszám rendellenes alkoholfogyasztást jelöl (Babor, Higgins-Biddle, Saunders és Monteiro, 2001).

2.3 Etika

Az kutatásba bevont betegek teljes körű tájékoztatásban részesültek mind szóban, mind írásban. Ezt követően írták alá az informált beleegyező nyilatkozatot. Az összesített adatfelvétel és –feldolgozás során mindenkihez külön kód tartozott, a nevek és egyéb azonosításra alkalmas személyes adatok nem szerepelnek az adatbázisunkban. A kutatás a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatásetikai Bizottságának a jóváhagyásával történt (1. számú melléklet; jóváhagyás időpontja: 2008. 09. 01., az engedély iktatószáma: 82/2008). A részvétel önkéntes alapon történt, a betegek részletes írásbeli és szóbeli informálás után írták alá a beleegyező nyilatkozatot (2. és 3. számú melléklet).

2. 4 Statisztikai elemzések

A statisztikai elemzések elvégzéséhez az SPSS 20.0-s verzióját használtuk (IBM Corp., New York, USA, 2011). A változók normál eloszlását Kolmogorov-Smirnov próbával teszteltük. A depresszióval diagnosztizált és az összesített alkoholbeteg csoport közötti eltérés vizsgálatára független mintás T-próbát alkalmaztunk, a depressziós és az alkoholos alcsoportok közti különbségek feltárásához egy utas ANOVA-t alkalmaztunk. Az egyes változók transzcendencia karakterdimenzióval való összefüggéseit Pearson-féle korrelációs számítás segítségével vizsgáltuk. Valamennyi statisztikai próba esetében $p=0.05$ szignifikancia szinttel dolgoztunk. A vizsgálatban szereplő betegcsoportokat egymással, valamint T-értékkel is összehasonlítottuk. A T-érték országos reprezentatív átlagot tükröz, mely egy több ezer főből álló országos minta alapján lett kiszámítva ($T=50$, $SD=10$). A mintánkhöz tartozó T-értékeket egy SPSS syntax szerint számoltuk ki, melyet dr. Rózsa Sándor bocsátott rendelkezésünkre. A mintánkban kapott T-érték és az országos reprezentatív átlag összehasonlítása egymintás t-próbával történt.

3. Eredmények

3.1 Demográfiai háttér

A demográfiai tényezőket tekintve a csoportok nem különböznek egymástól iskolai végzettség tekintetében, azonban életkorukat tekintve szignifikáns a különbség (lásd. 1.

táblázat). Az 1. alkoholbeteg csoport a kezelésük elején álló betegeket jelöli, a 2. csoportba az AA szemléletmódú rehabilitációs kezelésben résztvevő alkoholbetegek tartoznak, a 3. alkoholbeteg csoport pedig azokat a vizsgálati személyeket foglalja magába, akik legalább 3 éve nem fogyasztottak alkoholt, és AA szemléletű kezelésben vesznek részt.

1. táblázat: A depresszióval diagnosztizált és a három alkoholdependens csoport demográfiai különbségei

	Depressziós csoport N=48	1. alkoholbeteg csoport N=33	2. alkoholbeteg csoport N=91	3. alkoholbeteg csoport N=46	Statisztikai próba értéke
Életkor <i>Átlag (SD)</i>	49.56 (9.17)	41.82 (9.34)	44.77 (9.31)	51.33 (7.60)	F=10.42, p=0.00 ^a
Iskolai végzettség N (%)					$\chi^2(4)=8.25$, p=0.220 ^b
Alapfokú	8 (16.7)	5 (15.2)	8 (8.8)	1 (2.2)	
Középfokú	27 (56.3)	22 (66.7)	58 (63.7)	29 (63)	
Felsőfokú	13 (27.1)	6 (18.2)	25 (27.5)	16 (34.8)	

^a Egyutas ANOVA; ^b Kí- négyzet próba

3.2. A Transzcendencia karakterdimenzió különbségei a vizsgálati csoportokban

A major depresszióval küzdő és az alkoholbeteg csoportot az országos reprezentatív átlaggal (T=50, SD=10) összevetve azt kaptuk, hogy a depressziós csoport (Átlag=50.30, SD=10.07) nem különbözik szignifikánsan az országos átlagtól (t=0.204, p=0.839), az összesített alkoholdependens csoport azonban szignifikánsan eltér ettől (t=4.070, p≤0.001). Az egyes alkoholbeteg alcsoportok külön-külön is szignifikáns különbséget mutatnak az országos T-értékhez képest (lásd. 2. táblázat).

2. táblázat: A vizsgált csoportok Transzcendencia T-értékeinek összevetése az országos reprezentatív átlaggal

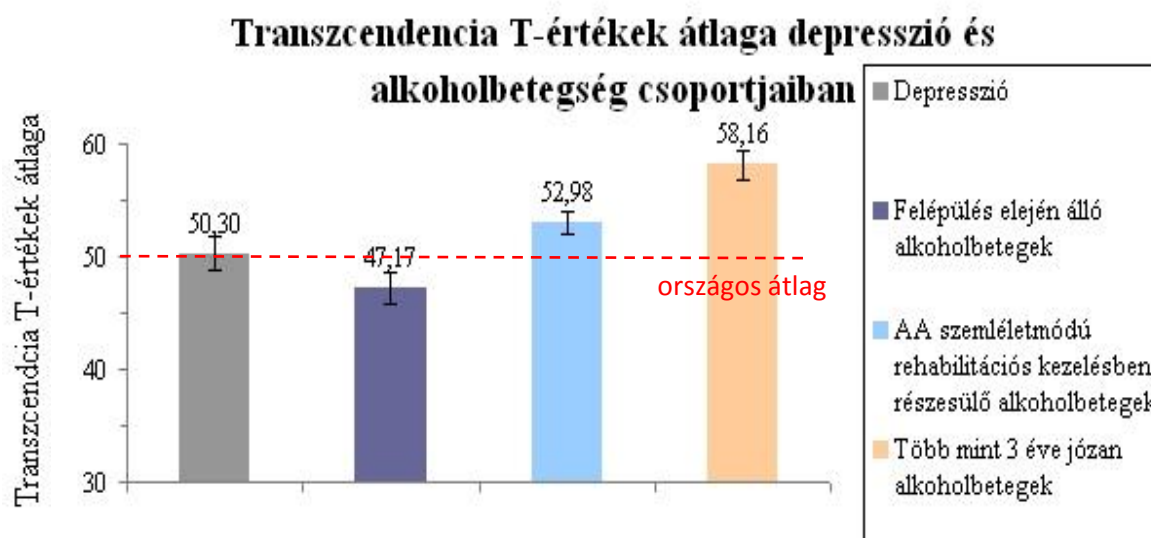
	Depressziós csoport	1. alkoholbeteg csoport	2. alkoholbeteg csoport	3. alkoholbeteg csoport
Transzcendencia T-érték <i>Átlag (SD)</i>	50.30 (10.07)	46.17 (7.84)	52.98 (9.20)	58.17 (8.67)
Statisztikai próba értéke	t=0.204, p=0.839 ^a	t=-2.806, p=0.008^a	t=3.069, p=0.003^a	t=6.319, p≤0.001^a

^a Egymintás t-próba

A 2. táblázatban az 1. táblázathoz hasonlóan az 1. alkoholbeteg csoport a kezelésük elején álló betegeket jelöli, a

2. csoport az AA szemléletmódú rehabilitációs kezelésben résztvevő alkoholbetegeket, a 3. alkoholbeteg csoport pedig azokat a vizsgálati személyeket foglalja magába, akik legalább 3 éve absztinensek, és AA szemléletű kezelésben vesznek részt.

A két klinikai betegcsoportot (depresszióval diagnosztizált és az alkoholbeteg páciensek) tekintve azt az eredményt kaptuk, hogy a két kategória között nem szignifikáns az eltérés transzcendencia karakterdimenzió tekintetében ($t=1.714$, $p=0.88$). Az elkülönített négy vizsgálati csoport között azonban markáns különbség áll fenn ($F=12.143$, $p\leq 0.001$).



1. ábra: A Transzcendencia T-értékek átlaga depresszió és alkoholbetegség esetében

A depressziós csoport és az összesített alkoholos csoport között ugyan nincs szignifikáns különbség Transzcendencia értékek tekintetében, azonban az e típusú hangulatzavarral küzdők a hátról két alkoholos csoporttól jelentősen eltérnek ebből a szempontból: az 1. alkoholbeteg csoporttól, akik felépülések elején járnak ($p<0.01$), valamint a 3. alkoholbeteg csoporttól, ahova a legalább három éve absztinensek és AA szemléletű kezelésben vesznek részt ($p<0.01$). Fontos eredmény továbbá, hogy az egyes alkoholdependens alcsoportok között szignifikáns az eltérés a Transzcendencia karakterdimenzió mentén ($F=12.143$, $p\leq 0.001$). Az 1. ábrán is látható, hogy az egyes alkoholos csoportokhoz tartozó Transzcendencia T-értékek fokozatosan növekednek, az AA szemlélet mélyülésével együtt mélyül a transzcendens szemlélet. A legalacsonyabb pontszámok azokhoz a betegekhez tartoznak, akik a kezelésük elején tartanak, a legmagasabb értékekkel pedig a három évnél hosszabb ideje absztinensek alcsoportját jellemezhetők.

3.3 A Transzcendencia értékek összefüggései a tünetek súlyosságával

A transzcendencia értékek és a tünetek súlyossága között nem találtunk statisztikailag szignifikáns összefüggést: sem az AUDIT összpontszám alkoholbetegek esetében ($r=0.205$, $p=0.052$), sem a depressziós páciensekhez tartozó BDI összpontszám nem mutatott szignifikáns együttjárást a TCI-R Transzcendencia karakterdimenzió értékeivel ($r=0.14$, $p=0.925$). Azonban az alkoholbeteg alanyok is töltötték ki BDI-t, melynek révén információt kaptunk arról, hogy a felépülés egyes stádiumban járó alkoholbetegekre milyen mértékben jellemzőek depressziós tünetek, valamint hogy ezek hogyan függenek össze a Transzcendencia változó szintjével. A 3. táblázatban is láthatjuk, hogy az összesített alkoholdependens csoport BDI pontszámai mérsékelten negatívan korrelálnak a transzcendens szemléletet jelző magasabb Transzcendencia pontszámokkal ($r=-0.253$, $p\leq 0.001$).

3. táblázat: A Transzcendencia T-értékek összefüggései a tünetek súlyosságával

	BDI depresszió csoportjában	AUDIT	BDI alkoholbeteg csoportokban
Összpontszám Átlag (SD)	31.62 (11.21)	46.17 (7.84)	10.40 (8.27)
Pearson korreláció Transzcendencia értékkel	$r=0.014$	$r=0.205$	$r=-0.253$
Szignifikancia szint	$p=0.925$	$p=0.052$	$p\leq 0.001^*$

*: $p<0.05$ szignifikancia szinten szignifikáns

3.4 A transzcendens szemlélet összefüggései különféle megküzdési módokkal

A Transzcendencia karakterdimenzió értékeit a Megküzdés Stresszhelyzetekben Kérdőív három alszálájának pontszámaival korreláltatva a következő eredményeket kaptuk. Mint ahogy a 4. táblázatban is feltüntettük, az alkoholbetegséggel diagnosztizált páciensek körében a magasabb Transzcendencia pontok szignifikánsan együtt járnak a feladatközpontú megküzdési mód értékeivel ($r=0.403$, $p\leq 0.001$, lásd 2. ábra), valamint hasonlóan szignifikáns negatívan korrelálnak az emóciófókuszú megküzdési stratégiával ($r=-0.230$, $p=0.003$). Az elkerülő megküzdési móddal nem mutatnak semmilyen összefüggést. A depresszióval diagnosztizált résztvevők esetében egyik típusú megküzdési stratégia sem mutatott szignifikáns együtt járást a Transzcendencia értékekkel.

4. táblázat: Transzcendencia T értékek összefüggései a megküzdési módokkal

	Feladatközpontú		Emóciófókuszú megküzdési mód		Elkerülő	
	Alkohol-betegség	Depresszió	Alkohol-betegség	Depresszió	Alkohol-betegség	Depresszió
Pearson korreláció Transzcendencia értékkel	r=0.403	r=0.092	r=-0.230	r=-0.080	r=-0.37	r=0.240
Szignifikancia szint	p≤0.001	p=0.545	p=0.003	p=0.597	p=0.637	p=109

2. ábra: A Transzcendencia és a feladatközpontú megküzdés együttjárása

3.5 Az AA szemléletmódú rehabilitációs kezelésben résztvevő csoport differenciálása

Az AA szemléletmódú rehabilitációs kezelésben résztvevő alkoholbeteg csoport (2. alkoholbeteg csoport) nagyobb elemszáma miatt (N=90) további differenciálásra alkalmas. A Transzcendencia változó korrelátumait tekintve azt találtuk, hogy pozitív összefüggés áll fenn a Transzcendencia T-értékek és feladatközpontú megküzdési mód pontszámai között ($r=0.383$, $p\leq 0.001$).



4. Megvitatás

Szakirodalmi áttekintésünkben választ próbáltunk találni arra a kérdésre, hogy mit is jelent pontosan az, hogy transzcendens szemléletmód, továbbá szisztematikusan megvizsgáltuk ennek szintjét és korrelátumait alkoholbetegséggel és depresszióval diagnosztizált betegcsoportok esetében. Továbbá az alkoholbeteg csoportot három további csoportra bontva megvizsgáltuk, hogy a transzcendens szemléletmód milyen mértékben mélyül el a kezelésben eltöltött idő hosszától függően, és milyen kapcsolatban áll az adaptív megküzdési módok használatával.

Első hipotézisünk beigazolódott, mely szerint a transzcendencia szintje eltér klinikai mintákon az országos átlaghoz képest. A transzcendencia átlagértéke szignifikánsan eltér az országos reprezentatív átlagtól mindhárom alkoholdependens alcsoport esetében, viszont a felépülés elején álló alkoholbetegek az országos átlaghoz képest alacsonyabb transzcendencia értékkel jellemezhetők.

Az AA szemléletmódú kezelésben részt vevő, legalább 3 éve józan páciensek mutatják a legmagasabb transzcendencia szintet, ami hozzájárulhat az absztinencia fenntartásának képességéhez. Ennek értelmében második hipotézisünk is igazolást nyert, mely szerint alkoholbetegek körében a felépülés későbbi szakaszaiban lévő páciensek magasabb transzcendencia értékkel jellemezhetőek. Depresszió esetében azonban nem tapasztaltunk eltérést az országos reprezentatív átlaghoz képest, mivel nem volt szignifikáns különbség a T értékek tekintetében, ami viszont lényeges, hogy a kezelés elején álló alkoholbetegek alacsonyabb T értéket mutattak, mint a depressziós csoport, így az eredmények alapján differenciáldiagnosztikai szempontból elkülöníthető a két csoport.

Nem igazolódott be harmadik hipotézisünk: a két vizsgált klinikai mintán a tünetek súlyossága nem járt együtt a transzcendencia mértékével, azonban fontos eredmény, hogy a depressziós tünetek súlyossága negatív irányban jár együtt a transzcendencia mértékével, tehát minél inkább jellemző egy páciensre a transzcendens szemléletmód, annál kevésbé számol be depressziós tünetekről.

Beigazolódott negyedik, utolsó hipotézisünk, ugyanis alkoholbetegek esetében a transzcendens gondolkodás együtt jár az adaptívabb megküzdéssel. A magasabb transzcendencia szint és az adaptív megküzdés együttes megléte adaptívabb személyiségműködést jelezhet, ami hozzájárulhat a visszaesés megelőzéséhez.

További hasznos információt nyújt annak a betegcsoportnak a pontosabb vizsgálata és differenciálása, akik AA szemléletű rehabilitációs kezelésben vesznek részt. Már egy csoporton belül is megfigyelhető az a folyamat, melyben a transzcendens szemlélet mélyülésével párhuzamosan a beteg által érezni vélt depressziós tünetek valamelyest enyhülnek. E mellett a transzcendens gondolkodás mélyülésével az adaptív megküzdési stratégiák is együtt járnak, tehát ez által is kifejtetheti a transzcendencia a pozitív hatását a kezelés hatékonyságára, az absztinencia megtartására.

5. Konklúzió

A számos kutatócsoport, akik a transzcendencia adaptivitását vizsgálták a függőségek kezelésében (Carrico, Gifford és Moos, 2007; Poage, Ketzenberger és Olson, 2004) és saját eredményeink alapján is kijelenthetjük, hogy alkoholdependens betegek terápiás kezelésében a transzcendens szemléletmód adaptívnak tekinthető, mivel hozzájárul a hosszú távú szermentesség eléréséhez, valamint az adaptívabb megküzdési módok használatához. Ennek a két személyiségtényezőnek az együttes megléte pedig optimálisabb személyiségműködést jelezhet, amely hozzájárulhat a visszaesés elkerüléséhez. Összességében azt mondhatjuk, hogy a transzcendencia hozzájárul a tartós absztinencia fenntartásának képességéhez, valamint az adaptívabb megküzdési módok használatához, így azoknál az alkoholbetegeknél, akik már legalább 3 éve nem fogyasztanak alkoholt, a magasabb transzcendencia összefüggött a problémafókuszú megküzdési módok használatával és a szermentes életmód fenntartásával.

E mellett a transzcendens szemléletmód adaptivitásának kérdéskörében indokoltak a további empirikus kutatások, mivel felmerülhet az a kérdés, hogy ezek a terápiás módok minden szerfüggő csoportokban ugyanúgy hatékonyak-e. Az is kérdéses, hogy szerfüggő személyeknek milyen személyiségjegyekkel kell rendelkezniük ahhoz, hogy a transzcendens szemléletmódú kezelésbe bevonódjanak és ezek megfelelő hatékonysággal működjenek náluk.

Kutatásunk limitációjaként említhető, hogy nem utókövetéses vizsgálatot végeztünk, így a magas transzcendenciapontok és a pozitív hatások között csak együttjárást figyelhattunk meg, közöttük ok-okozati kapcsolatot nem mutathattunk ki, mivel arról nincs információnk, hogy az AA szemléletű kezelésben régebb óta részt vevő betegek milyen személyiségvonásokkal és milyen transzcendenciaszinttel jöttek a kezelésbe. Ennek

feltárására a jövőben érdemes lenne olyan utánkövetéses vizsgálatot végezni, melyben az AA szemléletű kezelés különböző szakaszaiban ismételt mérések végzésével fel lehetne tárni, hogy milyen személyiségvonásokkal rendelkeznek (és azok hogyan változnak) a betegek a terápia különböző stádiumaiban. Ezzel meg lehetne határozni azt, hogy milyen személyiségkonstellációval a legfogékonyabb egy beteg a transzcendens szemlélet integrálására és a gyógyuláshoz kellő mértékű terápiás bevonódás elérésére. Továbbá informatív lenne egy transzcendens szemléletmódot alapul vevő és egy nem transzcendenciaközpontú kezelésmód összehasonlítása a kezelések hatékonyságának, a betegek terápiás bevonódásának és az absztinencia fenntartásának szempontjaiból.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Alkohol-politika és -stratégia 2009 (tervezet); Letöltve: 2012. 11. 19., link: <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/koncepcio-k-vitaanyagok/alkohol-politika>.
- Arévalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 113-123.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care. Second edition*. Geneva: Switzerland, World Health Organization.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Calati, R., Giegling, I., Rujescu, D., Hartmann, A. M., Möller, H. J., De Ronchi, D., & Serretti, A. (2008). Temperament and character of suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 42(11), 938-945.
- Carrico, A. W., Gifford, E. V., & Moos, R. H. (2007). Spirituality/religiosity promotes acceptance-based responding and 12-step involvement. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(1), 66-73.
- Celikel, F. C., Kose, S., Cumurcu, B. E., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Borckardt J. J., & Cloninger, C. R. (2009). Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 556-561.
- Cloninger, C. R. (1993): A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50 (12), 975-990.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling good: The science of well-being*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cloninger, C. R. (1999). *The Temperament and Character Inventory-Revised*. St. Louis, MO: Washington University, Center for Psychobiology of Personality.
- Conrad, R., Walz, F., Geiser, F., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Wegner, I. (2009). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research*, 170(2-3), 212-217.

- Coward, D. D. (1990). *Correlates of self-transcendence in women with advanced breast cancer*. A Dissertation Submitted to the Faculty of the College of Nursing, Doctor of Philosophy, University of Arizona.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50–60.
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.
- Frankl, V. (1969). *The will to meaning*. New York: New American Library.
- Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., Williams, C., Trujillo, M., & Steinke, P. (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 257-264.
- Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K., Ajamier, A., & Ansseau, M. (1999). Temperament and character inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 31-36.
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Piper, C., Meador, K. G., Shelp, F., et al. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1693-1700.
- Kopp, M. (2001). A hangulatzavarok népegészségügyi jelentősége, In E. Szádóczy, Z. Rihmer (Eds.), *Hangulatzavarok* (pp. 418–432). Budapest, Magyarország: Medicina Könyvkiadó.
- Kopp, M., Kovács, M. (2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Magyarország: Semmelweis Kiadó.
- Kurgyis, E., Andó, B., Rózsa, S., Domján, N., Demeter, I., Szikszay, P., Janka, Z., & Álmos, P. (2011). Alkoholbetegek személyiségprofiljának bemutatása az átdolgozott Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív alapján. *Addictologica Hungarica*, 8(2), 134-140.
- MacDonald, D. A., & Holland, D. (2002). Examination of the psychometric properties of the temperament and character inventory self-transcendence dimension. *Personality and Individual Differences*, 32, 1013-1027.
- Mellors, P., Riley, T. A., & Erlen, J. A. (1997). HIV, Self-Transcendence, and Quality of Life. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 8(2), 59-69.
- Pargament, K., Brant, C. Religion and coping (1998). In: Koenig H., (editor). *Handbook of religion and mental health* (pp. 111-128). San Diego, CA: Academic Press.

- Perczel Forintos, D., Kiss, Zs., Ajtay, Gy. (2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest, Magyarország: Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.
- Poage, E. D., Ketzenberger, K. E., & Olson, J. (2004). Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1857-1862.
- Raffnsson, F. D., Smari, J., Windle, M., Mears, S. A., & Endler, N. S. (2006). Factor structure and psychometric characteristics of the Icelandic version of the Coping Inventory of Stressful Situations (CISS). *Personality and Individual Differences*, 40, 1247-1258.
- Reed, P. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64-77.
- Rózsa, S., Kállai, J., Osváth, A., Bánki, M. Cs. (2005). *Temperamentum és Karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív felhasználói kézikönyve*. Budapest, Magyarország: Medicina Kiadó.
- Szikszay, P. (2005). A spiritualitás szerepe a gyógyításban. In Lukács, L. (Ed.), *Lélektan és spiritualitás*, (pp. 7-17). Budapest, Magyarország: Vigilia Kiadó.
- Tanaka, E., Sakamoto, S., Kijima, N., & Kitamura, T. (1998). Different Personalities Between Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1043-1051.
- Weisman, A. G., Tuchman, N., & Duarte, E. A. (2010). Incorporating Religion/Spirituality into treatment for serious mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 348-357.
- WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1486-1497.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: problems and prospects. *Journal of Personality*, 67(6), 889-919.

Mellékletek:

1. számú melléklet: Etikai engedély
2. számú melléklet: Beleegyező nyilatkozat
3. számú melléklet: Betegtájékoztató

1. számú melléklet

Etikai engedély

A Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatásetikai Bizottsága a 82/2008 iktatószámú szakmai-etikai véleménye belső használatra engedélyezett.

Részlet:

„

Szakmai-etikai vélemény

Bizottságunk a 2008. 09. 01-én érkezett fenti orvosbiológiai vizsgálatról szóló tervet kutatásetikai és orvosetikai szempontból értékelte és megállapította, hogy az abban foglaltak az egészségügyi miniszter 23/2002. valamint 24/2002 EüM rendeletében leírtaknak megfelelnek.

Szeged, 2008. szeptember 15.

„

2. számú melléklet

Beleegyező nyilatkozat

Résztevő azonosító száma:

A vizsgálat címe: **Az addiktív viselkedés biológiai hátterének
neuropszichológiai és molekuláris genetikai vizsgálata**

1. Elismerem, hogy a fenti vizsgálattal kapcsolatos tudnivalókat elmagyarázták, a betegtájékoztatót elolvastam, megértettem, hogy a részvételem önkéntes.
2. Megértettem, hogy a vizsgálat során gyűjtött adatokat tudományos célra felhasználják, az eredményeket szaklapban közlésre kerül, de kilétem semmilyen körülmények között nem azonosítható.
3. Tájékoztattak, hogy a vizsgálatot a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatásetikai Bizottsága ellenőrizte és jóváhagyta.
4. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatban történő részvételért anyagi szolgáltatás nem jár

Résztevő neve:.....

/nyomtatott betűvel/

Résztvevő

aláírása:.....

Dátum:.....

Orvos neve:.....

Dátum:.....

/nyomtatott betűvel/

Orvos

aláírása:.....

Dátum:.....

3. számú melléklet

Betegtájékoztató

Az addiktív viselkedés biológiai hátterének neuropszichológiai és molekuláris genetikai vizsgálata

A vizsgálat célja és menete

Szeretnénk felkérni Önt arra, hogy a szenvedélybetegség biológiai hátterét vizsgáló kutatásban vegyen részt. Amennyiben úgy dönt, hogy részt vesz a vizsgálatban, orvosa teszteket fog végezni, mely egy számítógépes játékból és Ön által kitöltendő kérdőívekből áll, illetve egy alkalommal szükség lesz 5 ml vérmintára.

A vizsgálatok alapján remélhető, hogy olyan szakmai-elméleti-gyakorlati és genetikai adatokat kapunk, melyekből a szenvedélybetegség biológiai hátteréről és természetéről új információkat kapunk.

Előnyök

Valószínű, hogy Önnek közvetlen haszna nem származik a vizsgálatban való részvételtől, viszont részvételével hozzájárulhat ahhoz, hogy a későbbiekben segíteni tudjunk szenvedélybetegségekkel küzdőkön.

Önkéntes részvétel/Bizalmasság

A vizsgálatban való részvétel önkéntes. A részvétel megtagadása nem befolyásolja további orvosi ellátását. A vérminta azonosítóval lesz ellátva, mely alapján az Ön személye semmilyen körülmények közt nem azonosítható. A vizsgálat eredményeit tudományos folyóiratokban közölhetik, de kizárólag név nélkül.

Költségek

A vizsgálat vezetője: Dr. Janka Zoltán

tanszékvezető egyetemi tanár

A vizsgálat helye: Szegedi Tudományegyetem

Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ

Pszichiátriai Klinika

6725 Szeged, Semmelweis u.6.