

**A családműködés vizsgálata pszichológiai
szempontból**

***Családstruktúra és elhárító mechanizmusok
vizsgálata szabadult szenvedélybeteg férfiak
körében***

Absztrakt	4
1. Bevezető	6
2. Elméleti háttér	6
2.1. A drogfogyasztással kapcsolatos fogalmak tisztázása	6
2.2. A drogok csoportosítása	8
2.3. A drogaddikció kialakulása	9
2.4. Az addikció kialakulásának okai	10
2.5. A család jelentése	11
2.5.1. A család mint támogató rendszer	12
2.6. A család rendszerszemléletű megközelítése	14
2.7. A strukturális családelmélet	15
2.8. A drogfüggők családi jellemzői	17
2.9. Az elhárító mechanizmusok	21
2.9.1. Az elhárító mechanizmusok a pszichoanalitikus szemlélet szerint	22
2.9.2. Egy fejlődésalapú megközelítés: Anna Freud elmélete	23
2.9.3. Otto Kernberg elmélete	23
2.9.4. További elméletek az elhárító mechanizmusokkal kapcsolatban	24
2.9.5. Az elhárítások mai szemlélete: Vaillant modellje	25
2.10. Az addiktív drogfogyasztókra jellemző elhárító mechanizmusok	26
3. Hipotézisek	28
4. Módszer	31
4.1. Vizsgálati személyek	31
4.2. Eszközök	32
4.2.1. Demográfiai adatok (2. melléklet)	32
4.2.2. Drogfogyasztásról szóló táblázat (3. melléklet)	33
4.2.3. Családstruktúra Teszt	33
4.2.4. Családészlelés Skála (4. melléklet)	35
4.2.5. Response Evaluation Measure, REM-71 (5. melléklet)	36
4.3. Eljárás	39
5. Eredmények	40
5.1. 1. hipotézis	40
5.2. 2. hipotézis	43
5.3. 3. hipotézis	45
5.4. 4. hipotézis	47
5.5. 5. hipotézis	49

5.6.	6. hipotézis	51
5.7.	7. hipotézis	53
5.8.	8. hipotézis	55
5.9.	9. hipotézis	57
6.	Diszkusszió	59
6.1.	Korlátok	65
7.	Köszönetnyilvánítás	68
	Irodalomjegyzék	69
	Mellékletek	73
1.	melléklet Írásbeli engedélyezés	73
2.	melléklet: Drogfogyasztásról szóló táblázat	75
3.	melléklet: Családészlelés Skála	77
4.	melléklet REM-71 Kérdőív	80

Absztrakt

Vizsgálatom során szabadult szenvedélybeteg férfiak körében a családi dinamika és az elhárító mechanizmusok rendszerét figyeltem. A szakirodalom állása szerint (pl. Demetrovics, 2009) a szenvedélybeteg család háttérére fontos tényező a függőség kialakulásában. Hoyer (2010) munkája alapján több különbség sorolható fel az egészséges és a drogfüggő egyének családjai között, mivel a szenvedélybeteg családokra a diszfunkcionális működés jellemző. Az elhárító mechanizmusokat többféleképp csoportosították Freud óta (1894, id. Hermányi, 2005), majd Lazarus (1993, id. Oláh, 2001) kiterjesztette azokra a megküzdés címkéjét. Vaillant (1971) éretlen, narcisztikus, neurotikus, és érett kategóriákba sorolja a mechanizmusokat. Dávid (2002) szerint a drogfüggők jellemzően az éretlen elhárító mechanizmusokat használják.

Kutatásomban 14 szabadult, férfi szenvedélybeteg vett részt, illetve 10 fős férfi kontroll csoportot illesztettem hozzájuk. Az eljárás során alkalmazott tesztek: a Családstruktúra Teszt (Gehring, 2010), amely bábu kirakásával a családi struktúrát mutatja meg; a Családészlelés Skála (Tiffin, Kaplan, Place, 2011), amely 6 dimenzió mentén a családi légkör „egészségét” méri; illetve a REM-71 (Steiner és mtsai, 2001), amely az elhárító mechanizmusok használatát vizsgálja.

A vizsgálat során megfigyeltem mindkettő csoportban a családi rugalmasságot, a hierarchiarendszert, a generációk közötti koalíciókat, az ideális helyzetek jellegét és gyakoriságát, valamint a szülők közötti hierarchia-különbségeket. Feltételeztem, hogy különbségeket találok a két csoport között a családi légkörre és a negatív érzelmek kifejezésére vonatkozólag, illetve az érett és éretlen elhárító mechanizmusok használatában.

Az eredmények döntően igazolták felvetéseimet, de nem mindig érték el a szignifikáns szintet. A szabadult szenvedélybeteg csoportjában nagy a rugalmasság a tipikus és az ideális helyzetek között, de a tipikus és a konfliktusos szituációk esetében kisebb. A családon belül sokszor megtörténik a hierarchiamegfordulás, valamint leginkább az anya-gyerek koalíció jelenik meg náluk. A szülők között legtöbbször a tipikus helyzetekben nagy a hierarchiakülönbség, ami az ideális és konfliktusos esetben már kevésbé jellemző. Az ideális helyzetek túlnyomó többsége speciális és ritka. A Családészlelés Skála alapján, a kontroll csoporthoz viszonyítva szignifikánsan rosszabbnak észlelt a családi légkörük, illetve

gyakrabban fejeznek ki negatív érzelmeket ezekben a családokban. A szabadult szenvedélybetegek inkább az éretlen elhárító mechanizmusokat használják, szemben a kontroll csoporttal, akik az éretteket. A kiegyensúlyozott családi rendszerrel rendelkezők többször használják az érett elhárító mechanizmusokat, és kevésbé az éretleneket.

Kulcsszavak: *szabadult szenvedélybeteg, drog, családi struktúra, elhárító mechanizmusok*

1. Bevezető

Szakedolgozatom témájának mindenképpen egy olyan témát szerettem volna, amely aktuális kérdésekre válaszol, illetve a gyakorlatban is hasznosítható eredményekkel szolgál. Nemcsak Magyarországon, hanem az egész világon egyre nagyobb problémát jelent a drogokkal való visszaélés, és a drogfüggők növekvő száma. Személyesen hallottam olyan történeteket, amelyet szabadult szenvedélybetegek meséltek el életükről, és arról, hogy milyen történetek és döntések vezettek oda, hogy a drogok rabjaivá váltak. Ezekben az elbeszélésekben közös volt, hogy a családi háttér mindig bizonytalan és sokszor szeretet nélküli volt. Ezért döntöttem úgy, hogy vizsgálatom a családi dinamika feltárásával fog foglalkozni, valamint egy másik fontos jellemzővel, az elhárító mechanizmusok rendszerével. Ez a két tényező nagy hatással van minden ember életére, de egy olyan krízis során, amelyet a drogfüggők átélnek, még nagyobb szerepet játszhatnak.

Úgy gondolom, hogy a családi háttér és az elhárító mechanizmusok dinamikája nem csak a függőség helyzetében számít, hanem ha kellő hangsúlyt fektetünk rájuk, akkor prevenciók erővel is hatnak, illetve képesek az absztinencia időszakában támogatni a szabadult szenvedélybetegeket.

2. Elméleti háttér

2.1. A drogfogyasztással kapcsolatos fogalmak tisztázása

Mivel kutatásomban szabadult szenvedélybetegekkel, volt drogfüggőkkel foglalkozom, így fontosnak tartom a drogokkal és a drogfogyasztással kapcsolatos fogalmakat tisztázni.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) értelmezése szerint a drog *„a fogékony biológiai struktúrák ingerléséhez vezet, amelynek fogyasztása tiltott, vagy a nem tiltott anyagok közül, amelyek fogyasztása veszélyes, visszaélésre alkalmas vagy deviáns”* (WHO, 2013, id. Drogambulancia, o. n.).

Detrovics Zsolt (2007) szerint **drognak** nevezhető minden olyan kémiai anyag, amely a szervezetbe bekerülve megváltoztatja annak működését. Az angol szóhasználatban a „drug” kifejezés ezt az általános kifejezést jelentést tükrözi, mivel ez a szó valamennyi gyógyszer jelöli. A drogok, szűkebb értelemben, azok a szerek, amelyek pszichoaktív hatásúak, azaz a

központi idegrendszeren keresztül fejtik ki hatásukat. A legszűkebb értelmezésben - amelyet a magyar nyelv és a nemzetközi addiktológiai irodalom is használ - a drogok az illegális szereket jelentik. Ehhez képest a **kábítószer** kifejezés inkább jogi fogalom, azokat az anyagokat, vegyületeket jelenti, amelyek a nemzetközileg egyeztetett törvényerejű rendeletek listáján szerepelnek (Nagy, 2001).

A drogfogyasztás témakörében fontos elhatárolni a **használat** és a **visszaélés**, azaz az **abúzus** definícióját. A drogaddikció esetében mindig **drogabúzusról** beszélünk. A drogfüggőség jelenségének konkrét orvosi diagnózisa a **pszichoaktív-szer-dependancia**, amelynek pontos leírása szerepel a betegségek azonosításához használatos diagnosztikus kézikönyvekben (Demetrovics, 2007).

A szerfüggőséget az APA (2013) a következő 9 jellemző közül legalább 3-nak a meglétével definiálja:

1. a szert hosszabb időn át nagyobb adagban szedi, mint szeretné;
2. állandó leszokási vágy, leszokásra vagy kontrollálásra tett kísérletek;
3. sok időt tölt a szer beszerzésével, bevételével, valamint a hatásából való felgyógyulással;
4. gyakori intoxikáció vagy elvonási tünetek az élet kötelességteljesítést igénylő területein (pl. a munkahelyen, otthon);
5. fontos szociális, foglalkozásbeli vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkenése a szerhasználat következtében;
6. folyamatos szerhasználat a visszatérő szociális, pszichikai vagy fizikai problémák ellenére;
7. megemelkedett tolerancia: egyre nagyobb adagra van szükséges a szerből ahhoz, hogy elérje az intoxikációt vagy a kívánt hatást, vagy a szer azonos mennyiségének használata csökkenő hatással jár;
8. jellegzetes elvonási tünetek;
9. a szert gyakran használja azért, hogy enyhítse vagy elkerülje az elvonási tüneteket.

A dependencia lehet pszichés, illetve fizikai eredetű (Füst, 2001). A **pszichés dependenciát** a droggerő magatartás, a szer megszerzésére kényszerítő vágy és a sóvárgás alkotja. A **fizikális dependenciáról** akkor beszélünk, amikor a szermegvonás jellegzetes megvonási vagy absztinencia tünetegyüttest idéz elő. A fizikai függőség esetében fennáll a **tolerancia**

jelensége, amely azt jelenti, hogy a szervezetben ugyanazt a hatást már csak a szer egyre nagyobb adagjai váltják ki, mivel a szervezet hozzászokik a kémiai anyag használatához (Bozzay, 2001).

Az **addikció, hozzászokás** olyan állapot, amikor már a fizikális és a pszichés dependencia jelen van (Fürst, 2001). Az addikció és a függés fogalma közel állnak egymáshoz, gyakran egymás mellett fordulnak elő. Rácz (2000, 14.) azzal a példával szemlélteti a különbséget, hogy *„Ha valakit súlyos fájdalmai miatt, pl. előrehaladott rák miatt morfinnal kezelnek huzamos időn keresztül, akkor kialakul a függőség (a morfinadás abbahagyása elvonási tüneteket idéz elő), de ezek az emberek nem fogják kényszeresen használni a morfint, és nem lesznek addiktok.”*

A fontosabb fogalmak áttekintése után a következő fejezetben a drogok csoportosítása kerül sorra, amely lényeges szempont kutatásomban.

2.2. A drogok csoportosítása

A szakirodalom több szempontból is csoportosítja a drogokat. A kategorizálás egyik típusa az, amikor a drogokat elkülönítik **könnyű és kemény drogokra**. Ez a differenciálási technika a holland drogpolitika gyakorlatából származik. 1976-ban azért, hogy a kannabiszszármazékok és heroin piaca ketté váljon, a marihuánát és a hasist leválasztották a többi szerről, és enyhébb megítélés alá vonták használatukat, illetve könnyű drognak jelentették ki őket. Fontos hangsúlyozni, hogy a kannabiszszármazékok nem veszélytelen drogok, hanem relatíve a heroinhoz, kokainhoz, vagy más kemény droghoz viszonyítva kevésbé veszélyesek (Detrovics, 2007).

Más kategorizálás, amikor **addiktív potenciáljuk** szerint a szereket **addiktív, vagy nem addiktív** besorolás alapján csoportosítják. A következő csoportosítási mód úgy különbözteti meg a drogokat, hogy a használók **milyen használati módban** juttatják be szervezetükbe a kémiai szert. Létezik olyan csoportosítás, amely a **kémiai struktúra szerint** osztályozza a drogokat. Ez egy meglehetősen hatékony módszer, de az értelmezéshez elengedhetetlen a kémiai képzettség (Detrovics, 2007).

A legelterjedtebb és elfogadottabb osztályozási módszer, amelyet kutatásomban használok, a **pszichoaktív hatás szerinti csoportosítás**. E szerint megkülönböztetünk stimulánsokat, depresszánsokat és hallucinogén anyagokat (Detrovics, 2007).

A **stimulánsok** a központi idegrendszert serkentik, növelik az éberségi szintet, és csökkentik a fáradtság érzetét. Ebben a csoportban kap helyet a *kokain*, valamint az *amfetamin* és egyéb *amfetaminszármazékok*, mint az *ecstasy (MDMA)* és az egyéb *enaktogének* (Demetrovics, 2007).

A **depresszánsok** heterogén csoportjába tartoznak a *nyugtató, altató és szorongásoldó* gyógyszerek, az *opiátok (ópium, morfin, kodein, heroin, metadon)*, illetve az *alkohol* is. A depresszánsok elsősorban nyugtató hatással vannak a központi idegrendszerre (Demetrovics, 2007).

A legváltozatosabb csoport, a **hallucinogének** csoportja. Ide tartozik az *LSD*, a *meszkalin* és a *pszilobicin*, illetve a *kannabisz* is, bár hallucinogén hatása meg se közelíti az előtte felsoroltakat. A *szerves oldószereket* is ebbe a csoportba sorolják, bár ezeknek még a depresszáns hatásuk is jelentős (Demetrovics, 2007).

2.3. A drogaddikció kialakulása

Gerevich (2000) szerint a függőség egy kísérlet arra, hogy meglévő szükségleteinket a természetestől eltérő módon elégítsük ki. Kialakul egy belső kényszer, amely arra készteti az egyént, hogy valamilyen inger segítségével elkerülje a rossz dolgokat, és euforikus állapotba kerüljön.

Az addikció kialakulása a **visszaéléssel** kezdődik (Albert-Lőrincz, 2004). Az emberek többsége akár naponta iszik alkoholt, vagy fogyaszt gyógyszereket, ez mégsem egyenlő a visszaéléssel. Ezeket inkább szokásnak definiálhatjuk, amelyek ciklusokban ismétlődő viselkedési sztereotípiák (Gerevich, 2000). A **szokásnak** és a **hozzászokásnak** hasonlóak a ciklusai, de a szokásokat addig nem hívhatjuk hozzászokásnak, azaz addikciónak, amíg gyakoriságuk, intenzitásuk, valamint következményeik nem hátrányosak az egyénre és a környezetére nézve (Marks, 1990, id. Gerevich, 2000).

A függőség fokozatai közül először a **lelki függőség** jelentkezik (Albert-Lőrincz, 2004), mivel a drog a szervezetben kellemes közérzetet vált ki, ami később a rendszeres szedésre ösztönző pszichés kényszert vált ki. Ennek hatására jelentkezik a **testi dependencia**, amely következtében megjelenik a **tolerancia**, emiatt az adagnövelés, valamint a drogfogyasztás szüneteltetése esetén a **megvonási tünetek**.

A **drogos karrier** folyamata két irányból meghatározott: az egyik irány a szer hatásának következménye, a másik a társadalmi megbélyegzés. Ez a folyamat a drogaddikció eszkalálódásához vezethet, mivel a társadalom által hangoztatott minősítés a személy drogos identitását erősíti, így a világtól egyre jobban eltávolodik, az alkalmazkodási gondjai megnőnek, s ez tovább erősíti a drogfogyasztást. Tehát a drogfogyasztó eredeti, egyéni problémája mellett a társadalmi reakciók által keltett nehézségekkel is szembe kell néznie (Albert-Lőrincz, 2004).

Ezek után fontos felsorakoztatni azt, hogy milyen jellemzők, okok miatt alakulhat ki a drogaddikció.

2.4. Az addikció kialakulásának okai

A szakirodalom a drogfogyasztás és az addikció kialakulásának hátterében több háttértényezőt tárt fel. Albert-Lőrincz (2004, 41.) megfogalmazása szerint: *„A drog látszatomegoldás, menekülés a valóság problémái elől. A szerfüggő egyidejűleg menekülő és áldozat is”*.

A tényezőket Komáromi (2000) a következőképp csoportosítja: a drogok sajátosságai, a drogfogyasztó jellemzői, a családi háttér, valamint a társadalmi és környezeti hatások. Dolgozatomban a családi háttér jellemzőit kiemelt hangsúllyal tárgyalom, de fontos sorra venni a további tényezőket is Komáromi (2000) munkája alapján.

A **drogok sajátosságaihoz** tartozik a vonzerejük és pozitív, euforikus, kellemes hatásuk a szervezetben. A sajátosságokhoz tartoznak a drogok hozzászokást és függőséget kiváltó hatásai. Az utóbbi évtizedekben Magyarországon jelentősen növekszik a drogok illegális piaca, így a drogfogyasztás kialakulásához szintén hozzájárul, hogy a drog elérhető lett, megnövekedett a kínálat, és a drogok ára alkalmazkodik a mindenkori kereslethez (Komáromi, 2000).

A **drogfogyasztó személy** jellemzőihez sorolható az a feltevés, miszerint a drogfogyasztás hátterében genetikai és biológiai faktorok is szerepet játszhatnak. Ennek alapján feltételezhető, hogy bizonyos egyének az örökletes adottságok miatt nagyobb mértékben veszélyeztetettek. A drogfogyasztás kialakulásához szintén hozzájárul az a veszélyeztető faktor, hogy az egyén egyoldalú és hamis hiedelmek, információk birtokában áll a drogokkal kapcsolatban (pl. csak azok a drogok veszélyesek, amelyek fizikai függőséget okoznak, vagy az alkalmi fogyasztásból nem lehet probléma). A személy jellemzőihez sorolhatóak azok a

pszichológiai tényezők, amelyek a potenciális drogfogyasztót jellemzik. Különösen veszélyes időszak a kamaszkor, mivel ilyenkor az összes olyan pszichológiai faktor megtalálható, amely motiválja a drogfogyasztást. Ilyen például az örömszerzésre irányuló vágy, a különleges élmények iránti vonzalom, a konfliktusos viszony a környezettel és önmagával, a labilis önértékelés, a feszítő indulatok kontrollátlansága (Komáromi, 2000).

A **társadalmi és környezeti hatások** közé tartoznak azok a mélyreható, gyorsan zajló társadalmi változások, amelyek egyéni krízist eredményeznek, növelve ezzel a devianciákat. Fontos jelenség még a fogyasztás kultuszának kialakulása, amely az egyéneket arra motiválja, hogy könnyen és gyorsan megszerezhető örömeiket keressenek. Ez a jelenség azonos a drog hatásának definíciójával. A környezeti tényezők egyik legkiemelkedőbb és jelentősebb hatását a kortárs csoport fejt ki, amely a serdülőkorban, tehát a legveszélyeztetettebb időszakban játszik óriási szerepet. Ha a fiatal egyén olyan csoportba kerül, ahol a drogfogyasztás mindennapi szokás, nagyon nehezen tud bennmaradni úgy a közegben, hogy ezt a viselkedést megtagadja. Így a fiatalok gyakran egymást vezetnek be a drogozás világába. A társadalmi hatások körébe sorolhatók a média és a reklámok eszközei, amelyek sokszor a törvényi szabályozást kicselezve tudják hirdetni a különböző drogokat. A törvényi szabályozásoknál a tapasztalatok alapján megállapítható, hogy a droghasználat visszaszorításának szempontjából a túl enyhe és a túl szigorú jogi szabályozás is sikertelen eredményeket hozhat. A társadalmi hatások közé sorolják végül a társadalom drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjét, amely az engedélyezett drogok intenzív reklámozásával indirekt módon is fokozhatja az illegális szerek iránti érdeklődést (Komáromi, 2000).

2.5. A család jelentése

Mivel kutatásomban a drogfüggők családi dinamikájával foglalkozom, ezért a családdal kapcsolatos elméletek és kutatások ismertetése elengedhetetlen.

A családi háttér minden személy számára kiemelkedő jelentőséggel bír. A **család definícióját** sokféle szempontból értelmezhetjük. Bateson (1972, idézi Bagdy és Mirnics, 2006), akit a rendszerszemlélet egyik atyjának tekintünk, úgy definiálja a családot, mint egy ökoszisztéma, amely folyamatosan fenntartja a koherencia állapotát, másrészt folyamatosan változik és igazodik a külső és belső elvárásokhoz.

Lask (2004, id. Bagdy és Mirnics, 2006) szerint a család egy specifikus rendszerképződmény, amely egyszerre formális - mivel intézményes, társadalmilag elfogadott és támogatott

szerveződés - valamint informális, mivel önkéntes és érzelmi alapon létrejövő társulat. Tagjai között kölcsönös, egymással összefüggésben lévő kapcsolatok jönnek létre. A családban egyrészt feltehetőleg több, biológiai kapcsolatban álló személy él együtt, akik között érzelmi egység alakul ki, és családként azonosítják önmagukat. Ezt az identitást általában generációkon keresztül fenntartják maguknak. Rendszerként úgy lehet a családra tekinteni, mint amelynek tagjai befolyással vannak egymásra, családként definiálják magukat, és a hit, értékrend, meggyőződés, identitás szempontjából koherenciát mutatnak.

A következő részben ismertetem, hogy az egyén életében milyen feladatokat lát el a család.

2.5.1. A család mint támogató rendszer

A családok szociológiai és pszichológiai elemzése az 50-es, 60-as évektől kezdve világszerte nagymértékben fellendült. A kutatások fókuszában a családi élet, a házasság és a pszichológiai egészség témája állt (Komlósi, 1997). A következőkben Komlósi (1999) munkájára támaszkodva tekintem át Caplan és Killilea (1976, id. Komlósi, 1999) elméletét.

Ideális esetben a család megfelel a Caplan és Killilea (1967, id. Komlósi, 1999) által kidolgozott **támogató rendszer (support system)** követelményeinek. Ezekre a rendszerekre általánosságban a következők jellemzők:

1. A személyeket sajátos individuumnak, egyéniségnek tekintik és kezelik.
2. Az egyén iránt személyes módon érdeklődnek.
3. Az egyén nyelvét beszélik.
4. Nyílt elvárásokkal rendelkeznek az egyén felé.
5. Az egyén teljesítményét nyíltan értékelik és minősítik.
6. Jutalmaznak vagy büntetnek az egyént.

Ha az egyén bajba kerül, és segítséget kér, akkor a támogató rendszer a következő mozzanatokkal nyújt megoldást: a rendszer segítői arra készítetik a bajba jutott egyént, hogy a saját erőforrásait aktivizálja, felosztják a feladatot az egyén és a segítők között, valamint különböző jellegű támogatásokkal pl. pénz vagy tanács segítik az egyént, mindezt úgy, hogy a személy a saját problémamegoldó készségét fejlessze.

Caplan (1976, id. Komlósi, 1999) további **kilenc olyan funkciót** állapított meg, melyek szerinte lényegesek a családtagok mentális egészségének megőrzésében. Fontos kiemelni, hogy ezeket a funkciókat a különböző életszakaszokban más és más módon érvényesítik.

A család az *identitásformálás közege*. Az egyén megküzdési módját jelentősen befolyásolja az, hogy milyen énképpel és önértékeléssel rendelkezik. A család ezt a modellnyújtással, az érzelmi neveléssel, a testi gondozás és az érték közvetítés folyamatai által határozhatja meg. Amikor az egyén krízisbe kerül, és frusztrációja megnő, esetleg eluralkodik rajta a tehetetlenség érzése, akkor a család elfogadásával segíthet neki ezeket az érzéseket csökkenteni, valamint túljutni a nehéz időszakon.

A család fontos funkciója az *életfilozófia (believe system) közvetítése*. A család - és főként a szülők - szabályokat, viselkedési mintákat, normákat és hiedelmeket közvetít az egyén felé, amivel befolyásolják az egyén beilleszkedését a társadalomba, valamint az egyén világképét, hitrendszerét. Ez a rendszer a krízishelyzetekben és a hétköznapiakban is támogató erő az egyén számára.

A család feladata a *világra vonatkozó információk összegyűjtése és terjesztése*. A családtagok átadják egymásnak az ismereteiket, tapasztalataikat és információkat, ezzel segítve az egyént a külvilágban való tájékozódásban. Mivel napjainkban a tömegkommunikáció és az internet számos új módot ad az ismeretszerzésre, a család szerepe hangsúlyosabb az információk rendszerezésében és az értékelésben.

A család további funkciói közé tartozik a *visszajelentés és útmutatás adása*. Az egyén a családtól visszajelzést, reakciókat kap saját viselkedésére, törekvéseire. Ha mindezt úgy tapasztalja meg, hogy egy pozitív és elfogadó légkör veszi körül, akkor képes beépíteni a saját személyiségébe a kritikákat és az észrevételeket.

Az egyén számára a család *referencia- és kontrollcsoport*. Mivel a családtagok jól ismerik egymást, az egymástól kapott minősítések különösen fontosak az egyén számára. Ezenkívül a család jutalmazással és büntetéssel kontrollálhatja az egyént. Ennek módja generációnként és családonként változhat, de mindenképpen fontos, hogy azt közvetítsék, hogy mennyire szeretik az egyént.

A család fontos feladata az *eligazítás a problémák megoldásában*. A családtagok sok tapasztalatot szereznek a problémák megoldásában, amelyet átadhatnak egymásnak, így a problémamegoldás lerövidül.

Egy újabb fontos szempont a *gyakorlati és konkrét segítség nyújtása*. Ez a segítség lehet tárgyi pl. pénz, de lehet gyakorlati pl. gondoskodás a nagyszülőkről. Az egyén

krízishelyzetében ezeknek a segítségeknek a legnagyobb értékük, hogy az egyén rögtön, feltétel és viszonzás elvárása nélkül megkapja azokat.

A család a *pihenés és regenerálódás helyszíne*. A családi közegben a legegyszerűbb a kikapcsolódás és a feltöltődés, és mivel ismerik egymást a tagok, itt engedhetik meg maguknak a leginkább, hogy úgy kapcsolódjanak ki, ahogy leginkább szeretnének.

Mentálhigiénés szempontból az egyik legfontosabb funkció, hogy a család segít az *érzelmi teherbírás növelésében*. Az egyéni érzelmi teherbírás határozza meg, hogy az élet további megterhelő eseményeit hogyan tudja átvészelni az egyén. A krízishelyzetek során, ha az egyén problémamegoldási hatékonysága csökken, a család biztatásával segítheti őt. Ha az egyén infantilis módon működik, akkor a család az elfogadás kimutatásával ösztönözheti arra, hogy érettebben viselkedjen.

Azonban ezek a támogató funkciók nem minden esetben működnek. Ahhoz, hogy ezek a mechanizmusok érvényesülni tudjanak a következő feltételekre van szükség (Caplan 1976, id. Komlósi, 1999): közös nyelv, nyílt kommunikáció jelenléte a családon belül; a generációk közötti „aktív és élő” kapcsolat; a családon belüli kapcsolatok egészsége és egyensúlya; a tagok felelősségérzete a többiek iránt; a családi kontroll elfogadása a tagok részéről; valamint egy bizonyos mértékű egyetértés a család és a tágabb környezete között.

Kutatásomban a családot a strukturális családelmélet modellje szerint vizsgálom. Ennek az elméletnek fontos előzménye a család rendszerszemléletű megközelítése, ezért a következő részben a család mint rendszer jellemzőit mutatom be.

2.6. A család rendszerszemléletű megközelítése

A rendszerszemlélet szerint a családterápiás folyamatokban az egyénre nem úgy kell tekinteni, mint egy különálló egységre, hanem mint egy rendszer, vagyis mint a család tagjára. A **rendszerszemlélet** elnevezése Norbert Wienertől ered, majd később neves kutatók foglalkoztak az elméletével többek között George Bateson és Margaret Mead (Sárváry, 2011).

Az elmélet felváltotta a lineáris gondolkodást, amely szerint a beteg személyt ki kell emelni az ártó családból. Ez a technika nem volt eredményes, mivel csak átmeneti javulást tudtak elérni a terápia során, amelynek oka, hogy a beteg személyre nem úgy tekintettek, mint a családi rendszer egyik tagjára. Demetrovics (2009) is kiemeli munkájában, hogy ha a családi viszonyok érintetlenül maradnak, akkor az absztinencia elérése és fennmaradása is

veszélyeztetett helyzetbe kerül, valamint az is gyakori, hogy a drogfüggőknél a visszaesés sokszor azért következik be, mert a változatlan családi rendszerbe lép vissza a szerhasználó.

A lineáris, oksági gondolkodás helyett a család rendszerszemléleti megközelítése a következőképp foglalható össze: „*A család nem a családtagok puszta halmaza, hanem olyan csoport, melynek tagjai egymással kölcsönhatásban állnak: az egyik családtagban zajló folyamat, változás hat a többiekre, melyek visszahatnak az elsőre.*” (Sárváry, 2011, 15.).

A család **strukturális jellemzői**: a *nonszummativitás elve*, miszerint a családi rendszer sokkal több, mint a családtagok összessége. A második jellemző az *alrendszerek* működésében fedezhető fel, amelyek egymásra hierarchikusan szerveződnek, de nagy az egymásra való utaltságuk is. A harmadik jellemző a *határok* megléte, amelyek körülveszik és védik a családot, és az egyén saját autonómiáját is meghatározzák (Sárváry, 2011).

A család **működésbeli jellemzői** a *szabályok*, amelyek a családi közösség életét irányítják, a *morfosztázis*, amely a stabilitás megtartásáért felelős, valamint a *morfogenezis*, amely azt a képességet jelenti, hogy a család a külső és belső változások hatására saját működését változtatni tudja. Ezek a működések segítik a dinamikus egyensúlyt fenntartani. Jellemző még a családra a *cirkularitás*, amely az ismétlődő viselkedésmintákat hordozza magában, a *feedback*, amely a visszajelzésekkel a rendszer folyamatait hivatott segíteni, az *ekvifinalitás* elve, amely szerint ugyanazt az eredményt más és más folyamatok generálhatják, valamint a *multifinalitás*, amely elv szerint ugyanolyan folyamatoknak más-más kimenetele lehetséges (Sárváry, 2011).

2.7. A strukturális családelmélet

Kutatásomban a Family System Test (FAST) (Gehring, 2010) magyar változatát, a Családstruktúra Tesztet használom, amely a **strukturális családelméletre** alapoz, így fontosnak tartom ezt a családelméletet ismertetni, valamint a kapcsolódó kutatási eredményeket.

A családi viszonyok és kapcsolatok leírásához két fontos dimenziót kell elkülönítenünk: a **kohéziót** és a **hierarchiát** (Cierpka, 1996, id. Baktay, 2006).

A családtagok közötti emocionális kötést és kötődést a **kohézió** fogalma hordozza magában. Ez a fogalom azt mutatja meg, hogy mennyire érzik összefüggő egésznek családjukat a család tagjai. A **hierarchia** definíciója nehezebb, mivel nem lehet egy jelentéshez kapcsolni.

Általában a tekintélyt, dominanciát, döntési hatalmat értjük alatta, vagy azt, hogy az egyik családtag mekkora befolyással bír a másik családtaggal szemben (Olson, 1986, id. Baktay, 2006).

Fontos fogalom még az elméletben a család **rugalmassága**, amely azt határozza meg, hogy milyen mértékben alkalmazkodik a családi kohézió és hierarchia a különböző kihívásokhoz, stresszhelyzetekhez (Baktay, 2006).

A családban fellelhető részek a **határok**, amelyekkel leírható a család szociális környezetéhez fűződő viszony, illetve az egyes családi **alrendszerek** (pl. egyéni, diádok, triádok) viszonya egymáshoz. A **generációs határ** fogalma abban segít, hogy meghatározhatók legyenek a kohézió és a hierarchia generációs-specifikus szerkezeti különbségei (Beaver, 1985; Wood, 1985, id. Gehring, 2010).

A család esetén alapvetően két alrendszert különböztetünk meg, az egyikben egyazon generáció tagjai vannak (pl. *szülői alrendszer*), a másikban két különböző generáció is képviselteti magát (pl. *szülő-gyermek*).

2.7.1. Kutatási eredmények

Az empirikus kutatások számos különbséget fedeztek fel a klinikai problémákkal küzdő és a problémáktól mentes családok között. A klinikai problémáktól mentes családoknál a tagok emocionálisan közel állónak érzik egymást, a generációk között kiegyensúlyozottak a kapcsolatok, a hierarchia szempontjából pedig nem túl egyenlőek, de nem is túl hierarchikusak, valamint rugalmasak a különböző fejlődési kihívásokkal szemben (Minuchin, 1985; Youniss és Smollar, 1985; Noller és Callan, 1986; Olson, 1986; id. Gehring, 2010).

Ezzel szemben a klinikai, pszichoszociális problémákkal küzdő családok kapcsolati mintázata rendkívül centripetális, tehát kevés a családon kívüli érdeklődés, vagy erősen centrifugális, azaz kevés a családon belüli orientáció (Beavers és Voeller, 1983, id. Gehring, 2010). A kohézió túlságosan szoros, vagy túl laza, a kapcsolati viszonyok odáig is eljuthatnak, hogy az egyik családtagot kutasztják a családból (Minuchin és Fishman, 1981, id. Gehring, 2010). Interakciós szinten kimutatták, hogy a családtagoknak nehezebbre esik az igényeiket és észrevételüket a kölcsönösség jegyében kifejezésre juttatni, és ezek a kapcsolati minták korlátozzák a családtagok fejlődését, ami végül pszichoszociális problémákhoz vezet (Selvini-Palazzoli, 1986, id. Gehring, 2010). A kohézió és a hierarchia vizsgálatokban kimutatták,

hogy a problémás családoknál mindkét dimenzió szélsőséges értékeket mutat. Például ha a családban valaki **drogfüggő**, akkor a családi szerkezet vagy túlzottan hierarchikus (Friemand, Utada és Morrissey, 1987, id. Gehring), vagy túl egalitárius (Preli és Protinsky, 1988, id. Gehring, 2010).

Leigh (1986, id. Gehring, 2010) megfigyelése szerint a klinikai problémáktól mentes családoknál más interakciós formák érvényesülnek a szülői diád alrendszerében (pl. magasabb fokú kohézió), mint a szülő-gyermek alrendszerben. Ezekben a családokban határozott hierarchia van jelen, mivel a szülők élettapasztalatuk, felelősségük és anyagi forrásaik miatt nagyobb döntési hatalommal rendelkeznek.

Ezzel szemben a problémás családoknál általában kevésbé tisztázottak a generációs határok, valamint ennek következményeként generációs koalíciók jönnek létre, és az egyik szülő és gyermek között nagyobb a kohézió, mint a két szülő között (Haley, 1973; Gehring, 1985, id. Gehring, 2010). A hierarchia esetén is sokszor fordul a kocka, és a gyermek „hatalma” megnő tünetviselkedés esetén (pl. drogfüggőség), ilyenkor hierarchiabeli megfordulásról beszélünk (Bowerman és Bahr, 1973; Madanes, 1981, id. Gehring, 2010).

Összegezve tehát megállapítható, hogy a klinikai problémákkal küzdő családok gyakrabban mutatnak kevésbé összetartó és a hierarchia szempontjából kiegyensúlyozatlan (túl egalitárius vagy túl hierarchikus) szerkezeteket, illetve a generációs határok elmosódtak, ami a generációk közötti koalícióban, illetve a hierarchia megfordulásában jelenik meg (Gehring, 2010).

2.8. A drogfüggők családi jellemzői

A családnak a drogfogyasztás kialakulásában és fennmaradásában, valamint a felépülésben is fontos szerepe van (Hoyer, 2010). Demetrovics (2009) is kiemeli, hogy a szenvedélybetegek terápiájával foglalkozó szakirodalom legtöbbször külön hangsúlyozza, hogy az addikciók csak a család kontextusában értelmezhetőek. Ezt alátámasztja az a megfigyelés is, amely szerint, ha a családi viszonylatok érintetlenek maradnak, akkor sokkal nehezebb elérni illetve fenntartani az absztinenciát (Hoyer, Cserne és Tremkó, 1994; Demetrovics, 1998; Demetrovics és Kardos, 2001; Schzwatzman, 1975; Stanton és mtsai, 1978, id. Demetrovics, 2009). Howe (1974) kutatásában szintén úgy tekint a drogfüggőségre, mint a családi rendszer problémáinak jelére, és úgy gondolja, hogy amikor a szorongás egy olyan szintre ér, amely a

családi rendszerben mindenki számára tolerálható, akkor a felelőtlen viselkedésre (drogfogyasztás) utaló jelek eltűnnek, és ez a viselkedés hirtelen megszűnik.

Buda (1992) kiemeli, hogy a drogfüggőség kialakulásában a családnak van a legnagyobb szerepe, valamint annak a nem-specifikus zavarnak, amit a családon belüli specifikus zavarok váltanak ki.

A fentiekben már ismertettem az egészséges családok működési jellemzőit, most következzenek azok a jellemzők, amelyek a **nem egészséges, diszfunkcionális családokra** jellemzőek. Az alábbi jellemzők nem csak a droghasználók családjaira igazak, hanem a különböző deviáns viselkedésű fiatalok családjaira is (Kállai, 1996, id. Hoyer, 2010).

Hoyer (2010) szerint a diszfunkcionális családok *nem tanultak meg az érzéseikkel és a problémáikkal bánni*. Gyakori, hogy *nem tudják, hogy a rossz érzéseket hogyan oldják meg*. Sokszor megjelenik a *hitegetés*, „idővel majd jobb lesz” hozzáállás, egymással képtelenek őszinték lenni. Az ilyen családokra jellemző jelszó: *„nem érzünk!, nem beszélünk!, nem bízunk!”*. A rossz érzések megoldatlansága valamilyen más, külső viselkedésben nyilvánulhat meg. A pszichológiai *határok a családtagok között vagy túl merevek, vagy rendezetlen, beleolvadnak egymásba*. Sokszor *felcserélődhetnek a családi szerepek*, például a gyerek gondoskodik a szülőről, vagy az anya a családfő, míg az apa alárendelődik. A családi *„rossz” megreked*, és évek múltán is felemlegetnek sérelmeket. Sok energiát szánnak arra, hogy a világ fele *fenntartsák a látszatot*, míg befelé ezzel együtt nő a szégyen és a titok. Ennek következménye, hogy kevesebb energia marad arra, hogy az igazi szükségletekkel foglalkozzanak. Ahogy eszkalálódik ez a titkolózás, úgy csökken egymás segítése, és ez a *patológiás viselkedés generációról generációra öröklődhet*. Emiatt pedig gyakori az *egymásra mutogatás, a címkézés és a destruktív vádaskodás*, sokszor a gyerekek kárára.

Hoyer Mária (2000) munkája alapján a következő **gyakorlati jellemzők** említhetők meg a drogosok családjairól:

A családon belül merev és idejétmúlt érintkezési formák jelennek meg. Ezek az érintkezési formák hátráltatják a gyermekek fejlődését, mert sokszor infantilizáló viselkedésformát eredményeznek, ha például egy érett felnőttel még mindig gyermek módon viselkednek és kommunikálnak szülei. Ennek ellentéte például, ha a serdülőkorú lány magázza a szüleit, de saját problémáit az ilyen merev és tisztelettudó légkörben nem beszélheti meg szüleivel (Hoyer, 2000).

Az állandó minősítések és címkézések is megjelennek a problémás családokban. A szülők ezzel a sokszor bántó kommunikációval könnyen megsérthetik a gyerekek önbizalmát, ami okot adhat a szülőktől való eltávolodásra, ezek után pedig a droghasználatra (Hoyer, 2000). Foxcroft és Lowe kutatása (1995) szerint, azok a serdülők, akiknek szülei autoriter, parancsoló vagy közömbös, nem gondoskodó attitűddel fordulnak gyermekeik felé, majdnem háromszor nagyobb arányban lettek később alkohol- vagy drogfüggők.

Kállai (1992) azt is megjegyzi, hogy ha még jelen is van a szülői jóindulat, az szegényes interakciós folyamatokkal párosul, így a családi kommunikációs folyamatokat a feszültségek, ellenségeskedés, konfliktusok, emocionális elfojtások és kölcsönös elzárkózások jellemzik.

Fontos jellemző a *kettős kötődés a drogos és a másik nemű szülő között*. Ez a működés általában az anya-fiú kapcsolatra jellemző, ahol sokszor ambivalens viszony alakul ki, de a szimbiotikus kapcsolatból egyik fél se tud kilépni. Ezt a működést erősíti egy másik jellemző, miszerint az *anyák nevelési stratégiája a drogfüggőkkel szemben a csecsemőkori állapotot tartja fenn*. Az anya ilyenkor képtelen érzelmileg leválni gyermekéről, amelynek rengeteg oka lehet. Ennek a kötődési formának nagy hatása van a személy felnőttkorára, amelyet a későbbiek során fogok tárgyalni. Az egyik szülővel való szoros kapcsolódás eredményezi, hogy *szokatlan kapcsolat alakul ki az azonos nemű szülővel* (Hoyer, 2000).

Az örömtelenség is állandó jelenség a nem egészséges családokban. A serdülő droghasználatából a tényezők közül is fakadhat, mivel a rendszeren belül nem találja meg a boldogságot, a családi közegből kilépve, a szerhasználaton keresztül keresi azt (Hoyer, 2000). Egy hazai vizsgálat (Juhász, 1975, id. Bagdy, 1977) szerves ragasztószert szívók körében azt mutatatta ki, hogy a fiatalok indítékai között szerepelt az örömkeresési igény, valamint a menekülésvágy a család elviselhetetlen légköréből. Ennek a jelenségnek az ellentéte lehet az a forma, amikor a családon belül csak a *megvásárolt öröm* (édesség, játékok megvétele) hagyománya alakult ki, és a természetes örömforrások (együtt töltött idő) nem. Ilyenkor is a látott mintát viszi tovább a drogfüggő, és ő is megvásárolja magának az örömet adó drogot (Hoyer, 2000).

A szülők közötti szexuális problémák szintén feszültségként jelenhetnek meg a családi rendszerben, amelynek enyhítésére a serdülő a drogok felé fordulhat (Hoyer, 2000).

Az egyik legjellemzőbb rizikófaktor a *szenvedélyek jelenléte a generációkon át*. A családban szinte hagyományként öröklődhet át az addiktív minta, ami a potenciális drogfogyasztóknak hatalmas veszélyforrás lehet (Hoyer, 2000).

A kommunikáció szempontjából fontos működési rendellenesség, hogy a *konfliktusok nyers formában jelennek meg*. Jellemző, hogy durva szóhasználat, tettelegességgel élnek a családban, vagy gátlástalanul kibeszélik másoknak a konfliktusokat (Hoyer, 2000).

Hoyer (2010) külön tárgyalja azokat a tényezőket, amelyek a sóvárgás, függőség **fennmaradásának** okai a családi rendszerben:

Ide tartozik a szülők érzelmi élete, mivel sok drogfüggő *édesanyjánál* tapasztalható, hogy túlgondoskodó illetve nem képes gyermekei szükségleteit kielégíteni, ezt a jelenséget pedig erősíti, ha *az apa érzelmileg vagy fizikailag is távol van* a családtól (Hoyer, 2010). Idetartozik Schwartzman (1975, id. Demetrovics, 2009) kutatása, aki két típust állított fel a heroinisták apját illetően: az első a „stróman”, akit a környezete autoriternek és agresszívnek érzékel, az anya mégis könnyen befolyásolja; illetve a második típus a „távollevő”, aki az anyával szemben nyíltan felveszi a másodlagos szerepet.

A *válás* is nagy szerepet játszik a szenvedélybetegség kialakulásában, hiszen ha a szülők nem képesek a válás különböző fázisait adekvát módon megoldani, akkor az esemény traumatizálja a gyerekeket, amely később a drogfüggőség kialakulásához vezethet (Hoyer, 2010). Rácz (1995) megjegyzi, hogy több szerző szerint a droghasználat sokszor azért alakul ki, mert megvédi a családot a széthullástól, például a függő bűnbakká válik, így a szülők a saját konfliktusuk helyett a gyermek problémájával foglalkoznak.

A drogfüggők családjában sokszor megjelenik, hogy a *függő szülője évekig elhúzódó, súlyos betegségben szenved*, ami miatt nem képes biztonságot adó felnőttként viselkedni. Ez egy ambivalens viszonyt eredményez, a gyerek és a szülő kapcsolatában, amely szintén vezethet a gyerek drogfogyasztásához (Hoyer, 2010).

A függők szüleihez kapcsolódó utolsó jellemző a *szülő tartós hiánya*. Ha a drogfüggő egyik szülője valamilyen okból sok ideig távol van tőle, akkor az olyan szorongásos állapotot idézhet elő, amely felnőttkorban komoly zavarokat okozhat, mint például a drogfogyasztás. Ezt azzal magyarázzák, hogy az egyik szülő hiánya miatt a drogfüggő képtelen leválni a családtól, illetve a másik szülőtől, hiszen az elválás óriási szorongást okoz neki, mégis meg

akarja élni függetlenségét és autonómiáját, ennek megoldását a drogfogyasztásban találja meg (Hoyer, 2010).

A drogfüggők családjainak vizsgálatánál megfigyelték azt is, hogy egy *közel álló, fontos személy korán vagy váratlanul meghalt*. Az ilyen esetekben sokszor elmarad a gyászmunka, és később drogokkal próbálják feldolgozni a történeteket. A vizsgálatok során kiderült, hogy a családon belüli *fizikai és/vagy szexuális bántalmazás* is sokszor megtörténik, de az újabb kutatások szerint az is megeshet, hogy a szülőt bántalmazza gyermeke (Hoyer, 2010).

A családi szerkezetre vonatkozólag a további jellemzők állnak fenn (Hoyer, 2010): egyszülős családi szerkezet, vagy több generáció együttélése (nagyszülők, szülők, gyerekek), mozaik családok (együtt él nevelőszülő, édesszülő, mostohatestvér, féltestvér). Azok a gyermekek, akik ép családban, saját szüleikkel élnek, kisebb arányban lesznek szenvedélybetegek, mint azok a gyermekek, akik egyszülős vagy mozaik családban nőnek fel (Loke és Mak, 2013).

2.9. Az elhárító mechanizmusok

Kutatásomban a szabadult szenvedélybeteg elhárító mechanizmusait is vizsgálom. Ezért a következő fejezetekben fontos ismertetni az elhárító mechanizmusok jelentését, a velük kapcsolatos definíciós és csoportosítási kísérleteket.

Az emberi élet meghatározó tényezője a **stressz** valamint ennek feldolgozása. A stressz és a megküzdés fogalma a pszichológiában már összetartozó fogalmak, a jelenség kutatása nagy múltra tekint vissza. A stresszre adott pszichés válaszok közé soroljuk a **megküzdési stratégiákat és az elhárító mechanizmusokat**. Ezek a folyamatok az érzelemszabályozás kontextusában értelmezhetők, amelyet Thompson (1994, 27., id, Oatley és Jenkins, 2001, 231.) a következőképpen definiál: „Azok a külső és benső folyamatok, amelyek felelősek az érzelmi reakciók figyelemmel kíséréséért, kiértékeléséért és módosításáért - különösen az intenzív és átmeneti vonások esetében-, és így céljaink elérését szolgálják.”

Az érzelemszabályozást **két csoportra** lehet bontani (Gross, 1998, id. Hermányi, 2005): az *előzményközpontú* és a *válaszközpontú* emócióregulációra. Az első szabályozási technika a bemenet (input) manipulációját jelenti (pl. helyzet megválasztása, a szituációk módosítása), az utóbbi pedig a kimenet (output) érzelmi manipulációját (pl. érzelmi élmény hosszának megváltoztatása, fiziológiai válaszok, érzelmek elnyomása) jelenti. A különbség a két mechanizmus között, hogy az előzményközpont reguláció a válasz megjelenése előtt, annak

megelőzésére lép életbe, míg a válaszközpontú reguláció az érzelmi választ megváltoztatja, adott esetben leállítja. Ezek a folyamatok mind a megküzdési, mind az elhárító mechanizmusokban létrejönnek.

Az optimális megküzdés és alkalmazkodás elvét Oláh (2001, 338.) így definiálja: *„amikor a személy mind a saját, mind környezete szükségleteinek együttes figyelembevételével képes egyfelől a környezet kontrolljára, másfelől a saját működéseinek szabályozására.”*

Az érzelmek kutatása során sok ideig kérdés volt, hogy az elhárító mechanizmusok beletartoznak-e a megküzdési stratégiák körébe, mivel az alkalmazkodást segítő, pozitív hatásuk nem egyértelmű következmény. Oláh szerint (2001) ebből a szempontból nagy hatással volt a témára Lazarus modellje (1993, id. Oláh, 2001), aki a megküzdés címkéjét kiterjesztette az elhárító mechanizmusokra is. Elméletében ezeket a folyamatokat „emóciófókuszú” megküzdő stratégiaként írja le, amelyek nem olyan hatékonyak, mint a „problémafókuszú” megküzdő stratégiák, de mégis nem maladaptív, hanem adaptív eszközökként tartja ezeket számon.

Mára a két fogalom összefonódott, az elhárító mechanizmusokat főképpen az érzelmközpontú megküzdés címszó alatt tárgyalják. Ezzel jelzi a szakirodalom, hogy az elhárító mechanizmusok lehetnek adaptív érzelmszabályozó folyamatok, így hozzájárulnak a pszichés egészség fenntartásához (Hermányi, 2005).

A mai szemléletig több, egymást kiegészítő és formáló elmélet született a 20. század elejétől napjainkig. A különböző elméletekben más-más szempont alapján értelmezik és csoportosítják a mechanizmusokat. A következő részben a legfontosabb elméleteket veszem sorra.

2.9.1. Az elhárító mechanizmusok a pszichoanalitikus szemlélet szerint

Az elhárító mechanizmusok „felfedezése”, vizsgálata **Sigmund Freud** (1894, id. Hermányi, 2005) elméletében született meg. A pszichoanalitikus elméletben a megküzdés tudatos folyamatként definiált, míg az elhárító mechanizmusok tudattalanul működnek. A megküzdés alatt azokat a manővereket érti, amelyet az ego kezel a külvilágból jövő fenyegetések hatására, míg az elhárító mechanizmusok az intrapszichés feszültségek megoldására szolgálnak (Hermányi, 2005).

Freud jól ismert strukturális modelljében a személyiség 3 összetevőre bontható: ösztönén (id), én (ego), felettes én (superego) (Carver, Scheier, 2001). Az **ösztönén** szintjén jelennek meg azok az ösztönös törekvések, indulatok és vágyak, amelyek a külvilág elvárásaival szemben eltérőek. A környezet megtanítja, vagy rákényszeríti az egyént arra, hogy fékezze az ösztönéből származó szükségleteit. Freud úgy gondolta, hogy ennek a fékező, szabályozó működésnek egyes változatai az **elhárító mechanizmusok** (Mérei, 1989). Freud szerint ahhoz, hogy a feszültség elhárítása létrejöjjön, szükség van egy tilalmi rendszerre, amit a cenzúrának vagyis **felettes énnak** nevez. Így tud létrejönni az elhárítás, ami tulajdonképpen egy én-funkció.

Freud (1894, id. Hermányi, 2005) az „elhárítás” kifejezését először *Az elhárítás neuropszichózisai* című tanulmányában használja arra a folyamatra utalva, amikor az egonak kellemetlen vagy elviselhetetlen gondolatokkal és érzésekkel kell megküzdenie. Később ezt a fogalmat felcserélte az „elfojtás” fogalmával. Sokáig tisztázatlan maradt a két szó kapcsolata, majd a *Gátlás, tünet, szorongás* című művében (1926, id. Hermányi, 2005) már újra az elhárítással magyarázta az ego feszültségkezelő módszerét.

Fontos megjegyezni, hogy Freud elemzésében az elhárító mechanizmusokat leginkább a neurotikus munkamóddal kapcsolta össze, amelyek ezáltal erősen asszociálódtak a patológia jelenségköréhez (Oláh, 2001).

2.9.2. Egy fejlődésalapú megközelítés: Anna Freud elmélete

Sigmund Freud elméletét lánya, Anna Freud újította meg. Munkájában az elhárító mechanizmusok fejlődési jellemzők mentén való csoportosítását kívánta megvalósítani (Oláh, 2001). Apjához hasonlóan ő is úgy vélte, hogy a védekezésre akkor kerül sor, amikor más próbálkozások kudarccal járnak. Mégis Freuddal ellentétben sok helyen kifejti (Murphy, 1970, id. Oláh, 2005), hogy a védekezéssel járó problémamegoldás és konfliktuskezelés nem feltétlenül patológiás, és az általa készített védekező mechanizmusok listájához a szublimáció jelenségét is hozzácsatolja, amelyet Freud még a neurotikus működésmódhoz sorolt. Anna Freud érdemeihez sorolható többek között az is, hogy az analitikus szerzők közül a **coping**, megküzdés fogalmát ő említi először (Burlingham és Freud, 1942, id. Oláh, 2005).

2.9.3. Otto Kernberg elmélete

A következő említésre méltó kutató Otto Kernberg, aki az amerikai tárgykapcsolat-elmélet képviselője. Kernberg a személyiségfejlődés folyamatát internalizációs folyamatként írja le, modelljét 3 szempont szerint tárgyalja, amelyből az egyik az elhárító mechanizmusok jellege. Ebből a szempontból **két stádiumot** különböztet meg: az **első**, melybe főként a „hasítás” és a vele rokon elhárító formák jelennek meg, a **második**, melyben az „elfojtás” és az ahhoz hasonló elhárító mechanizmusok dominálnak (Kernberg, 1977, id. Kulcsár, 1996).

Kernberg modellje szerint a **primitív elhárító formák**, mint a hasítás és a vele kapcsolatos mechanizmusok azoktól a konfliktusoktól védik meg az egyént, ahol egy külső tárggyal, vagy önmagával kapcsolatban szerzett, egymásnak ellentmondó élményeket kellene megélnie. A modell szerint ebben az időszakban az én még nem differenciálódott, nem alakult ki a felettes én és a tudattalan. A primitív elhárító mechanizmusok közé sorolja a *hasítást*, a *primitív idealizációt*, a *projektív identifikációt*, *primitív projekciót*, a *tagadást*, valamint az *omnipotencia* és a *devalválás* jelenségét is (Kulcsár, 1996).

A második csoportba tartoznak a **komplexebb elhárító mechanizmusok**. Ezek a technikák felléphetnek állapotfüggő jelleggel, de akár karaktert meghatározó, tartósan jellemző eljárások is lehetnek. Ide soroljuk az *elfojtást*, a *meg nem történtté tevést*, a *reakcióképzést*, a *racionalizációt*, az *intellektualizációt*, valamint az *izoláció* jelenségét (Kulcsár, 1996).

2.9.4. További elméletek az elhárító mechanizmusokkal kapcsolatban

Komlósi és Rózsa (2001) művére alapozva a következő szakembereket fontos kiemelni az elhárító mechanizmusokkal kapcsolatban.

Ahogy a korábbiakban említettem, nagy fordulatot hozott **Lazarus** elmélete (1993, id. Komlósi és Rózsa, 2001), amely az adaptivitás „értékével” ruházta fel az elhárító mechanizmusok rendszerét.

Gardner és munkatársai (1959) Hartmann (1939, id. Komlósi és Rózsa, 2001) elméletéből ihletődtek. Egy 10 évig tartó kutatásban megállapítottak 6 olyan pszichés funkciót, amely a legtipikusabb alkalmazkodási műveletet alkotja. Ez a hatféle kognitív stratégia mindenkinél másképp kombinálódhat, így létrehozva egy egyéni kognitív stílust. Gardner és munkatársainak megállapítása szerint a megküzdő illetve az elhárító mechanizmusok nem különböznek egymástól. Attól függ, hogy adaptív vagy maladaptív funkciót töltenek be, hogy az alkalmazó személy képes-e célszerűen használni ezeket.

Haan (1977, id. Komlósi és Rózsa, 2001) szintén megpróbálkozott egy helyes taxonómiát létrehozni az „ego-folyamatokkal” kapcsolatban. Az ő modellje hasonló elveket vallott, mint Garnderéké. Haan szerint az ego-funkciók adaptív és maladaptív formái azonos műveleti dimenzióhoz tartoznak, és csak abban térnek el egymástól, hogy milyen mértékű a valóságilleszkedésük.

Érdemes még **Cramer** (1991, id. Komlósi és Rózsa, 2001) nevét megemlíteni, aki tartózkodott attól, hogy a fejlődési és a patológiás szempontokat kombinálja a csoportosítás során. Cramer szerint minden egyén a születés pillanatától rendelkezik az összes elhárító mechanizmus funkcionális apparátusával, így bármely életkorban képes azokat használni. Természetesen szerinte is van fejlődési trend, amely a különböző életkorban preferált mechanizmusok sorrendjében jelenik meg. Cramer sorrendje szerint a *tagadás alapú*, a *projekció alapú* és az *identifikáció alapú* mechanizmusok követik egymást.

2.9.5. Az elhárítások mai szemlélete: Vaillant modellje

Komlósi és Rózsa (2001) kiemeli, hogy Cramer kritikája ellenére a szakma inkább azt a modellt vette át gyorsabban, amely könnyebben operacionalizálható. Így a **Vaillant**-féle modell és kérdőíves vizsgálatok váltak mára népszerűvé. Azért tartom fontosnak az elmélet bemutatását, mivel dolgozatomban én is a REM-71 kérdőívet (Steiner, Araujo, Koopman, 2001) használok, amely Vaillant elméleti munkájára épül.

Vaillant (1994, id. Hermányi, 2005) meghatározása szerint az elhárító mechanizmusoknak **4 alapvető funkciója** van: elsőként *haladékot adnak* az egyénnek, ha olyan impulzusok érik, amelyeket nehezen, vagy nem azonnal tud integrálni énképébe. Másodszor az elhárító mechanizmusok *tagadhatják vagy eltéríthetik a megnövekedett drive-szintet*. Harmadszor ezek a mechanizmusok segítenek abban, hogy a jelentős másokkal kialakult *megoldatlan konfliktusokat csillapíthassuk*. Végül segítik *a szorongást elviselhető kereteken belül megtartani*.

Vaillant modellje egyszerre veszi figyelembe a **patológiás és fejlődési szempontokat**. A rendszer megkülönböztet *narcisztikus, éretlen, neurotikus és érett* elhárító mechanizmusokat. A patológiás szempont ott érvényesül, hogy a modell szerint az egészséges emberekre jellemző az érett mechanizmus, míg a fejlődési szempont alapján a maradék 3 típusú elhárító mechanizmus egy bizonyos kor előtt számít normálisnak (Vaillant, 1971, id. Hermányi, 2005).

A **narcisztikus mechanizmusok** megváltoztatják a valóságot a használójuk számára, egészséges egyéneknél 5 éves kor előtt fordulnak elő. Ide tartozik a *téveszmés projekció*, a *tagadás* és a *torzítás*. (Vaillant, 1971, id. Hermányi, 2005).

Az **éretlen elhárításokat** az egészséges egyének 3 és 16 év között használják. Közös jellemzőjük, hogy míg a külső szemlélő számára szociálisan nem kívánatos, illetlen viselkedésnek tűnhetnek, addig alkalmazójuk számára a distresszt megváltoztatják, amely az interperszonális intimitás fenyegetése vagy annak elvesztése miatti félelemből táplálkozik. Ebbe a csoportba tartozik a *projekció*, *skizoid fantázia*, *hipochondria*, *passzív-agresszív viselkedés*, valamint az *acting out* jelensége (Vaillant, 19971, id. Hermányi, 2005).

A **neurotikus mechanizmusok** alkalmazójuk érzéseit, ösztönös kifejezéseit változtatják meg. Ezek az elhárító mechanizmusok egészséges személyeknél akut stresszkezelés esetén jelenhetnek meg, illetve neurotikus zavaroknál figyelhetők meg. Ebbe a csoportba tartozik az *intellektualizáció*, az *elfojtás*, az *áttolás*, a *reakcióképzés* és a *disszociáció* (Vaillant, 1971, id. Hermányi, 2005).

Az utolsó csoport az **érett elhárító mechanizmusok**, amelyeket Vaillant, kapcsolódva a pozitív pszichológia felfogásához, akaratlan, tudattalan megküzdő stratégiáknak, illetve egészséges tagadásnak nevez. Vaillant szerint a megküzdés formái 3 típusba sorolhatók: szociális támasz keresése, tudatos kognitív stratégiák, illetve akaratlan mentális mechanizmusok, amelyek a distressz csökkentését eredményezik a külső és belső valóság torzításával. Vaillant kiemeli, hogy míg az első két kategória tudatos és akaratlagos működés eredménye, addig az utolsó csoport, amely az elhárító mechanizmusokat foglalja magában, tudattalan működés eredménye. Ezek a mechanizmusok az egészséges egyének jellemzői, serdülőkorban jelennek meg. Az ide tartozó mechanizmusok a *humor*, *altruizmus*, *szublimáció*, *anticipáció*, és *elnyomás*. Vaillant kiemeli, hogy ezek a technikák nem csak a kielégülést segítik, hanem fenntartják és kialakítják a konfliktusban lévő késztetések közötti egyensúlyt (Vaillant, 2000, id. Hermányi, 2005).

A következő fejezetben ismertetem az elhárító mechanizmusokkal kapcsolatban azokat a mintázatokat, amelyek a drogfüggőkre jellemzőek, mivel kutatásomban fontos szerepet játszik ez a témakör.

2.10. Az addiktív drogfogyasztókra jellemző elhárító mechanizmusok

Ahogy az elméletek ismertetése során kiderült, az elhárító mechanizmusok használata, illetve patológiás jelenléte a személyiségfejlődéstől is függ, ezért az addiktív drogfogyasztóknál jellemző „**trendeket**” lehet kiemelni, melyeknek jelenléte több okkal is magyarázható.

Dávid (2002) munkájában egyrészt a fejlődés zavarára vezeti vissza ezeket a jellemző elhárító mechanizmusokat, másrészt kiemeli, hogy az addikció hátterében sokszor a határeseti személyiség szerveződés, a **borderline személyiségzavar** található, amelyre kifejezetten jellemző, hogy énjét *primitív, éretlen elhárító mechanizmusokkal* védi. A borderline személyiségzavar jellemzője a kiszámíthatatlanság, a heves és kontrollálatlan dühreakció, amely egyáltalán nem illik a helyzethez, illetve az agresszivitás. A borderline személyiségzavarral rendelkező személyek érzelmileg labilisak, sokszor önvesztélyeztető cselekedetig jutnak el, kapcsolataik általában viharosak és átmeneti jellegűek. Nagy kétségbeeséssel próbálják elkerülni a valós vagy elképzelt elhagyatottságot, és intenzív kapcsolataikban próbálják gyenge énjüket stabilizálni, amely a szélsőséges szeretet és a gyűlölet között folyamatosan ingadozik.

A drogfüggőség másik jelentős személyiségprediktora a **narcisztikus személyiségzavar**. A narcizmus egy kompenzációs célú személyiség szerveződés, amely a gyerekkor sérüléseiből követhető, amikor nagy valószínűséggel nem kaptak elég figyelmet, nem értékelték őket, így önbecsülésük jelentősen sérült. A narcisztikus személy abban különbözik a borderline személyiségtől, hogy társas beilleszkedése valamivel eredményesebb, jobb indulatszabályozással rendelkezik. A személyiség szerveződés szempontjából fejlettebb szinten áll (Dávid, 2002).

Dávid (2002) szerint a drogfogyasztókra jellemző a *hasítás* technikája. A terápiás közösségekben való kezelés során sokszor megfigyelték, hogy a páciensek a személyzet egy részét tökéletesen jónak, másik részét tökéletesen rossznak állapítják meg. A szakember ezenkívül felhívja a figyelmet arra, hogy érdekes megvizsgálni, hogy a páciens milyen viszonyt alakít ki a személyzettel, illetve milyen kapcsolati minták állnak fenn a páciens családjában, mivel általában megdöbbentő párhuzamokat lehet találni. Ehhez a jelenséghez erősen tartozik a tagadás mechanizmusa, amely szintén jellemző az addiktív drogfogyasztókra.

Szintén jellemző a drogfogyasztók csoportjára az *idealizálás, devalválás* és *omnipotencia* jelenségek. Dávid (2002) szerint ez a pszichiáterrel való viszonyban is erőteljesen

megjelenik, amikor szakmai tudásáért rajonganak érte, de ha később nem ír fel gyógyszert, akkor hajlamosak lebecsülni a szakembert.

Terápiás kapcsolatban szintén sokszor előfordul a *projektív identifikáció* jelensége, amikor a páciensek egy számukra fontos személy belső képét nem csak kivetítik a terapeutára, hanem viselkedésükkel elérik, hogy a terapeuta úgy is viselkedjen, vagy azt érezze, amit a páciens képzel a számára fontos személy érzéseiről vagy viselkedéséről (Dávid, 2002).

Ebben a fejezetben érdemes megemlíteni, hogy a drogfüggőség nagyon sok esetben valamilyen válsághelyzet, krízis során jön létre. Ezek a szituációk természetesen csak akkor vezetnek szerhasználatához, ha az adott személy rendelkezik bizonyos függőségi hajlammal és személyiségbeli tényezőkkel, illetve személyközi viszonyokkal kapcsolatos érzésekkel. Ilyen az én gyengesége, éretlensége, a kimondott és a meg nem fogalmazott harag, amely passzív agressziót eredményez, depresszió, a feszültség és a fájdalom tűrésének hiánya (Albert-Lőrincz, 2004). Látható, hogy ezek a fogalmak mind kapcsolatban vannak az érzelmszabályozással és a problémamegoldással, tehát szorosan kapcsolódnak az elhárító mechanizmusokhoz. A függő személy ezen jellemzői alapján szintén arra következtethetünk, hogy inkább *éretlen elhárító mechanizmusokat* használ.

3. Hipotézisek

3.1. 1. hipotézis

Első hipotézisemben a Családstruktúra Teszt eredményeit hasonlítom össze a szabadult szenvedélybetegek csoportja és a kontroll csoport között. Feltételezem, hogy a **szabadult szenvedélybetegek csoportjában a családi, szülői és testvéri szinten szignifikánsan alacsonyabb fokú rugalmasság jelenik meg a tipikus és ideális, valamint a tipikus és konfliktusos reprezentációk összehasonlítása alapján, mint a kontroll csoport esetében.** Ezt a feltételezésemet Hoyer (2010) megállapítására alapozom, miszerint a szenvedélybetegek családján belül merev érintkezési formák állnak fenn, valamint mivel a család a külvilág felé egy hamis képet mutat, amelynek fenntartása sok energiát igényel, így a belső problémákat nem akarja, nem tudja megoldani, ezért nem változnak a viszonyok a különböző szituációkban. A szenvedélybeteg családokban a hitegetés motívuma is megjelenik (Hoyer, 2010), amely szintén azt okozza, hogy nem változtatnak a családi struktúrán a különböző szituációk esetén.

3.2. 2. hipotézis

Második hipotézisem szerint a Családstruktúra Teszt eredményei alapján **a szabadult szenvedélybetegek csoportjában szignifikánsan több hierarchiafordulás jön létre a tipikus, ideális és konfliktusos reprezentációk alapján, mint a kontroll csoport esetében.** Ezt azért feltételezem, mivel Gehring (2010) szerint a gyermek hatalma tünetviselkedés, pl. drogfüggőség esetén megnövekszik a családban, így a szabadult szenvedélybetegek nagyobb hatalmat tudhatnak maguknak, mint szüleiknek.

3.3. 3. hipotézis

Harmadik hipotézisem szerint a Családstruktúra Teszt eredményei alapján **a szabadult szenvedélybetegek csoportjában szignifikánsan több generációs koalíciót, kiemelten anya-gyerek koalíciót lehet mérni, mint a kontroll csoport esetében. A generációs koalíciók mind a három reprezentáció: a tipikus, az ideális és a konfliktusos esetén is megjelennek.** Ezt a feltételezést Hoyer (2010) megállapítására alapozom, amely szerint a drogos és a másik nemű szülő között, ebben az esetben a fiú és az anya között kettős kötődés alakul ki, amely fenntartja a csecsemőkorban jellemző szimbiotikus viszonyt, akkor is, ha ez a kapcsolat mindkét fél számára terhes, ambivalens érzésekkel teli.

3.4. 4. hipotézis

Negyedik hipotézisemben azt állítom, hogy a Családstruktúra Teszt alapján **a szabadult szenvedélybetegek csoportjában az anya és az apa közötti hierarchia különbség szignifikánsan nagyobb, mint a kontroll csoport esetében. A hierarchia különbséget mindhárom reprezentáció, a tipikus, az ideális és a konfliktusos kirakás esetén feltételezem.** Ezt a megállapítást Schwartzman (1975, id. Demetrovics, 2009) tanulmánya alapján feltételezem, miszerint a szenvedélybetegek családjában az apa érzelmileg, vagy fizikailag távol áll a családtól. Az apa lehet „stróman”, aki látszólag erős férfi szerepet mutat és nagy befolyással rendelkezik, mégis az anya könnyen irányítja, illetve lehet „távollevő” aki nyíltan felvállalja a nővel szembeni másodlagos szerepét, így hatalma és befolyása is kisebb az anyáénál, aki általában ezt kompenzálja.

3.5. 5. hipotézis

Az ötödik hipotézisem a Családstruktúra Teszt ideális reprezentációjára vonatkozik. Feltételezem, hogy **a szabadult szenvedélybetegek csoportjában az ideális helyzetként kirakott szituáció még soha, vagy alig jelent meg a család életében, tehát a helyzet**

speciális és ritka, ezzel szemben a kontroll csoport tagjainál az ideális reprezentációk inkább rutin és gyakori helyzeteket jelennek meg. Ezt a hipotézist Hoyer (2010) megállapítása támasztja alá, amely szerint a szenvedélybetegek családjában jellemző az örömtelenség megléte, és nem jellemző a „természetes”, nem megvásárolt öröm, pl. együtt töltött idő öröme.

3.6. 6. hipotézis

A hatodik hipotézisem szerint a **Családészlelés Skála pontszáma alacsonyabb a szabadult szenvedélybetegek csoportjánál, mint a kontroll csoport esetében.** Ezt Reinhardt (2014) gondolata alapján feltételezem, amely szerint a Családészlelés Skála átlagpontszáma azt mutatja meg, hogy mennyire „egészséges” a családi légkör, illetve minél magasabb a pontszám, annál jobb a családi környezet megítélése. Mivel a szenvedélybetegség klinikai probléma, és elmondható, hogy a szenvedélybetegek családjai diszfunkcionálisan működnek, ezért várhatóan kevesebb pontszámot fognak elérni a Családészlelés Skálán a kontroll csoporttal szemben.

3.7. 7. hipotézis

A hetedik hipotézisem szerint a Családészlelés Skála **Érzelemkifejezés (Expressed emotion) alsóskáláján szignifikánsan magasabb pontszámot ér el a szabadult szenvedélybetegek csoportja a kontroll csoporttal szemben.** Ezt a feltételezésemet Hoyer (2010) megállapítása támasztja alá, amely szerint a szenvedélybetegek családjában jellemzőek a címkéző, bántó, állandósult minősítések a kommunikációban, valamint a problémák nyers formában, durva szóhasználattal fejeződnek ki.

3.8. 8. hipotézis

A nyolcadik hipotézisem a REM-71 elhárító mechanizmusokat mérő teszt eredményeire vonatkozik. Feltételezem, hogy **a szabadult szenvedélybetegek csoportjában jellemzőbb az éretlen elhárító mechanizmusok használata a kontroll csoporttal szemben.** Ezt a feltételezést arra alapozom, hogy Dávid (2002) szerint a szenvedélybetegekre a fejlődési zavar, illetve a lehetséges személyiségzavar miatt inkább az éretlen elhárító mechanizmusok jellemzőbbek. Ezt a kijelentést erősíti Hoyer (2010) kijelentése, miszerint az anyával való kapcsolat a csecsemőkori állapotokat tartja fenn, amely időszakra szintén az éretlenebb elhárító mechanizmusok működése jellemző.

3.9. 9. hipotézis

Utolsó hipotézisem a Családstruktúra Teszt családi szint értékeire és a REM-71 elhárító mechanizmusok értékére vonatkozik. Feltételezem, **hogy azoknak a vizsgálati személyeknek a csoportja, akiknek a tipikus helyzetben a családi szint reprezentációja kiegyensúlyozott, szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el az érett elhárító mechanizmusok csoportjában, mint akiknél a családi szint reprezentációja nem-kiegyensúlyozott vagy labilis-kiegyensúlyozott.** Ezt az alapján feltételezem, miszerint az egészséges család funkciója egyrészt a problémákban való útmutatás, valamint segíti az egyént abban, hogy az érzelmi teherbírása növekedjen (Caplan, 1976, id. Komlósi, 1999). Ezek a folyamatok szoros kapcsolatban állnak az elhárító mechanizmusokkal, ezért azt feltételezem, hogy ahol kiegyensúlyozott családi állapotok vannak, ott elősegítik az egyént az érettebb elhárító mechanizmusok használatában.

4. Módszer

A vizsgálatom a Pár és családi rendszerek vizsgálata című kutatássorozatába kapcsolódott be, mely Reinhardt Melinda vezetésével folyik, a vizsgálat etikai engedély-száma: 16/2013/P (Kiadta: a KRE Pszichológiai Intézet Kutatásetikai Bizottsága 2013. január 18-án).

4.1. Vizsgálati személyek

A szabadult szenvedélybetegek csoport tesztjeinek felvételére a ráckeresztúri Magyar Református Egyház által létrehozott Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Drogterápiás Otthonban került sor. A vizsgálat teljesítéséhez először az otthon igazgatóját kerestem fel, aki írásban engedélyezte kutatásomat (1. melléklet), ezután a programfelelős vezetővel egyeztettem.

A vizsgálati személyeket informálták érkezésemről, valamint kutatásom céljáról, és ezután önkéntesen jelentkeztek a tesztek felvételére.

Mivel az otthonban csak férfiak laknak, így a kutatásban is csak férfi drogfüggők vettek részt.

A tesztek összesen 15 emberrel vettem fel. Módszertani szempontból csak 14 ember adatával dolgozhattam, mivel az egyik vizsgálati személyről a tesztfelvétel közben kiderült, hogy nem drogfüggőség miatt, hanem játékszenvedély okán tartózkodik az otthonban. A tesztek végül vele is felvettem, mivel önként jelentkezett, és szeretett volna segíteni.

A legfiatalabb vizsgálati személy 18 éves, míg a legidősebb 36 éves volt. A vizsgálati minta átlagéletkora 27, 23 év, az életkori szórás 5,45 év.

Az összes vizsgálati személy a rehabilitációs otthon lakója volt. A vizsgált személyek körében a „legújabb” otthonlakó 12 napja tartózkodott ott, míg a „legöregebb” bentlakó már 1 éve élt az otthonban. Átlagosan 5,2 hónapot töltöttek eddig a rehabilitációs otthonban, a „legfiatalabb” lakó fél hónapja, a „legidősebb” már 12 hónapja lakott Ráckeresztúron, a szórás itt 3,7 hónap.

A szerhasználat kezdeti időpontja szerint a legkorábbi drogozás 10 évesen fordult elő, a legkésőbbi 20 évesen, átlagosan 15 évesen kezdtek el drogozni, az életkori szórás 2,65 év.

A szerfüggőség szempontjából 2 ember élt csak stimulánsokkal, 1 ember csak depresszánsokkal és a maradék 11 ember a politoxikomán csoportba került, mivel szinte minden típusú drogot használtak, nem lehetett külön bázisdrogot megállapítani.

A kontroll csoport vizsgálatát Gubányi Mónika, a Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézetének demonstrátora végezte. Miután a szabadult szenvedélybetegek csoportja adott volt, illesztett mintát vizsgált meg.

A teszteket 12 férfival vette fel, amelyből 2 személy adatait nem lehetett bevonni a vizsgálatba, mivel nem tudták az összes tesztet kitölteni.

A legfiatalabb vizsgálati személy 20 éves volt, a legidősebb 58 éves. A kontroll csoport átlagéletkora 30 év volt, a szórás 10,7 év.

A kontroll csoport tagjai közül senki sem élt vagy él drogokkal, illetve nem vett részt drogrehabilitációs kezelésen.

4.2. Eszközök

Kutatásomban a demográfiai adatokra vonatkozó kérdéseket tettem fel, illetve 3 tesztet vettem fel a vizsgálati csoporttal, amelyeket a következő fejezetekben bemutatok.

4.2.1. Demográfiai adatok (2. melléklet)

A demográfiai adatokra vonatkozó kérdéssort konzulensemmel egyeztetve saját magam dolgoztam ki a szabadult szenvedélybetegek részére. Ezen a lapon választhattak jeligét maguknak a vizsgálati személyek, valamint a születési dátumot, lakóhelyüket, legmagasabb iskolai végzettségüket kellett leírják. Ezután következett pár rövid kérdés, amely az otthonban

való életre irányult, valamint a korábbi orvosi, rehabilitációs kezelésre. Végül a jövőbeli tervekre, célokra kérdeztem rá.

A kontroll csoport esetében a demográfiai adatokat kérdeztünk le, illetve olyan kérdésekre kellett válaszolniuk, hogy miként látják magukat, illetve milyen elképzelésük van a jövőről.

4.2.2. Drogfogyasztásról szóló táblázat (3. melléklet)

A táblázat arra szolgált, hogy kronológiai sorrendben bejelöljék a szabadult szenvedélybetegek, hogy milyen szert és milyen mennyiségben fogyasztottak az évek során. A mennyiség mértékét 1-8-ig való pontozással jelezheték. A táblázat alapján megmutatkozik, hogy a különböző vizsgálati személyeknek mi a bázisdrogjuk, valamint, hogy hány éve küzdenek szenvedélybetegségükkel.

A táblázatot Demetrovics Zsolt (2007) Drog, család, személyiség c. kutatásában dolgozta ki, én pedig ezt a táblázatot változtatás nélkül használtam fel vizsgálatomban.

4.2.3. Családstruktúra Teszt

A Családstruktúra Teszt eredeti neve: Family System Test (FAST), amelyet Thomas M. Gehring (1986) dolgozott ki. A teszt magyarra fordítását Baktay Gizella, Baktay Miklós és Miskolczi Nóra végezte. A tesztet Magyarországon az OS Hungary Tesztfejlesztő forgalmazza, és bocsátotta rendelkezésemre kutatási célokra a *Pár és családi rendszerek vizsgálata* (vizsgálatvezető: Reinhardt Melinda) című kutatássorozatban. Mivel a teszt jogdíjas, a mellékletben nem közölhetem.

A Családstruktúra Teszt a családi rendszerek strukturális elméletén alapszik. A teszt fafigurákkal dolgozik, amelyek kirakásával a családi kapcsolatok különféle helyzeteiben megjelenő struktúrákról szolgáltat minőségi és mennyiségi adatokat (Gehring, 2010).

A tesztfelvétel során a vizsgálati személy kirakja a tipikus, konfliktusos és ideális családi reprezentációját. A kirakások után a vizsgálatvezető kiegészítő kérdéseket tesz fel, amelyek tisztázzák a kirakott helyzetet, valamint a minőségi elemzést segítik (Gehring, 2010).

A kutatásom szempontjából fontos rész az ideális reprezentációnál feltett kérdések. Az első kérdés a szituáció típusára vonatkozik, amely a válaszok alapján lehet rutin vagy speciális. A rutin helyzet olyan eseteket foglal magába, amelyek mindennapos történések pl. egy közös ebéd vagy tévénézés. A speciális kategóriába valamilyen ritka eseményt jelöl, például születésnap, ünnep vagy vakáció. A második kérdés az ideális helyzet gyakoriságára

vonatkozik, itt a válasz alapján ritka vagy gyakori szituációt jelölhetünk. A ritka, azokat az eseményeket jelzi, amelyek évente 6 alkalomnál kevesebbszer fordultak elő, a gyakori pedig azokat, amelyek az elmúlt egy évben 6 vagy több alkalommal is megjelentek (Gehring, 2010).

A tesztanyag része egy négyszögletes, 9x9-es tábla, ahol egy-egy mező 5x5 cm. A teszthez adott 6 férfi és 6 női figura, valamint 18 henger alakú magasító korong, három különböző méretben (Gehring, 2010).

Az elemzés során figyelembe kell venni a bábuk távolságát; minél közelebb áll két bábu egymáshoz, annál szorosabb a kapcsolat, és minél távolabb helyezkednek el, annál lazább viszonyt feltételezünk, így mérhető fel a család kohéziója, amely azt mutatja, mennyire összetartóak, milyen szorosak a kapcsolatok a családtagok között. A kohézió számításánál külön figyelni kell a generációs koalíciók jelenlétére. Ha a szülői diád és szülő-gyermek alrendszer kohézióját összehasonlítva azt tapasztaljuk, hogy a szülők közötti viszony nem olyan szoros, mint bármelyik szülő-gyerek kettősnél, akkor a generációk közötti koalíciót jelöljük (Gehring, 2010).

A hierarchiát a korongok kirakásával érzékelteti a vizsgálati személy: ha egy adott bábu alatt több, nagyméretű korong áll, akkor az egyén befolyása nagy a családban, míg ha kevesebb vagy kisebb korongokat tesz a bábuk alá, akkor a családtag befolyása kisebb. A hierarchia arról ad fontos információt, hogy kinek a szava, döntése a legfontosabb a családban, illetve milyen hatalmi különbségek vannak a családtagok között. Különleges esetnek számít egy családon belül, ha a hierarchia megfordul a szülő és a gyermek között. Ezt akkor jelöljük, ha bármelyik gyerek és szülő hatalma megegyezik, vagy a gyerekeknek nagyobb a befolyása a családban (Gehring, 2010).

A kohézió és a hierarchia a megadott elemzési szempontok szerint lehet alacsony, közepes vagy magas. Ezekből az eredményekből tevődik össze, hogy milyen a családi szintek struktúrája: kiegyensúlyozott, labilis-kiegyensúlyozott vagy kiegyensúlyozatlan. Ha például a családi szinten a kohézió és a hierarchia is alacsony szintet ér el, akkor a családi szint a kiegyensúlyozatlan kategóriába esik (Gehring, 2010).

A kutatás során fontos szerepet játszik a családi rendszerek rugalmassága. E jellemző kiszámolása úgy történik, hogy a gyenge kohézió és hierarchia 1 pontot, a közepes kohézió és hierarchia 2 pontot, az erős kohézió és hierarchia 3 pontot kap. Ezeket a pontokat összeadjuk mindegyik reprezentáció esetén, majd a különböző reprezentációk pontértékét kivonjuk

egymásból, így megállapítható a rugalmasság mértéke és iránya is. A rugalmasságot a tipikus és az ideális, valamint a tipikus és konfliktusos helyzetet összehasonlítva mérjük (Gehring, 2010).

A tesztfelvétel során a vizsgálati személyek a **származási családjukról** rakták ki a reprezentációkat.

4.2.4. Családészlelés Skála (4. melléklet)

Eredeti neve Family Perception Scale (Tiffin, Kaplan & Place, 2011, magyarra Reinhardt Melinda és Kökönyei Gyöngyi fordította 2012-ben, a hazai adaptáció Reinhardt (2014) nevéhez fűződik).

A Családészlelés Skála 29 itemből áll, hagyományos papír-ceruza teszt, a kérdőívet 12 éves kortól lehet felvenni. A tesztben 1-4-ig értékelheti a kitöltő személy a családjára vonatkozó kijelentéseket. A teszt kitöltése után 6 dimenzió mentén lehet elemezni a kitöltő családját, családjáról alkotott véleményét. A mérőeszköz összpontszáma általánosságban jelzi a család „egészségét”, így minél magasabb a kapott pontszám, annál jobb a családi környezet megítélése (Reinhardt, 2014). A 6 alskála a következő jelenségeket méri (Reinhardt, 2014):

A nevelés-gondozás alskála (nurture) azt jelenti, hogy a családtagok képesek a szeretet és törődés kommunikálására, az egyén személyisége támogatott, valamint a demokratikus családi stílus a fenntartott.

A problémamegoldás alskálája (problem-solving) azt mutatja, hogy a családtagok képesek a problémák gyakorlatias kezelésére és megoldására, mindeközben fenntartják a tiszta és közvetlen kommunikációs stílust.

Az érzelemkifejezés alskála (expressed emotion) mértéke azt mutatja, hogy a kitöltő mennyire tartja a családi környezetet barátságosnak, ellenségesnek, kritikusnak. Az ilyen családokban a kommunikáció gyakran zavarba ejtő és kétértelmű.

A viselkedésbeli határok alskálája (behavioural boundaries) annak a mértékét jelzi, hogy a családban egy adott viselkedést mennyire szabályoznak és koordinálnak következetes és érthető szabályokkal.

Az ötödik alskála a felelősség (responsibility). Ez az alskála azt foglalja össze, hogy a családtagok mennyire képesek felelősséget vállalni a feladatokért, képesek-e megosztani gyakorlati teendőket, valamint bátorítják-e a tagokat arra, hogy személyes felelősséget vállalva viselkedjenek.

Az 5 alskála pontszámai alapján kiszámítható a kommunikációs index, ami a családi kommunikáció pontszámát mutatja, minél magasabb pontszámot kap egy család, annál jobb a kommunikáció a családtagok között.

4.2.5. Response Evulation Measure, REM-71 (5. melléklet)

Az elhárítási mechanizmusokat mérő teszt a REM-71, amelyet Steiner és munkatársai (2001) dolgoztak ki. Magyar nyelvre Komlósi Annamária és Rózsa Sándor fordította (2001, id. Hermányi, 2005). Steiner és munkatársainak kutatása alapján a 21 elhárító mechanizmust vizsgáltak, melyeket kettő illetve három faktorba tudtak sorolni, de értekezésükben a kétfaktoros megközelítést ajánlják, amely illeszkedik Vaillant elméleti modelljéhez (1971, 1994, 2000, id. Hermányi, 2005). Vaillant modellje figyelembe veszi a patológiás és fejlődési szempontokat. Az elhárító mechanizmusokat két csoportra, éretlen és érett kategóriára lehet bontani.

A következő 14 elhárító mechanizmus tartozik az éretlen elhárító mechanizmusok csoportjába: acting out, konverzió, kihelyezés, disszociáció, fantázia, onnipotencia, passzív agresszió, projekció, represszió, szomatizáció, hasítás, szublimáció, meg nem történtté tevés, visszahúzódás. A következő 7 elhárítás a második, érett csoportba sorolható: altruizmus, tagadás, humor, idealizálás, intellektualizáció, reakcióképzés, szupresszió.

A kérdőív 71 itemből áll, és egy 9 fokú skálán jelöli be a kitöltő, hogy mennyire ért egyet az adott kijelentésekkel.

A 21 elhárító mechanizmushoz legalább 3, maximum 5 tétel tartozik. Mindegyik mechanizmusnál összeadjuk a kapott pontokat, elosztjuk a hozzá tartozó tételek számával, majd így megkapjuk az átlag pontszámot, amely 1 és 9 közé esik. Az érett és éretlen elhárító mechanizmusok csoportjának átlagpontszámait megkapjuk, ha a megfelelő mechanizmusok pontszámait összeadjuk, majd elosztjuk az elhárító mechanizmusok számával, így az is kiderül, hogy az adott személy milyen arányban használ érett és éretlen elhárító mechanizmusokat. A továbbiakban bemutatom az elhárító mechanizmusokat és hozzájuk tartozó tételek sorszámát.

1. Acting out: Az éretlen mechanizmusok közé tartozik a vallaint-i felosztásban. Jelenthet szociálisan nem kívánt viselkedést, például drogfogyasztást, vagy motoros viselkedés használatát vagy impulzív cselekedetet, amelyet az egyén azért használ, hogy a tudattalan impulzus közvetlen kifejezésével elkerülje a hozzá tartozó affektus tudatosulását (Vaillant, 1971) (33., 50., 55. tétel).
2. Konverzió: A személy valamilyen motoros vagy szenzoros funkció kieséséről számol be, amelyek testi zavart jelentenek, de a zavar pszichológiai okokra vezethető vissza (Kulcsár, 1998, id. Hermányi, 2005) (14., 21., 29. tétel).
3. Kihelyezés: Ez a fogalom azt jelenti, hogy egy releváns érzelmi vagy viselkedéses válasz egy olyan helyzetben jelenik meg, ahol irreleváns. A tesztben a tételek a dühre és agresszióra vonatkoznak (Hermányi, 2005) (9., 24., 65. tétel).
4. Disszociáció: Szétválasztás, amikor a stressz elkerülése érdekében a karakter vagy személyes identitás átmenetileg, drasztikusan megváltozik (Vaillant, 1971) (15., 49., 66. tétel).
5. Fantázia: A konfliktus megoldására vagy a kielégülés céljára a fantáziát használja fel az egyén (Vaillant, 1971) (35., 59., 67. tétel)
6. Omnipotencia: Saját énjét grandiózusnak és mindenhatónak éli meg, sokszor együtt jár a másik személy devalválásával és lenézésével (Kulcsár, 1966, id. Hermányi, 2005) (5., 18., 62. tétel).
7. Passzív agresszió: A másik félre irányuló agresszió, amely passzivitás, mazochizmus és a self ellen fordulás formájában fejeződik ki (Vaillant, 1971) (8., 19., 63. tétel).
8. Projekció: A saját el nem fogadott részeket más emberekre vetíti, másokénak éli meg (Vaillant, 1971) (32., 38., 58. tétel)
9. Represszió, elfojtás: Egy bizonyos érzékszervi input felismerésében megmagyarázhatatlannak tűnő tévedés, vagy naivitás, emlékezeti kihagyás (Vaillant, 1971) (20., 31., 37. tétel).
10. Szomatizáció: Több szervet érintő tünetcsoport, amelyeknek háttérében nem mutatható ki szervi betegség, a tünetek megjelenésében pszichológiai tényezők játszanak szerepet (Füredi és mtsai, 1998, id. Hermányi, 2005) (3., 25., 70. tétel).

11. Hasítás: A külső tárgyak, személyek szélsőségesen jó vagy szélsőségesen rossz megélése (Kulcsár, 1996, id. Hermányi, 2005) (36., 42., 61. tétel).
12. Szublimáció: Ennek a folyamatnak a során, az ösztönös erőkből táplálkozó feszültségeket a személy képes felhasználni más, társadalmilag értékes célokra (Mérei, 1989, id. Hermányi, 2005) (13., 44., 53. tétel).
13. Meg nem történtté tevés: A személy feltételezi, hogy az események visszafordíthatók, képes uralkodni a valóságon, ezért egy gesztussal vagy egy gondolattal megsemmisít valamit, ami már megtörtént (Mérei, 1989, id. Hermányi, 2005) (23., 41., 56. tétel).
14. Visszahúzódás: A szociális és interperszonális eseményektől való visszahúzódás (Hermányi, 2005) (10, 54., 69. tétel).
15. Altruizmus: Más emberek szolgálata, amely esetben ez a szolgálat helyettesítő jellegű, de konstruktív és ösztönkielégüléssel jár (Vaillant, 1971) (4., 22., 28. tétel).
16. Tagadás: A külső valóság, egy esemény vagy egy adott állapot fennállásának tagadása, így az esemény átértelmeződik és a fenyegetés megszűnik (Carver és Scheier, 2001, id. Hermányi, 2005) (6., 27., 40. tétel).
17. Humor: Az érzések nyílt kifejezése az érzelmek gátlása nélkül úgy, hogy ez másoknak sem kellemetlen (Vaillant, 1971) (7., 16., 30. tétel).
18. Idealizálás: A személy egy külső tárgyat, személyt szélsőségesen jónak és tökéletesnek ítél meg, pozitív tulajdonságait felfokozza (Kulcsár, 1966, id. Hermányi, 2005) (12., 26., 46. tétel).
19. Intellektualizáció: Fokozott figyelem a formális, száraz dolgokra irányuló túlzott figyelem, az érzelmek kifejezésének elkerülése céljából (Vaillant, 1971) (2., 39., 47., 52. tétel).
20. Reakcióképzés: A személy az elfogadhatatlan ösztön impulzussal ellentétes érzelmet mutat, vagy ellentétesen viselkedik (Vaillant, 1971) (11., 17., 48. tétel).
21. Szupresszió: Egy olyan tudatos, vagy tudatelőttés döntés, amely elhalasztja a figyelmet egy tudatos impulzusról, konfliktusról (Vaillant, 1971) (34., 57., 64. tétel).

4.3. Eljárás

A tesztfelvétel során 4 napot töltöttem Ráckeresztúron a szabadult szenvedélybetegek csoportjának felmérése miatt. Minden nap reggel érkeztem, így átlagosan 3-4 emberrel volt idő egy nap a tesztfelvételre. A tesztek egyesével vettem fel, egy, a társaságtól elkülönített szobában.

Mikor megérkezett a szobába az adott vizsgálati személy, röviden bemutatkoztunk, és informáltam, hogy milyen céllal vagyok itt, valamint, hogy milyen tesztek fog a következő órában kitölteni.

Először a demográfiai adatokat, valamint a droghasználatról szóló kérdőívet töltöttem ki, majd a CSST következett. Ezután a vizsgálati személy megkapta a Családészlelés Skálát, valamint a REM71-et, és saját maga dönthette el, milyen sorrendben tölti ki. Az összes tesztet a felügyeletem mellett töltötték ki, így ha bármilyen kérdés felmerült, segíteni tudtam.

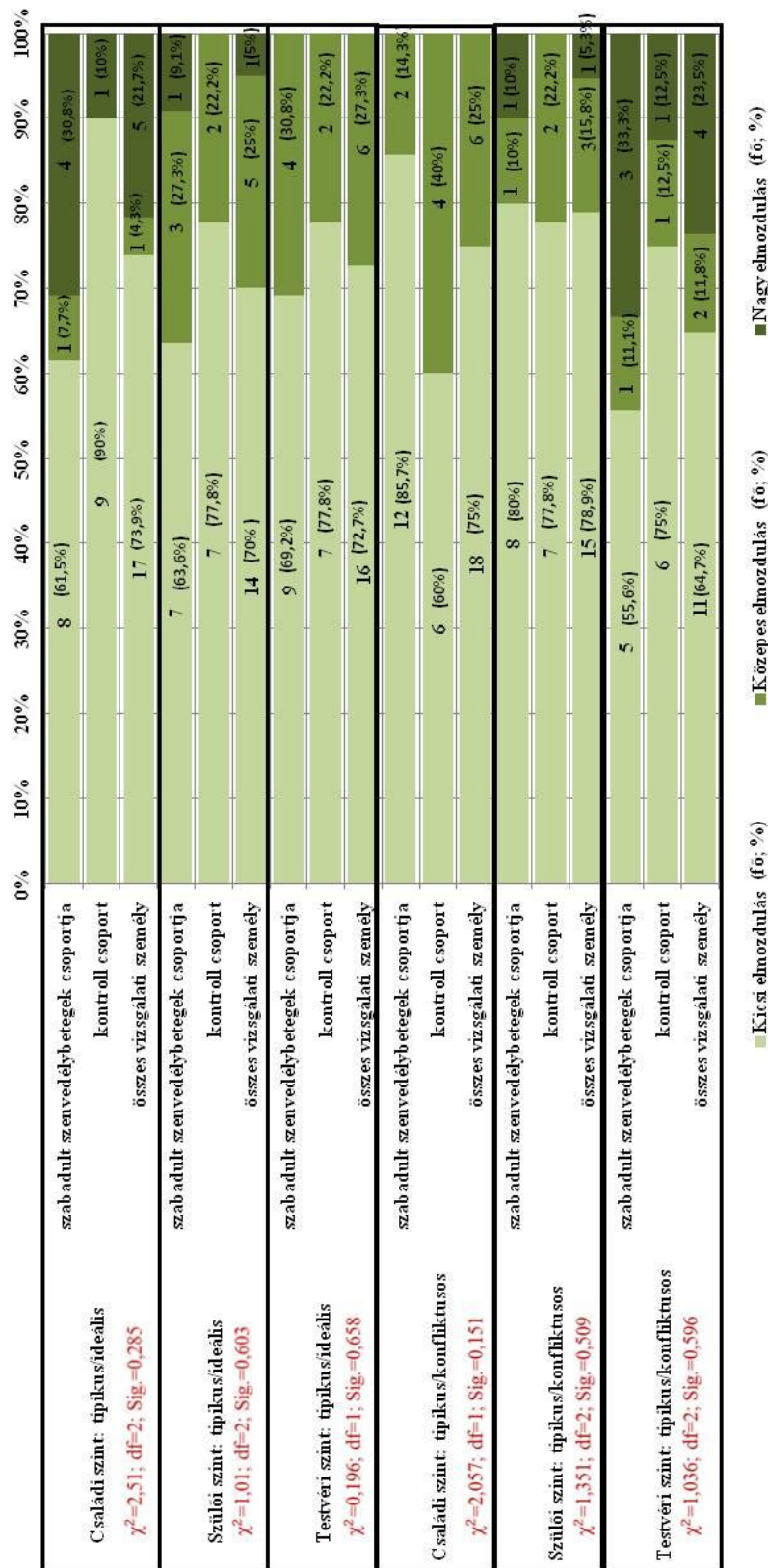
A tesztek elkészítése után pár mondattal lezártuk a beszélgetést, ahol lehetőséget adtam a kérdések, észrevételek felvetésére. Ezután megköszöntem a segítséget, majd a vizsgálati személy távozott. Az összes teszt felvétele általában egy személynél 1-1,5 órát töltött ki.

A kontroll csoport esetében is szintén egyéni tesztfelvételre került sor.

5. Eredmények

5.1. 1. hipotézis

1. diagram: A rugalmasság mértéke a különböző reprezentációk esetében



Az első hipotézis tesztelésére keresztábrás elemzést végeztem (1. diagram), mely során azt vizsgáltam, hogy a szabadult szenvedélybetegek csoportja és a kontroll csoport tagjai között mekkora arányban fordulnak elő a rugalmasság különböző mértékei. Látható, hogy az összes vizsgálati személynél nagy arányban (73,9%) volt jelen a kis elmozdulás, a szabadult szenvedélybetegek csoportjában ugyan a kis rugalmasság volt a legjellemzőbb (61,5%), de a feltételezésemmel szemben a kontroll csoportban a kis rugalmasság nagyobb mértékű (90%). Emellett a nagy rugalmasság a második legjellemzőbb érték (30,8%) a szabadult szenvedélybetegek csoportjában, míg a másik csoportnál ez 10%. A tipikus és ideális helyzet összehasonlítása során a családi szint rugalmasságának mértékei között a különbség nem volt szignifikáns (khi-négyzet=2,510; df=2; Sig.=0,285), valamint több cellában az elvárt 5 gyakoriságnál kevesebb volt, így a próba eredménye nem megbízható.

Az 1. diagramon látható, hogy a szülői szinten ugyanolyan tendencia figyelhető meg, mint amelyet a családi szintnél tapasztaltunk: mindkét csoportban a kis elmozdulás volt jellemző és itt már nagyobb mértékben fordult elő a közepes elmozdulás, az összes vizsgálati személyből 25%-nál lehetett ezt mérni. A kontroll csoportban nagyobb arányú (77,8%) volt a kis elmozdulás, mint a szabadult szenvedélybetegek csoportjában (63,6%), valamint az utóbbi csoportban megjelent a nagy elmozdulás (9,1%), míg a kontroll csoport esetében nem. A szülői szinten sem tapasztaltam szignifikáns különbséget (khi-négyzet=1,010; df=2; Sig.=0,603), valamint ebben az esetben sem teljesült több cellában az elvárt gyakoriság.

Az 1. diagramon látható, hogy a testvéri szinten a nagy elmozdulás egyáltalán nem jelent meg egyik csoportban sem, és ebben az esetben is a kis elmozdulás volt a legjellemzőbb mérték, a szabadult szenvedélybetegek csoportjában 69,2%-ban, míg a kontroll csoportban 77,8%-ban tapasztalhattunk ilyet. A testvéri szinten az eredmények nem nevezhetők szignifikánsnak (khi-négyzet=0,196; df=1; Sig.=0,658), valamint itt is sérült a várható gyakoriság feltétele több cellában is.

Rugalmasság szempontjából a második eset az, amikor a tipikus és konfliktusos reprezentációt hasonlítom össze. A családi szinten ebben az esetben egyáltalán nem jelent meg a nagy elmozdulás, és ebben az esetben a szabadult szenvedélybetegek csoportjában, feltételezésemmel megegyezően nagyobb részben (85,7%) volt jellemző a kis elmozdulás, mint a kontroll csoport esetén (60%). A családi szinten végzett elemzés nem adott

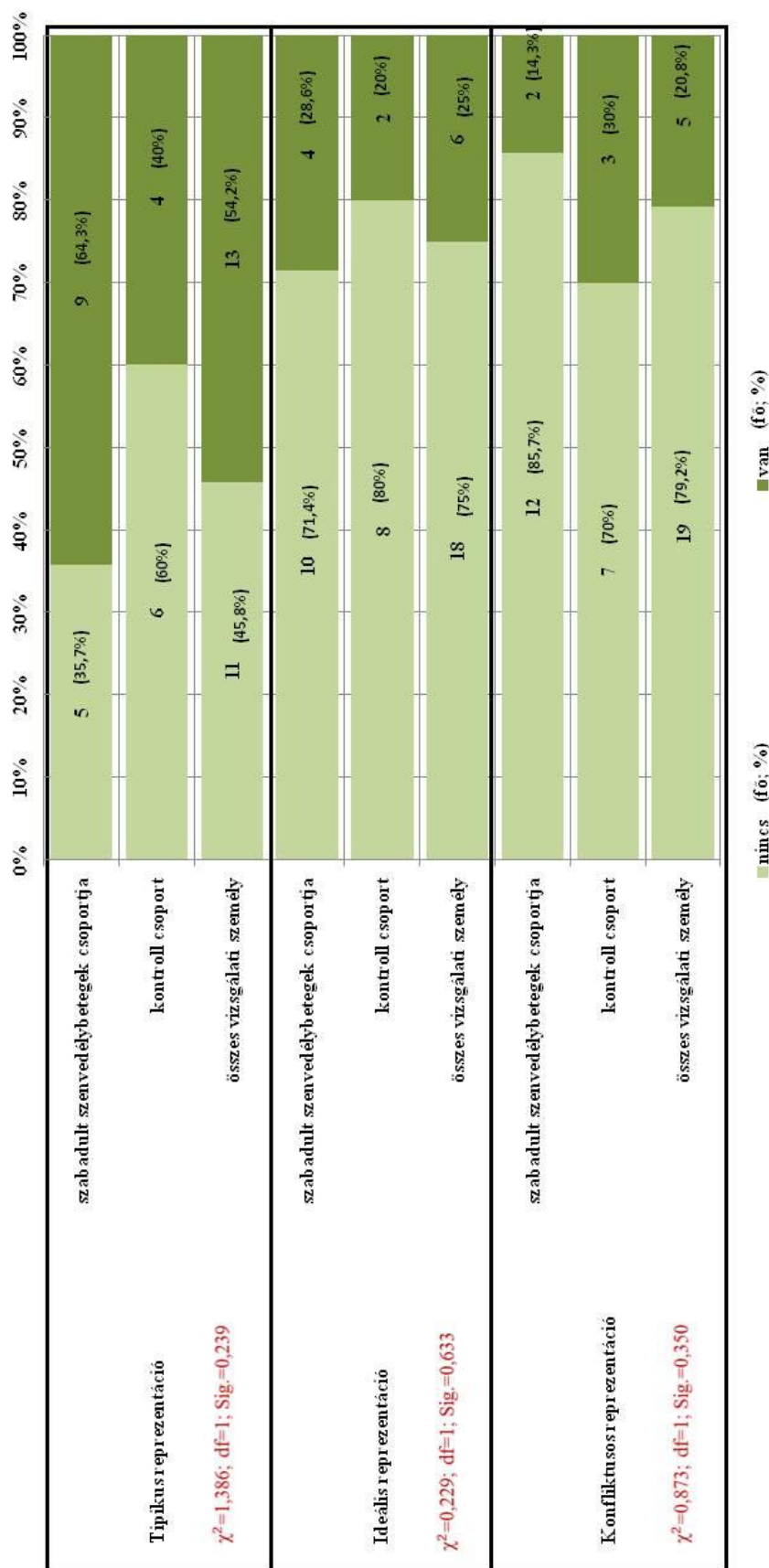
szignifikáns eredményt ($\chi^2=2,057$; $df=1$; $Sig.=0,151$), itt 2 cellában sérült a várható gyakoriság.

A szülői szinten már mindhárom rugalmassági mérték megjelent, de itt sem volt szignifikáns különbség ($\chi^2=1,351$; $df=2$; $Sig.=0,509$), valamint több cellában kisebb volt a gyakoriság 5-nél, így itt sem megbízható a próba. Ebben az esetben is a kis elmozdulás volt a legjellemzőbb mindkét csoport esetében, a szabadult szenvedélybetegek csoportjában valamivel nagyobb arányban (80%), mint a kontroll csoport esetében (77,8%). A szabadult szenvedélybetegek csoportjában 1 személy esetében megjelent a nagy rugalmasság, amely 10 százalékát adja a csoportnak, míg a kontroll csoportban egy esetben sem volt jellemző.

A testvéri alrendszer eredményeit összesen csak 17 főnél lehetett vizsgálni, így a cellák nagy részében nem teljesült az elvárt gyakoriság. Ahogy az 1. diagramon látható, itt is a kis elmozdulás volt a legjellemzőbb (összes vizsgálati személy 64,7%-a), de itt a kontroll csoportnál nagyobb arányban (75%) jelent meg ez, mint a szabadult szenvedélybetegek csoportjában (55,6%). A χ^2 próba itt sem mutatott szignifikanciát ($\chi^2=1,036$; $df=2$; $Sig.=0,596$).

5.2. 2. hipotézis

2. diagram: A hierarchiafordulás száma, aránya a különböző reprezentációk összehasonlításában



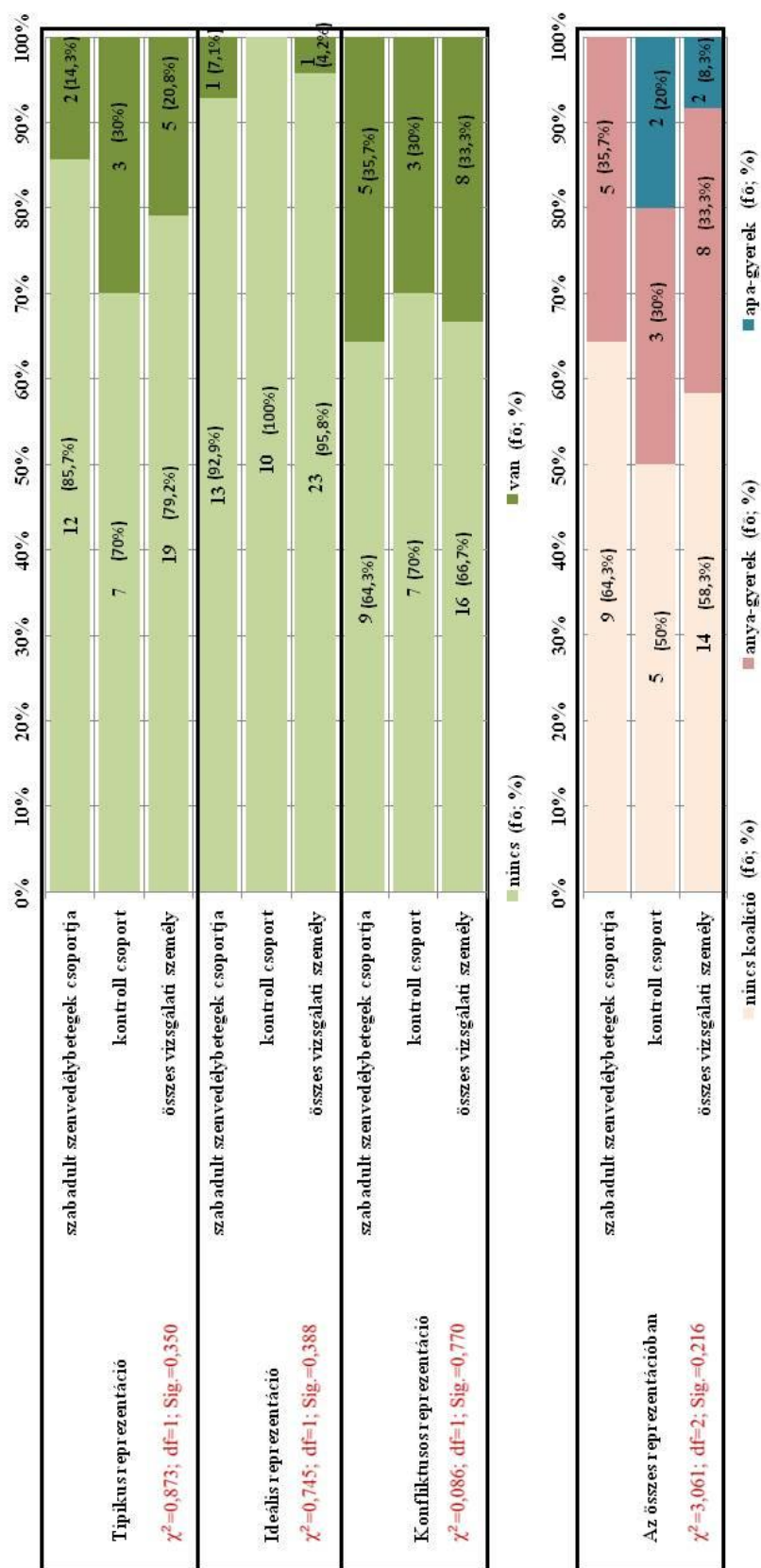
A 2. diagramon látható, hogy bár a szignifikancia feltétele nem teljesült ($\chi^2=1,386$; $df=1$; $Sig.=0,239$), a szabadult szenvedélybetegek csoportjában több mint 20%-kal nagyobb arányban fordult elő a hierarchiafordulás (64,3%), a kontroll csoporthoz képest (40%). Ennél a vizsgálatnál a cellák 80%-ban teljesült az elvárt gyakoriság.

Az ideális reprezentációban sem volt szignifikáns különbség ($\chi^2=0,229$; $df=1$; $Sig.=0,633$), de ebben az esetben nem teljesült a cellák 80%-ában az elvárt gyakorisági feltétel. Az ideális reprezentációban a szabadult szenvedélybetegek csoportjában nagyobb arányban volt hierarchiafordulás (28,6%), mint a kontroll csoport esetében (20%), azonban az egész vizsgálati mintára sokkal jellemzőbb volt, hogy nem fordult elő hierarchiafordulás (75%).

A konfliktusos reprezentációban szintén nem volt szignifikáns különbség ($\chi^2=0,873$; $df=1$; $Sig.=0,350$), valamint csak a cellák felében teljesült az elvárt gyakoriság. Ebben a reprezentációban az egész vizsgálati mintán szintén a hierarchiafordulás hiánya dominált (79,2%), sőt, hipotézisemmel szemben a kontroll csoport esetében nagyobb arányban (30%) jelent meg a hierarchiafordulás, mint a szabadult szenvedélybetegek csoportjában (14,3%).

5.3. 3. hipotézis

3. diagram: A generációs koalíciók száma, aránya és típusa a különböző reprezentációk összehasonlításában



A 3. diagramon látható, hogy a tipikus reprezentáció esetében feltételezésemmel szemben a kontroll csoportnál felül- (30%), míg a szabadult szenvedélybetegek csoportjában (14,3%) alulreprezentált a generációs koalíció jelenléte. Az összes vizsgálati személyt vizsgálva a generációs koalíció hiánya dominált (79,2%). Feltételezéseimet az eredmények nem igazolják, valamint nem érték el a szignifikáns szintet (khi-négyzet=0,873; $df=1$; Sig.=0,350), illetve itt sem volt elegendő a gyakoriságok cellánkénti száma.

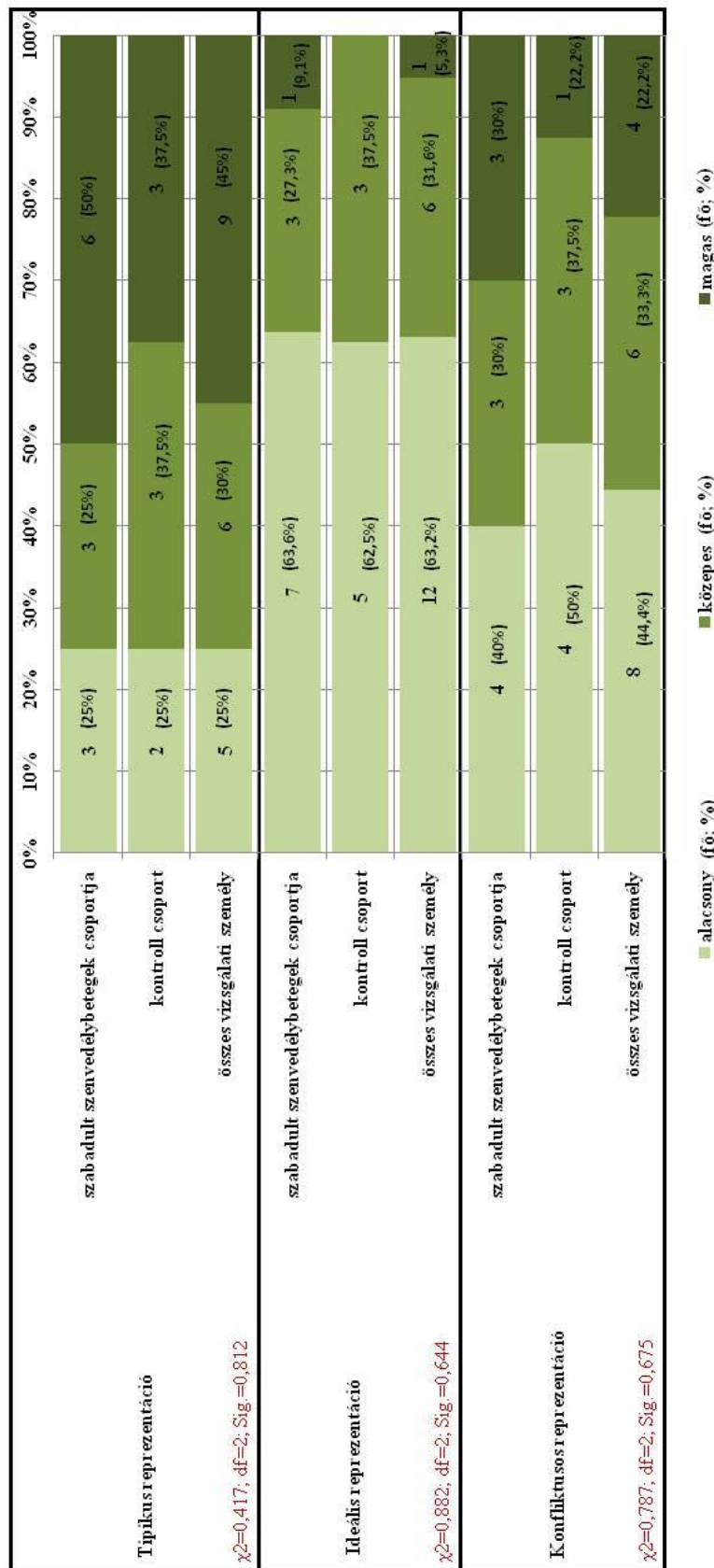
Az összes vizsgálati személyt nézve az ideális helyzetben szintén nem volt jellemző a generációs koalíció (4,2%), a kontroll csoportnál nem is volt generációs koalíció, míg a szabadult szenvedélybetegek csoportjában mindössze 1 személynél (7,1%) találhattunk ilyen. A generációs koalíciók csoportok szerinti vizsgálata nem adott szignifikáns eredményt (khi-négyzet=0,745; $df=1$; Sig.=0,388), valamint itt sem teljesült az elvárt gyakoriság a cellákban.

A konfliktusos reprezentáció esetében a szabadult szenvedélybetegek 35,7 százalékánál volt jelen a generációs koalíció, míg a kontroll csoport tagjainál csak 30 százalékos ez az arány. A cellák 80%-ában teljesült az elvárt gyakoriság, azonban nem volt szignifikáns ez a különbség (khi-négyzet=0,086; $df=1$; Sig.=0,770).

Az utolsó próbánál egy új változót hoztam létre, amely azon kívül, hogy van-e koalíció a generációk között, azt is megmutatja, hogy milyen típusú koalíció (anya-gyerek, apa-gyerek) jött létre a reprezentációkban. A vizsgálati mintában nem volt olyan eset, hogy egy személynél anya-gyerek és apa-gyerek koalíció egyszerre jelent volna meg. A szabadult szenvedélybetegek csoportja esetén egyáltalán nem jelent meg apa-gyerek koalíció, és az anya-gyerek koalíció nagyobb arányban volt jellemző rájuk (35,7%), mint a kontroll csoportra (30%). Az egész vizsgálati mintát tekintve azonban, a legtöbb esetben a koalíció hiánya volt jellemző (58,3%). Az itt kapott eredmények sem szignifikánsak (khi-négyzet=3,061; $df=2$; Sig.=0,216), valamint több cellában nem volt meg az elvárt gyakoriság.

5.4. 4. hipotézis

4. diagram: A szülői alrendszer hierarchiájának mértéke a különböző reprezentációk összehasonlításában



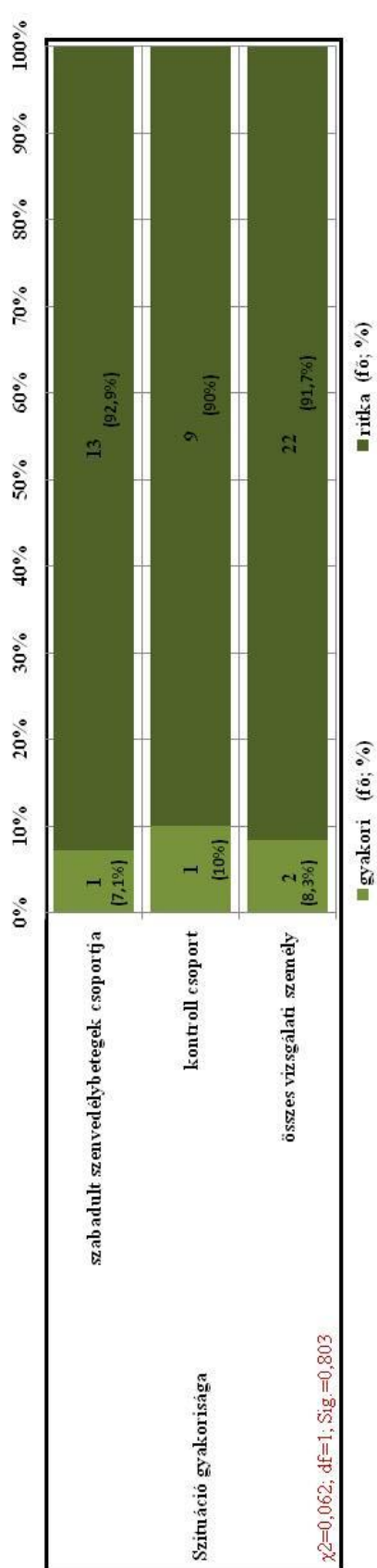
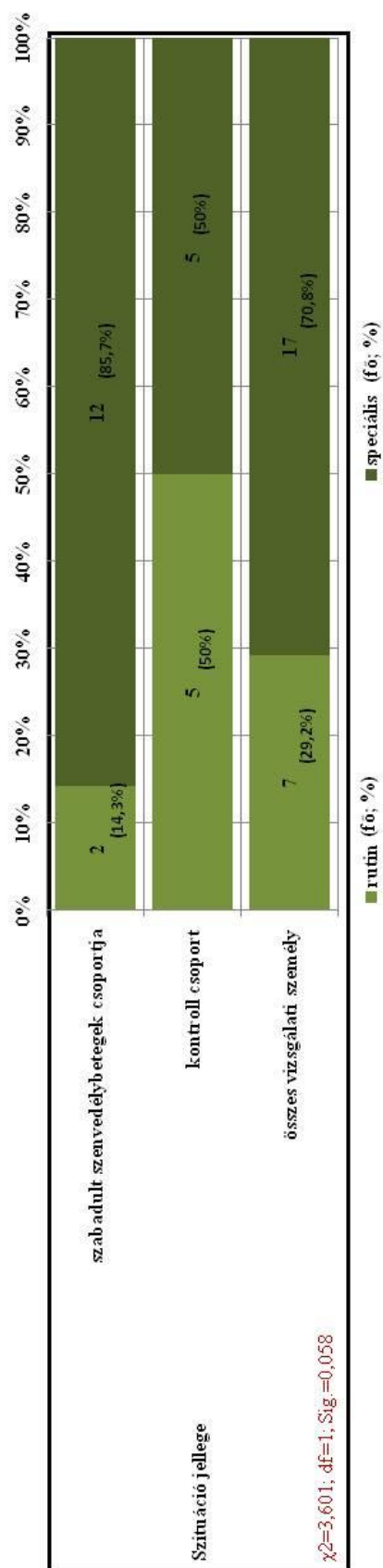
A 4. diagramon látható, hogy a tipikus helyzetben, hipotézisemnek megfelelően, a szabadult szenvedélybetegek csoportjában, a legnagyobb arányban (50%) a magas hierarchia jelenik meg, míg a kontroll csoport esetén a magas hierarchia csak 37,5 százalékban jellemző a csoporttagokra. Ezen kívül megfigyelhető, hogy az alacsony hierarchia aránya mindkét csoportban megegyező (25%). A tipikus reprezentációban a szülői alrendszerek hierarchiájának összehasonlításában a próba eredménye nem volt szignifikáns (khi-négyzet=0,417; df=2; Sig.=0,812), emellett sok cellában nem teljesült az elvárt gyakoriság.

Az ideális reprezentációban mindkét csoportra a kis hierarchia volt jellemző, a szabadult szenvedélybetegek csoportjában 63,6 százalékban, a kontroll csoportban 62,5 százalékban, tehát itt a különbség nem volt számottevő. Látható a 4. diagramon, hogy ebben az esetben a kontroll csoportban egyáltalán nem jelent meg a magas hierarchia a szülők között, de a szabadult szenvedélybetegek csoportjában is csak 9,1 százalékban lehetett ezt mérni. Az ideális reprezentációban a próba szerint a különbségek nem utalnak szignifikanciára (khi-négyzet=0,882; df=2; Sig.=0,644), valamint több cellában nem teljesült az elvárt gyakoriság.

A 4. diagramon látható, hogy a konfliktusos helyzetben, mindkét csoportban majdnem azonos arányban oszlanak el a hierarchia különbségek típusai. A szabadult szenvedélybetegek csoportjában az alacsony hierarchia különbség a legjellemzőbb (40%), de ebben az esetben a kontroll csoportnál ez a hierarchia típus nagyobb arányban, 50 százalékban jellemző. Hipotézisemet alátámasztva, a magas hierarchia valamivel nagyobb mértékben jelent meg a szabadult szenvedélybetegek csoportjában (30%), mint a kontroll csoport esetén (22,2%). A konfliktusos helyzetben a próba eredménye nem volt szignifikáns (khi-négyzet=0,787; df=2; Sig.=0,675), valamint több cellában nem teljesült az elvárt gyakoriság.

5.5. 5. hipotézis

5. diagram: Az ideális szituáció jellegének és gyakoriságának aránya

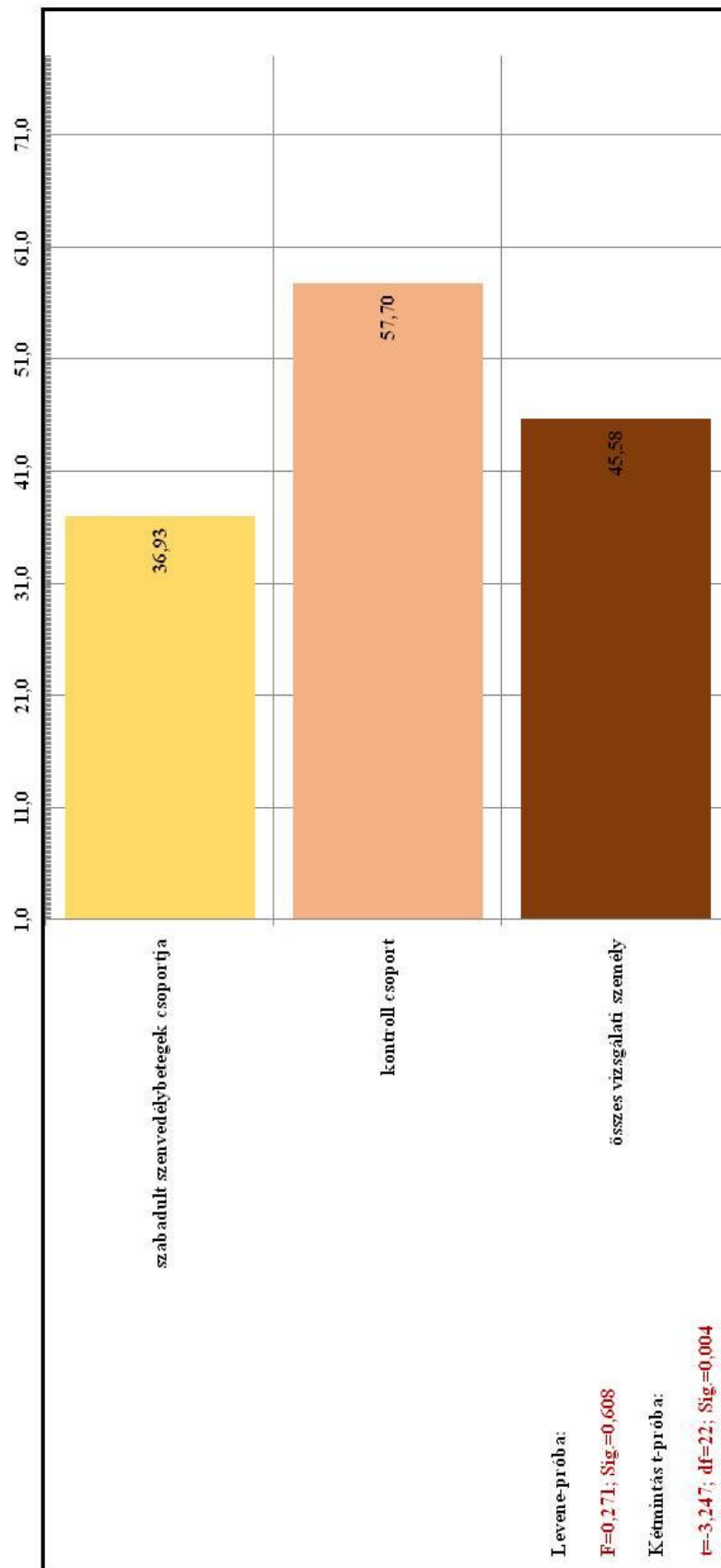


Látható az 5. diagramon, hogy a szabadult szenvedélybetegek csoportjának nagy részében (85,7%) az ideális helyzet speciális jellegű, míg a kontroll csoport esetében az esetek fele speciális, a másik fele pedig rutin, tehát a hipotézisemnek megfelelően, az előbbi csoportban jellemzőbb a speciális jellegű helyzet, mint az utóbbi csoportban. Az ideális szituáció jellegének keresztábrás elemzésénél a különbség tendenciaszintű (khi-négyzet=3,601; $df=1$; Sig.=0,058), valamint a cellák 80 százalékánál teljesül az elvárt gyakoriság feltétele.

Az 5. diagramon látható, hogy az összes vizsgálati személynél a ritka szituációk voltak jellemzőek (91,2%), a szabadult szenvedélybetegeknél 92,9 százalékban, a kontroll csoportnál 90 százalékban. Az ideális helyzet gyakoriságának esetében az eredmény nem mondható szignifikánsnak (khi-négyzet=0,062; $df=1$; Sig.=0,803), valamint a cellák nagy részében nem teljesült az elvárt gyakoriság.

5.6. 6. hipotézis

6. diagram: A Családészlelés Skála összpontszáma a vizsgálati csoportok összehasonlításában



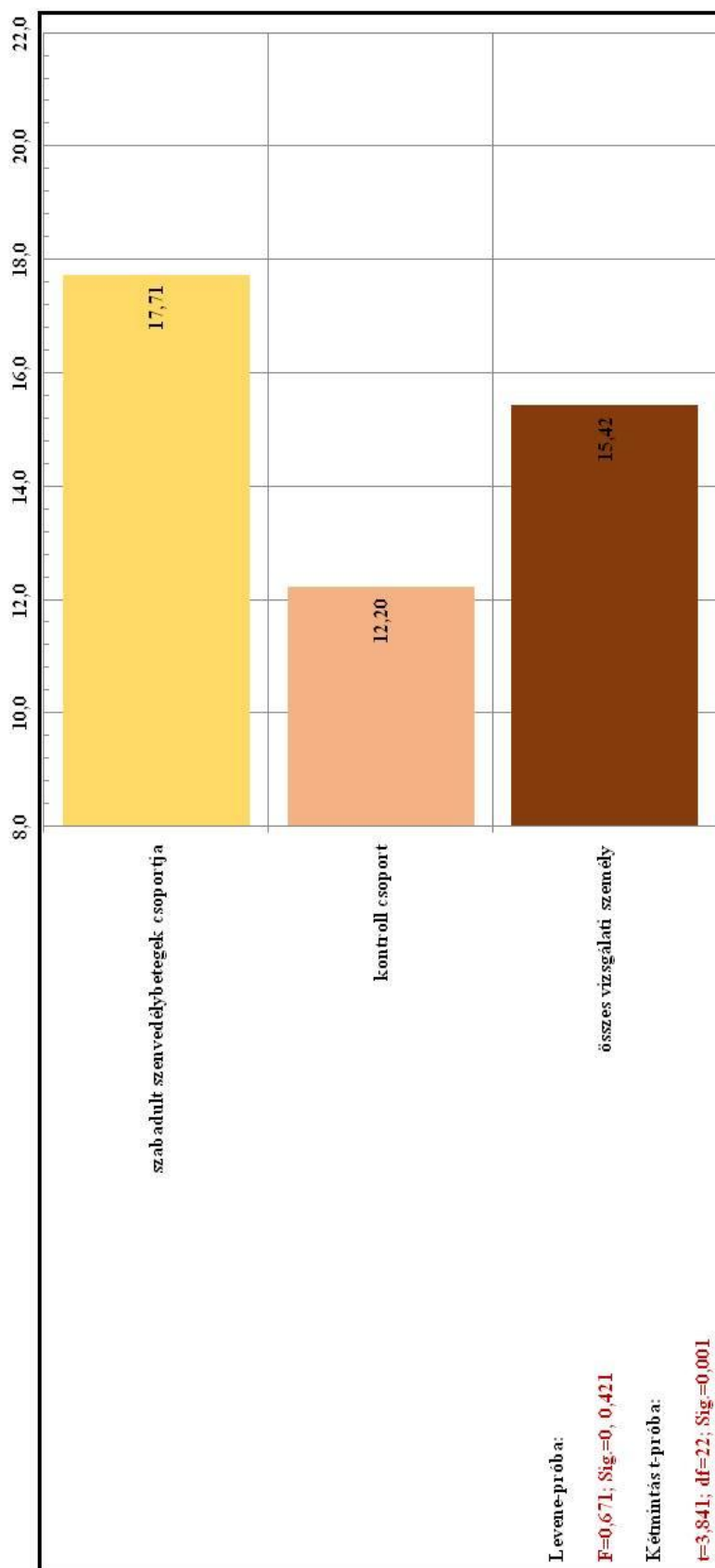
A Családészlelés Skála kitöltése során a szabadult szenvedélybetegek átlagosan 36,92 összpontszámot értek el. A csoportban az összpontszámok 10 és 78 között mozogtak. A szórás 16,99 pont volt.

A kontroll csoport esetén az összpontszám átlaga 57,7 pont volt, minimum 39, maximum 76 pontot értek el a vizsgálati személyek, a szórás ebben a csoportban 12,9 pont volt.

A vizsgált változó eloszlása normális (Kolmogorov-Smirnov teszt $z=0,092$; $\text{Sig.}=0,200$), a szóráshomogenitás is teljesül a Levene-próba szerint ($F=0,271$; $\text{Sig.}=0,608$). A kétmintás t-próba szerint szignifikáns különbség észlelhető a 2 csoport között ($t=-3,247$; $df=22$; $\text{Sig.}=0,004$). Ahogy a 6. diagramon is látható, nagy a különbség a két csoport átlaga között, a szabadult szenvedélybetegek csoportjának tagjai átlagosan jóval alacsonyabb pontszámot értek el (36,9 pont), mint a kontroll csoport tagjai (57,7), amely eredmények alátámasztják hipotézisemet.

5.7. 7. hipotézis

7. diagram: Az Érzelmekifejezés alkála pontszáma a vizsgálati csoportok összehasonlításában



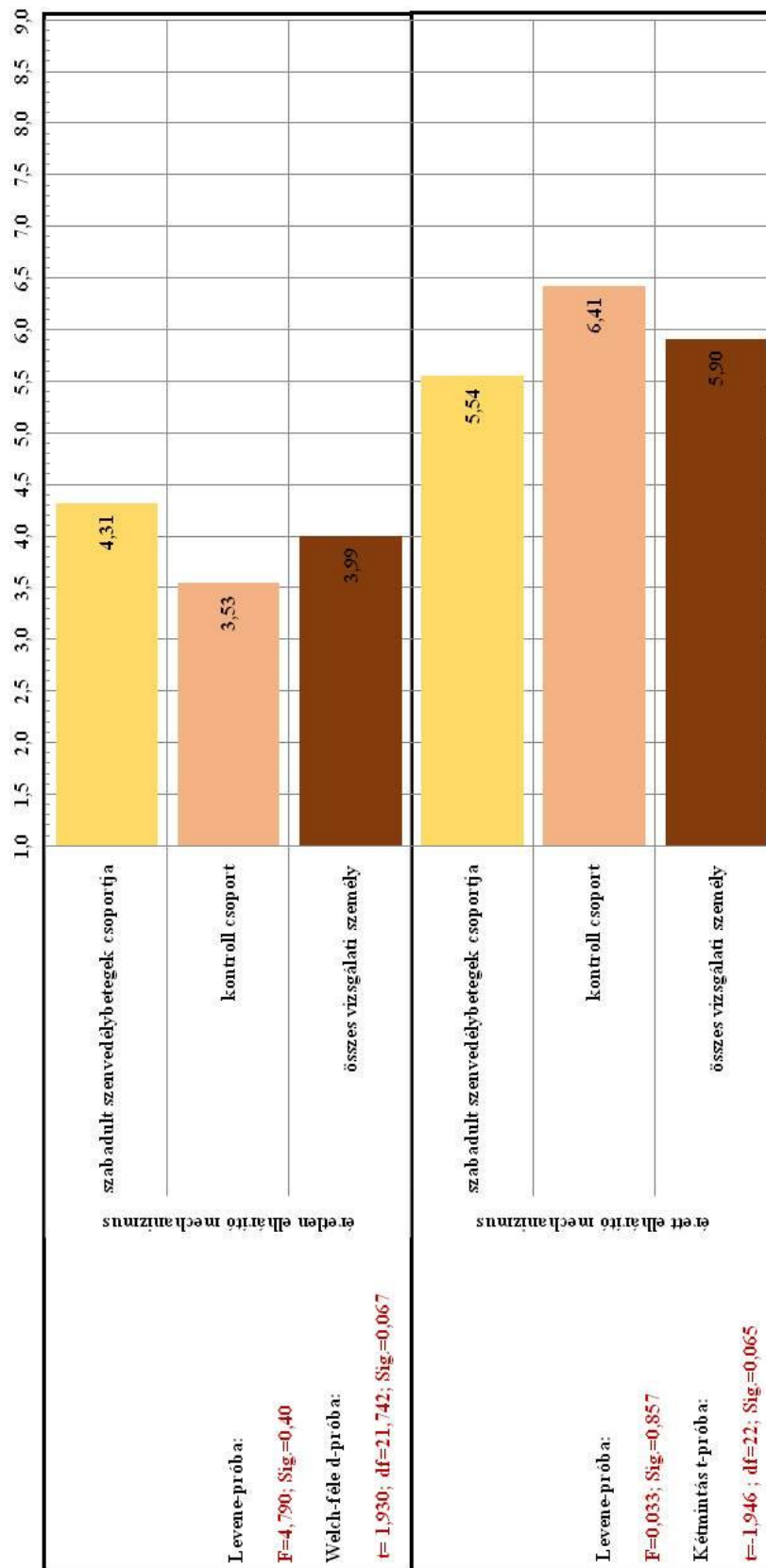
A Családészlelés Skála alskáláján, az Érzelemkifejezés alskáláján a szabadult szenvedélybetegek csoportja átlagosan 17,71 pontot ért el, a pontszámok egyéenként 9 és 22 pont között voltak megtalálhatóak. A pontszámok szórása 3,81 pont volt.

A kontroll csoport tagjai átlagosan 12,2 pontot értek el, a legkevesebb pontot szerző tag 8 pontot, a legtöbbet elérő pedig 17 pontot kapott. A szórás ebben a csoportban 2,89 pont volt.

A Kolmogorov-Smirnov teszt szerint a változó eloszlása normális ($z=0,144$; $\text{Sig.}=0,200$), a szóráshomogenitás a Levene-teszt szerint teljesül ($F=0,671$; $\text{Sig.}=0,0421$). A kétmintás t-próba szerint a két csoport átlaga között szignifikáns különbség van ($t=3,841$; $df=22$; $\text{Sig.}=0,001$). A 7. diagramon is jól látható, hogy feltételezésemmel megegyezően, a szabadult szenvedélybetegek csoportja átlagosan magasabb pontszámot (17,71) ért el az Érzelemkifejezés alskálán, mint a kontroll csoport (12,20).

5.8. 8. hipotézis

8. diagram: Az érett és éretlen elhárító mechanizmusok a vizsgálati csoportok összehasonlításában (1-től 9-ig terjedő skálán adott átlagpontszámok)



A szabadult szenvedélybetegek csoportja az éretlen mechanizmusok alskáláján átlagosan 4,3 pontot ért el, a vizsgálati személyek legkevesebb 2,64 pontot, legfeljebb 6,05 pontot szereztek, és a szórás 1,21 pont volt. Az érett mechanizmusok alskáláján átlagosan 5,53 pontot értek el, minimum 3,85 pontot, maximum 6,9 pontot szereztek, a szórás ebben az esetben 1,08 pont volt.

A kontroll csoport az éretlen mechanizmusok alskáláján átlagosan 3,53 pontot ért el, minimum 2,38 pontot, maximum 4,45 pontot kaptak, a pontszámok szórása 0,76 pont volt. Az érett mechanizmusok alskáláján átlagosan 6,4 pontot értek el, minimum 4,35 pontot, maximum 8,15 pontot szereztek, a szórás itt 1,08 volt.

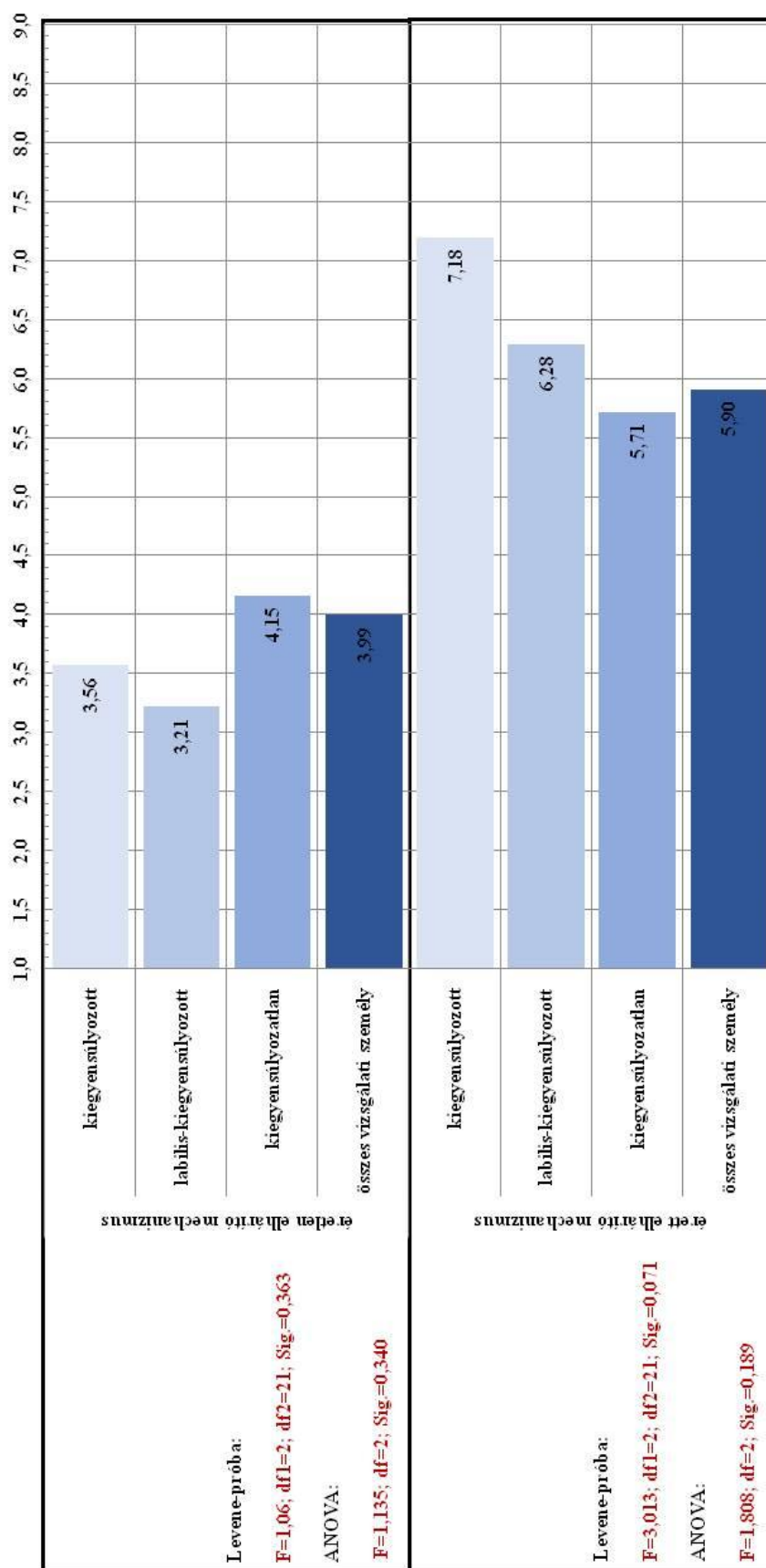
Ahogy a 8. diagramon is látható, a hipotézisemnek megfelelően, a kontroll csoport átlagosan magasabb pontszámot ért el (6,41 pont) az érett mechanizmusok alskáláján, mint a szabadult szenvedélybetegek csoportja (5,54 pont). Emellett az éretlen mechanizmusok alskáláján a kontroll csoport tagjainak átlagpontszáma alacsonyabb, 3,53 pont volt, míg a szabadult szenvedélybetegek csoportja átlagosan magasabb, 4,31 pontot ért el, amely szintén alátámasztja a hipotézisemet.

A vizsgált változók eloszlása mindkét esetben a Kolmogorov-Smirnov teszt szerint normális (érett: $z=0,116$, $\text{Sig.}=0,200$; éretlen: $z=0,106$; $\text{Sig.}=0,200$). Az éretlen elhárító mechanizmusok esetében a Levene-teszt szerint a szóráshomogenitás nem teljesül ($F=4,790$; $\text{Sig.}=0,040$), ezért itt nem használató a kétmintás t-próba. Az érett elhárító mechanizmusok esetében a szóráshomogenitás teljesült ($F=0,033$; $\text{Sig.}=0,857$).

Az éretlen elhárító mechanizmusok átlagainak összehasonlításánál Welch-féle d-próbát alkalmaztam, amely szerint a két csoport között a különbség eléri a tendenciaszintet ($t=1,930$; $df=21,742$; $\text{Sig.}=0,067$). Az érett elhárító mechanizmusok összehasonlításánál a kétmintás t-próba szerint az eredmény itt sem érte el a szignifikancia szintjét, de itt is megközelítette azt ($t=-1,946$; $df=22$; $\text{Sig.}=0,065$).

5.9. 9. hipotézis

9. diagram: Az éretlen és érett elhárító mechanizmusok összehasonlítása a családi rendszer minősége szerint



A 9. hipotézis hagyományos ANOVA eljárással tesztelhető. Az tipikus reprezentációban, azok a személyek, amelyeknek családi szintjük kiegyensúlyozott volt, az éretlen elhárító mechanizmusok alskáláján átlagosan 3,55 pontot értek el, a pontszámok minimuma 2,67 pont, maximuma pedig 4,45 pont volt, a szórás 1,26 pontnyi volt. Azok, akiknek a családi szintjük labilis-kiegyensúlyozott volt, átlagosan 3,2 pontot értek el az alskálán, minimum 2,64 pontot, maximum 3,74 pontot szereztek, a szórás 0,54 pont volt. Azok, akiknek a családi szintjük kiegyensúlyozatlan volt, az alskálán átlagosan 4,15 pontot szereztek, minimum 2,38 pontot, maximum 6,05 pontot kaptak.

Az érett elhárító mechanizmusok alskáláján akiknek kiegyensúlyozott családi szintjük volt, átlagosan 7,18 pontot értek el, minimum 7,13 pontot, maximum 7,24 pontot szereztek, a szórás 0,07 pont volt. Azok a vizsgálati személyek, akiknek családi szintjük labilis-kiegyensúlyozott, átlagosan 6,27 pontot értek el, minimum 6,06, maximum 6,63 pontot szereztek, a szórás 0,30 pont volt. A kiegyensúlyozatlan családi szintűek csoportja átlagosan 5,70 pontot szereztek, minimum 3,85 pontot, maximum 8,15 pontot kaptak, a szórás itt 1,19 pont volt.

A 9. diagramon látható, hogy az éretlen mechanizmusok alskáláján a legtöbb pontszámot (4,15) azok a személyek érték el, akiknek családi szintjük kiegyensúlyozatlan volt, ahogy azt feltételeztem. Emellett, az érett elhárító mechanizmusok eredményeinél látható, hogy a kiegyensúlyozott családi szintű személyek érték el a legtöbb pontszámot (7,18), utána következtek a labilis-kiegyensúlyozott csoport tagjai (6,28 pont), majd átlagosan a legkevesebb pontot (5,71) a kiegyensúlyozatlan családok csoportjának tagjai szereztek.

A tipikus reprezentációban a családi szerkezet minőségének eloszlása eltér a normálistól (Kolmogorov-Smirnov teszt, Sig.=0,00), de ettől eltekintettem a minta nagysága miatt. Az érett és éretlen elhárító mechanizmusok normális eloszlása a 8. hipotézis során már igazolódott. A Levene-teszt szerint az éretlen és az érett elhárító mechanizmusok esetén is teljesül a szóráshomogenitás (Levene-Statistic=1,06; df2=21; Sig.=0,363 és Levene Statistic=3,013; df2=21; Sig.=0,071). Az ANOVA eljárás szerint az éretlen elhárító mechanizmusok tekintetében az eredmény nem szignifikáns, ($F=1,135$; $df=2$; Sig.=0,340), illetve az érett elhárító mechanizmusok próbájánál sem kaptam szignifikáns eredményt ($F=1,808$; $df=2$; Sig.=0,189).

Az eredmények bemutatása után a következő fejezetben értelmezem azokat.

6. Diskusszió

A statisztikai elemzés során nem csak a várt eredményeket kaptam. Ezek a megfigyelések nem általánosíthatók minden esetben, mivel legtöbbször nem érték el a szignifikancia szintjét, mégis magyarázatra szorulnak, illetve értelmezésük újabb összefüggéseket, feltevéseket eredményez.

Az első hipotézis esetén, amikor a családi rugalmasság különböző változóit vizsgáltam, feltételezve, hogy a szabadult szenvedélybetegek csoportjában kisebb lesz ennek mértéke a kontroll csoporthoz képest, nem csak az elvárt eredményeket kaptam. Az értelmezés szempontjából érdemes szétválasztani az első és a második esetet, mert az elsőben a tipikus és ideális helyzet, a másodikban a tipikus és a konfliktusos reprezentáció közötti rugalmasságot figyeltem.

A tipikus és az ideális helyzet közötti rugalmasság mérésénél úgy tűnt, hogy a szabadult szenvedélybetegek csoportjában többször jelent meg a közepes vagy nagy elmozdulás a kontroll csoporthoz képest. Ezek az eredmények azt jelenthetik, hogy az ideális és a tipikus helyzet között nagy különbség van, és a tipikus reprezentációkban messze áll a családi, szülői és testvéri szint a vágyott, ideális helyzettől. Ez az eredmény alátámasztja Hoyer (2010) állítását, miszerint a diszfunkcionális családok esetén a problémák megrekednek, és mivel nem tanultak meg érzéseikkel és gondolataikkal bánni, így nehéz a változtatás is. Úgy gondolom, hogy a szabadult szenvedélybetegek csoport tagjainak van egy határozott, vágyott képük az ideális helyzetről, ami a kirakás szabályai szerint nem kellett olyan szituáció legyen, ami már megtörtént, ezért olyan reprezentációkat adtak a tesztfelvétel során, amelyek nagyban különböznek a mostani, tipikus helyzetektől. Így megmagyarázható, hogy miért volt a nagy és a közepes rugalmasság jellemző a szabadult szenvedélybetegek csoportjára. A kontroll csoport esetén a kis rugalmasság volt a domináns, illetve több helyzetben nem is jelent meg a nagy rugalmasság, amely valószínűleg azt mutatja, hogy a kontroll csoport tipikus és ideális helyzete között nincs olyan nagy különbség, „elérhető” távolságra van a két helyzet.

A tipikus és a konfliktusos helyzetek közötti rugalmasság vizsgálatánál a hipotézist alátámasztó eredményeket tapasztaltam, mivel a szabadult szenvedélybetegek csoportjában inkább a kis elmozdulás volt jelen, míg a kontroll csoportnál ez kisebb arányban fordult elő, illetve a közepes és nagy elmozdulás nagyobb arányban tűnt fel az első csoporthoz képest. Érdemes kiemelni a családi szint eredményeit, ahol a legnagyobb különbség volt megfigyelhető: a szabadult szenvedélybetegek csoportjában szinte másfélszer nagyobb

arányban volt jelen a kis rugalmasság, mint a kontroll csoportnál. Ez az eredmény úgy értelmezhető, hogy a szabadult szenvedélybetegek esetén a mindennapos családi helyzet sokszor konfliktussal és negatív hangulattal telített, ahogy azt Hoyer (2000) is állítja, tehát a tipikus és a konfliktusos helyzet között nincs nagy különbség, akár a tipikus helyzet a konfliktusosát magában foglalja.

A második hipotézis során a hierarchiafordulásokat vizsgáltam. A tipikus helyzetben a szabadult szenvedélybetegek csoportjában többször fordult elő a hierarchiafordulás a kontroll csoporthoz képest, amely megegyezik a szakirodalmi állításokkal (Bowerman és Bahr, 1973; Madanes, 1981, id. Gehring, 2010), mivel a gyermek a családi rendszer szempontjából tűnethordozó, így sokszor nagyobb a hatalma a szülők fölött. A kontroll csoport tagjainál - mivel ők klinikai problémáktól mentes családban élnek - kisebb arányban jelent meg a hierarchiafordulás. A kutatások szerint (Minuchin, 1985; Youniss és Smollar, 1985; Noller és Callan, 1986; Olson, 1986; id. Gehring, 2010) a klinikai problémáktól mentes családoknál a hierarchia nem túl erős, de nem is túl gyenge, így ezekben a családokban nem jelenik meg a hierarchia megfordulása a szülő és a gyermek között. Tehát az elemzés kimutatta, hogy a szabadult szenvedélybetegek csoportjában, a család tipikus reprezentációjában többször fordul elő az az eset, amikor a gyerekek, ebben az esetben a drogfüggőknek van nagyobb hatalma a szülők fölött. Úgy gondolom, hogy ez a tendencia nem csak a drogfüggőség kialakulását segíti, hanem erősen megnehezíti a leszokás folyamatát, valamint az absztinencia megtartását. Ha a drogfüggő a tünetviselkedés „segítségével” megtanulja, hogy hogyan szerezze meg magának a hatalmat, minden esetben vissza tud térni ehhez a megoldáshoz. Így akár egy szülők közötti konfliktus is esélyt ad arra, hogy újra drogot használjon, ezzel a szülők vitájáról elkerül a hangsúly a drogfogyasztás problémájára, és a hatalmat újra a tünetviselkedő, drogfüggő fogja gyakorolni. A magyar és a nemzetközi szakirodalom (Hoyer, Cserne és Tremkó, 1994; Demetrovics, 1998; Demetrovics és Kardos, 2001; Schzwatzman, 1975; Stanton és mtsai, 1978, id. Demetrovics, 2009) is úgy véli, hogy a családi helyzet nem csak a függőség kialakulásban, hanem az absztinencia fenntartásában is jelentős szerepet játszik.

Az ideális reprezentációban mindkét csoportban a hierarchiafordulás hiánya dominált. Ezek az eredmények biztatóak, mivel a szakirodalom szerint (Leigh, 1986, id. Gehring, 2010) a klinikai problémáktól mentes családoknál határozott hierarchia van a szülők és a gyermekek között, tehát a kirakott ideális helyzetekben mindkét csoport tagjainál ezek a vágyak állhattak

fenn. A szabadult szenvedélybetegek csoportjának tagjai átlagosan már 5,2 hónapot töltöttek a rehabilitációs otthonban, ezért úgy gondolom, hogy a terápia hatása is érzékelhető az ideális családi állapotok kirakásában.

A konfliktusos reprezentáció esetén szintén sokatmondó eredményeket tapasztaltam. A szabadult szenvedélybetegek csoportjában sokkal alacsonyabb lett a hierarchiamegfordulás aránya ebben a reprezentációban a tipikus helyzethez képest. Véleményem szerint ennek oka az lehetett, hogy a konfliktusos helyzetben az esetek túlnyomó részében a droggal kapcsolatos vitás szituációkat tették ki a vizsgálati személyek. A legtöbb tesztalany, mivel már a rehabilitációs otthonban gyógyulni próbált, igazat adott szüleinek a konfliktussal kapcsolatban, és úgy gondolom, hogy ennek köszönhető, hogy ebben az esetben nem ruházták fel magukat nagyobb hatalommal szüleikhez képest. Mivel az eredmények nem lettek szignifikánsak, általános következtetéseket nem vonhatok le, de ez a jelenség újabb kérdéseket vethet fel, mivel látható, hogy a szabadult szenvedélybetegek családja a konfliktusos helyzetben kevésbé működik diszfunkcionális módon a hierarchia szempontjából.

A harmadik hipotézis vizsgálatánál a feltételezéssel ellentétes eredmények jöttek ki, mivel a szabadult szenvedélybetegek csoportjánál mind a három családi helyzetben a generációs koalíciók hiánya volt jellemző, pedig a szakirodalom tapasztalata szerint (Haley, 1973; Gehring, 1985, id. Gehring, 2010) a problémás családoknál nagyobb arányban fordul elő a gyerek és az egyik szülő összefogása. Mindkét csoport esetében a konfliktusos reprezentációban jelent meg a legnagyobb arányban a generációs koalíció. Véleményem szerint ez azzal magyarázható, hogy ez a legfeszültebb helyzet a három eset közül, így ezekben a szituációkban a család tagjai állást kell foglaljanak, így erősebben kirajzolódnak a családtagok egymás iránti elköteleződésai.

A hipotézis során azt is megvizsgáltam, hogy a generációs koalíciók között milyen arányban fordult elő az apai illetve az anyai generációs összefogás. A korábbi kutatási eredmények (Hoyer, 2000) szerint elmondható, hogy a szenvedélybetegek családjában az anya és a gyermek között általában érzékelhető az erős, szimbiotikus kapcsolat, és ezzel az állítással megegyező az a kapott eredmény, miszerint vizsgálatomban a szabadult szenvedélybetegek csoportjában csak az anya-gyerek koalíció volt jelen, az apával való összefogás pedig nem, míg a kontroll csoport esetében - habár kis százalékban - előfordult ez az eset is. Schwartzman (1975, id. Demetrovics, 2009) vizsgálata is azon az állásponton van, hogy a

szenvedélybetegek családjában az apa a családtól érzelmileg távol van, ezért könnyen kialakulhat egy erősebb kötődés a fiú és az anya között, ahogyan ez megmutatkozott a vizsgálatom során. Tehát az anya-gyerek koalíció létrejöttét mind az anyai, mind az apai viselkedés befolyásolja.

A negyedik hipotézis esetén a szülők közötti hierarchia különbségét vizsgáltam. Érdekes módon nem volt észlelhető nagy különbség a két vizsgálati csoport között, valamint a szabadult szenvedélybetegek csoportján belül sem fordultak elő nagy eltérések a hierarchiatípusok között, inkább egyenlő mértékben oszlottak el.

A szabadult szenvedélybetegeknél, a tipikus reprezentáció volt az az eset, ahol a legnagyobb arányban jelent meg a szülők közötti magas hierarchia különbség. Schwartzman (1975, id. Demetrovics, 2009) kutatása szerint a drogos családoknál az apa hatalma kisebb az anyáénál mind a „stróman”, mind a „távollevő” apai szerep vállalása esetén is, így ez az eredmény igazolja a szakember állítását.

Az ideális esetben mindkét csoportnál a szülők közötti kis hierarchia különbség állt fenn jelentős mértékben. Ez szintén azzal magyarázható, hogy sok esetben az ideális szituáció kirakása nem a meglévő állapotokat mutatta, hanem a vizsgálati személyek vágyait, amelyek eltérnek a meglévő állapotoktól.

A konfliktusos helyzetben a szabadult szenvedélybetegek csoportján belül a többi hierarchia típushoz képest - ugyan kis különbséggel, de - a gyenge hierarchia különbség volt jellemző, amely nem egyezik meg Schwartzman (1975, id. Demetrovics, 2009) tapasztalataival. A csoportok közötti kis különbségektől eltekintve mégis kiemelhető, hogy a kontroll csoporthoz képest nagyobb arányban fordult elő a szülők közötti magas hierarchia különbség, amelyet hipotézisem szerint feltételeztem. Mivel a konfliktusos helyzetben sokszor hierarchiafordulás történik a drogfüggő gyerek és a szülők között, azzal is magyarázható az itt kapott eredmény, hogy a szabadult szenvedélybetegek a konfliktusos reprezentáció kirakásánál ugyanolyan „gyengének” látták szüleiket, így hasonló hatalommal ruházták fel őket, amely a szülők közötti gyenge hierarchia különbséget eredményezte.

Az ötödik hipotézis esetén azt állítottam, hogy a szabadult szenvedélybetegek csoportjában az ideális szituáció jellege inkább speciális, gyakorisága inkább ritka lesz a kontroll csoporthoz képest. Az állítással megegyező eredmények születtek a szituáció jellegét tekintve. A legtöbb kirakott ideális szituáció speciális volt, tehát inkább a különleges, nem megismétlődő

alkalmakat jelentette. Mivel ezekben a problémás családokban az örömtelenség állandósult (Hoyer, 2000), emiatt kevés olyan rutin helyzetet lehet találni a családi életben, amely a vizsgálati személyek számára ideális. Tehát a mindennapokban nem tudtak megélni ideális viszonyokat és szituációkat, csak ha valamilyen különleges esemény bekövetkezett. A személyes beszámolókból is legtöbbször azt mondták el, hogy soha nem történt ilyen állapot, és „csoda kell történjen”, hogy ilyen viszonyok alakuljanak ki. A kontroll csoport esetében a speciális és rutin szituációk aránya fele-fele arányban megoszlott, így jelentős különbséget adott a két csoport összehasonlítása.

A szituációk gyakoriságát illetően már nem látható ekkora különbség a két csoport között, és érdekes módon mindkét vizsgálati csoportban a ritka ideális helyzetek domináltak. Véleményem szerint ez a jelenség azzal magyarázható, hogy mivel ebben az esetben „szabad kezet” kaptak a vizsgálati személyek, és igazi vágyaikat rakhatták ki, legtöbbször a meg sem történt, vagy csak a nagyon ritkán előforduló eseteket jelenítették meg mind a szabadult szenvedélybetegek csoport tagjai, mind a kontroll csoport résztvevői is.

A hatodik hipotézis egyértelmű eredményeket hozott. Erősen kirajzolódott, hogy a szabadult szenvedélybetegek csoportjában az észlelt családi légkör sokkal rosszabb, mint a kontroll csoportnál. A próba eredménye szignifikáns volt, tehát elmondható, hogy általánosan a szenvedélybetegek családja nem annyira „egészséges”, mint a klinikai problémáktól mentes családok. Buda (1992), Demetrovics (2009) és Howe (1974) is felhívja a figyelmet arra, hogy a drogfüggőség kialakulása erősen összefügg a családi helyzettel, valamint a szakirodalom több negatív viselkedési formát, konfliktust és problémát fedezett fel a szenvedélybetegek családjában (Hoyer, 2000; Hoyer, 2010), így a kutatásom által kapott eredmények alátámasztják ezeket az állításokat.

A hetedik hipotézis tesztelése során szignifikáns eredményt kaptam, amely igazolta feltevésemet. A szabadult szenvedélybetegek csoportjában a negatív érzelmek kifejezése sokkal jellemzőbb, mint a kontroll csoport esetén. A szakirodalommal egybehangzó eredményt kaptam, mivel Foxcroft és Lowe kutatása (1995), valamint Hoyer (2000) és Kállai (1992) szerint is a szenvedélybetegek családjában jellemző a címkézés, állandó vádaskodás, a konfliktusok nyers formája, egymás hibáztatása, valamint a szülők parancsoló viselkedése. A hatodik hipotézis eredményét erősen befolyásolja ez a tényező is, mivel az a családi légkör, ahol ezek a negatív érzelmek folyamatosan kifejeződnek, nehezen válhat a tagok számára kellemessé és biztonságossá. Véleményem szerint a drogaddikció kialakulásában nagy

szerepe van ennek a tényezőnek, mivel a drogfogyasztó nem csak a társadalom negatív címkézéseivel kell foglalkozzon (Albert-Lőrincz, 2004), hanem a saját családtól is adott esetben ugyanezt a hozzáállást tapasztalhatja. Így elmondható, hogy ennél a próbánál is nagyban megmutatkozott, hogy mekkora szerepe van a családnak a drogfüggő sorsának alakulásában.

Nyolcadik hipotézisemben azt feltételeztem, hogy az éretlen elhárító mechanizmusok skáláján a szabadult szenvedélybetegek nagyobb pontszámot érnek el a kontroll csoporttal szemben, míg az érett elhárító mechanizmusoknál az ellenkezőjét vártam. A statisztikai próbák eredményei tendenciaszintűek voltak, az eredmények pedig a hipotézisemet igazolták. Dávid (2002) állítása szerint a szenvedélybetegek terápiája során sokkal több esetben az éretlen elhárító mechanizmusokat lehet megfigyelni, és ezt a tendenciát vizsgálatom is bizonyítja. Ez az eredmény több oldalról is megmagyarázható: a fentiekben már említett fejlődési zavar, amelyet az drogfüggők anyáinak viselkedése tart fenn (Hoyer, 2000), illetve az a megállapítás (Dávid, 2002), amely szerint a drogfüggőség hátterében sokszor borderline vagy nárcisztikus személyiségzavar áll. Véleményem szerint az is lehetséges, hogy amikor a drogfüggő napi rendszerességgel sok feszültséget és támadást kell átéljen, valamint nincsen folyamatosan józan tudatállapotban, egyszerűbb és „fájdalommentesebb”, ha éretlen elhárító mechanizmusokat használ fel az intrapszichés és interperszonális konfliktusokban. Például egyszerűbb lehet a bíráló társadalmat, folyamatosan címkéző családot és a parancsoló szülőket a hasítás módszerével „kezelní”, mint szembenézni véleményükkel.

A teszt során az érett elhárító mechanizmusok skáláján alacsonyabb pontszámot értek el a szabadult szenvedélybetegek, mint a kontroll csoport tagjai, ez az eredmény nyilván következhet abból, hogy inkább az éretlen mechanizmusokat használják gyakrabban. A kontroll csoport várhatóan alacsonyabb pontszámot ért el az éretlen elhárító mechanizmusok skáláján, míg magasabb pontszámmal teljesítettek az érett elhárító mechanizmusok esetében. A különbség ebben az összehasonlításban is nagy volt a két csoport között, amely hipotézisemet alátámasztja.

Ezekhez az eredményekhez tartozik az is, hogy véleményem szerint maga a droghasználat is egy éretlen elhárító mechanizmus, valamilyen problémamegoldási kísérlet. Példaként felhozható a disszociáció mechanizmusa, amelyhez például a 66. tétel tartozott a kérdőívben, amely így szól: *„Előfordult már, hogy egy bizonyos helyen találtam magam, de fogalmam sem volt, hogy hogyan kerültem oda.”* Míg ez a tétel a disszociáció elhárítási mechanizmust

jelöli, a legtöbb vizsgálati személy arra gondolt, hogy valamilyen drog használata miatt kerültek ilyen helyzetbe. A kérdőívek kitöltésénél próbáltam felhívni figyelmüket arra, mit is jelent ez a kifejezés. Mindemellett meg kell jegyeznem, hogy a drog használattal „előidézett” disszociáció szintén elhárítási mechanizmusnak tekinthető, amely az egyik legjellemzőbb énvédő mechanizmusuk a szenvedélybetegeknek.

Az utolsó hipotézis során az eredmények nem voltak szignifikánsak, mégis a 9. diagramon jól látható különbségeket kaptam. A kiegyensúlyozatlan családi helyzettel rendelkezők érték el a legmagasabb pontszámot az éretlen elhárító mechanizmusok skáláján, hipotézisemnek megfelelően. Caplan (1976, id. Komlósi, 1999) megfogalmazza, hogy a család fontos szerepet játszik a problémamegoldásban, mivel nem az egyén helyett oldja meg a gondokat, hanem segíti őt a legjobb erőforrásainak kiválasztásában. Így érthető, hogy a rendezetlen viszonyú családok nem erősítik meg a problémák megoldásában a benne élő egyént. Ugyanakkor felvethető az is, hogy egy zilált, kiegyensúlyozatlan, állandóan feszült helyzetben, nehéz érett megoldásokat találni a konfliktusokra, valamint az egyén pszichológiai fejlődése sem feltétlenül biztosított ilyen körülmények között, így megrekedhet egy olyan fejlődési szinten, ahol az éretlen elhárító mechanizmusok dominálnak.

Bízható eredmény, hogy az érett elhárító mechanizmusok skáláján majdnem szignifikáns szinten, a legmagasabb pontszámot a kiegyensúlyozott családdal rendelkező személyek érték el. Ez az adat is megerősíti hipotézisemet, és bizonyítja, hogy a kiegyensúlyozott, jól működő családok segítik az egyént pszichológiai fejlődésében, és ennek következményeként az egyén képes érett elhárító mechanizmusokat használni.

Az eredmények értelmezése után a következő fejezetben megemlítem a kutatás korlátait, gyenge pontjait, valamint kifejtem, hogy mivel lehetne kiegészíteni, illetve fejleszteni azt a jövőben.

6.1. Korlátok

Mint minden kutatásnál, az én célom is az volt, hogy minél nagyobb mintával tudjam a teszteket felvenni. Mivel a szabadult szenvedélybetegek csoportja speciális mintának tekinthető, nagy szerencsének tartom, hogy 14 embert sikerült elérnem. A minta növelését nehezítette az is, hogy a tesztfelvétel mindenképp egyéni módon történt meg, és minimum 1 óra kellett a kitöltésekre. Ha szorosabban behatároltam volna a vizsgálatban való részvétel feltételét, aszerint, hogy ki mennyi időt töltött el a rehabilitációs otthonban, akkor lehetséges,

hogy pontosabb és differenciáltabb eredményeket kaphattam volna, mivel a személyre szabott terápia hatása, így a családi struktúrák megjelenítése vagy a további tesztek kitöltése különbségeket mutathat aszerint, hogy valaki csak 2 hete gyógyul az otthonban vagy 10 hónapja.

Az adatgyűjtés során sok kérdés és értelmezési dilemma került elő, amelyek szintén a drogfüggők specifikus mintájának különlegességeivel magyarázhatóak.

Érdekes jelenség volt, hogy a vizsgálati személyeknek a legegyszerűbb feladat a drogkarrierről szóló táblázat kitöltése volt. Szinte mindig pontosan fel tudták idézni, hogy melyik évben milyen mennyiségben fogyasztották a különböző szereket. Ez azzal is magyarázható, hogy az otthonba való költözköztetéskor ezeket az adatokat részletesen felveszik velük. Ezenkívül mégis figyelemreméltó, hogy a későbbiekben a családdal kapcsolatos kérdéseknél sokkal bizonytalanabbak voltak, mint a droghasználat témakörében.

A legtöbb nehézség a CSST felvétele közben merült fel. A vizsgálati személyek egy részének sokkal kevesebb emléke, tapasztalata van családjáról, mint más embereknek. A vizsgálati mintában voltak olyanok, akik intézeti nevelésben részesültek, miután biológiai családjuktól valamilyen ok miatt elkerültek. Volt olyan, aki saját családját elhagyta, és drogsként az utcára került. Nagyon sok alany egyszülős családban nevelkedett fel, ahol alig, vagy egyáltalán nem volt kapcsolata egyik szülőjével. Sok olyan esettel is találkoztam, ahol valamelyik szülő vagy családtag már nem élt, de mégis nagy befolyással volt a vizsgálati személy életére. Ezekben az esetekben a megkérdezetteknek nehéz volt elképzelniük, milyen pozícióban is ábrázolhatják az adott családtagot, vagy akár az egész családot.

Módszertani szempontból nehézséget okozott főleg a tipikus reprezentáció kirakása. Több olyan személy is volt, aki már hosszú ideje az otthon lakója, így a személyre szabott terápia során már változott az elképzelése családjáról és a családi viszonyokról. Tehát az a családi reprezentáció, amely a drogozás időszakában élt, valamint a mostani, jóval pozitívabb kép, eltérnek egymástól. Ezekben a helyzetekben arra kértem a vizsgálati személyeket, hogy arra a tipikus helyzetre gondoljanak, amikor még aktív szerhasználók voltak. Így elmondható, hogy a kutatás ezen a módon retrospektív jellegű.

A CSST értékelése közben több módszertani kérdés is felmerült bennem a jelöléssel kapcsolatban. A kézikönyv szerint ahhoz, hogy például a szülői rendszer a kiegyensúlyozott kategóriába essen, a hierarchia mindenképpen közepes mértékű kell legyen. Ezzel szemben,

véleményem szerint egy szülői diád akkor is lehet kiegyensúlyozott, ha a felek hasonló hatalommal bírnak a családban, ebben az esetben viszont a hierarchia gyenge jelölésű lesz, ami miatt nem kerülhetek a kiegyensúlyozott kategóriába. Ugyanilyen kérdéses eset volt számomra, amikor két szülő egy gyermekkel alkot családot, és a kirakásban a két szülő között helyezkedik el a gyerek figurája. A kézikönyv szerint ekkor a szülői alrendszer kohéziója gyenge, mivel nem határosak mezőik. Ezzel szemben úgy vélem, hogy ez a kirakás nem feltétlenül a szülők közötti viszony gyenge minőségéről árulkodik.

Mindemellett meg kell jegyeznem, hogy a CSST hasznos mérőeszköz, amely nem csak a vizsgálat szempontjából volt hatékony, hanem a tesztfelvételek során úgy éreztem, hogy terápiás eszközként is jól alkalmazható lehet. A vizsgálati személyek számára sokkal egyszerűbb volt bábukkal megjeleníteni, „elmesélni” a családi viszonyokat, ahhoz képest, mint amikor csak a szavaikat használhatták a válaszoláshoz.

7. Összegzés

A vizsgálatot érdemes lenne mind a minta elemszámával, mind újabb kérdések felvetésével bővíteni. Számomra érdekes összefüggés volt a kiegyensúlyozatlan családi helyzetek és az éretlen elhárító mechanizmusok viszonya. További vizsgálatokkal fel lehetne mérni, hogy melyik jellemző okozza a másikat, illetve milyen mértékben hatnak egymásra a családtagok működései az elhárító mechanizmusok tekintetében. Emellett a vizsgálatához új szempontokat adna, ha a családdal kapcsolatos rövid kérdésekre adott válaszokat tartalomelemzéssel vizsgálnám, és a kontroll csoporttal összehasonlítanám.

Kutatásom eredményei mindenképp megerősítik azt a szakirodalmi konszenzust, miszerint a drogfüggőket a családi háttérük kontextusában érdemes értelmezni. A családi viszonyok és az otthoni légkör egy mindennapos, a szabadult szenvedélybetegek egész életét végigkísérő tényező, amelynek rendezettnek kell lennie, hogy egy megbízható, akadályok nélküli és szerető közeget tudjon nyújtani.

Vizsgálatommal az elhárító mechanizmusok használatát is feltérképeztem, és következtetésem az, hogy ezekre a pszichés énvédő stratégiákra is nagy hangsúlyt kell fektetni a rehabilitációs kezelések alatt, mivel az absztinencia és az „újrakezdés” időszakában sok stresszel kell megküzdeniük a gyógyulni vágyóknak, és fontos, hogy problémáikat a lehető legérettebben és leghatékonyabban tudják kezelni.

7. Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom konzulensemnek, Reinhardt Melindának, aki munkám során mindvégig segített, új ötleteket és tanácsokat adott, és bármikor fordulhattam hozzá.

Köszönet illeti Victorné Erdős Eszter, a ráckeresztúri rehabilitációs otthon vezetőjét, aki beengedett intézményébe, valamint Centgráf Károlyt, aki a tesztek felvételét segítette lebonyolítani. Emellett hálás vagyok az összes vizsgálati személynek, akik saját életüket, családi hátterüket megosztották velem, segítve munkámat.

Köszönettel tartozom még Gubányi Mónikának, aki a kontroll csoport tagjaival felvette a teszteket, és azokat megosztotta velem.

Irodalomjegyzék

Albert-Lőrincz E. (2004). *Önpusztító lázadás*. Kolozsvár: Scientia Kiadó.

Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) (2013). *Addictions*. URL: <http://www.apa.org/topics/addiction/index.aspx> Letöltés dátuma: 2014. március 7.

Baktai G. (2006). *A Gehring-féle Család-Struktúra-Teszt (CS-S-T)*. In: Bagdy E., Mirnics Zs. (Szerk.). (2006). *Pár- és családi kapcsolatok vizsgálata*. URL: www.webcreator.hu/tankonyv Letöltés dátuma: 2014. március 30.

Bagdy E. (1977). *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.

Bagdy E., Mirnics Zs. (Szerk.). (2006). *Pár- és családi kapcsolatok vizsgálata*. URL: www.webcreator.hu/tankonyv Letöltés dátuma: 2014. március 30.

Bozzay K. (2001). A kábítószer-fogyasztás hatása, veszélyei, tünetei és a sürgősségi helyzetek. In Jávör É. (Szerk.). (2001). *Drogcsapda*. (pp. 120-147). Budapest: Paginarium.

Buda B. (1992). *Az alkoholológia új távlatai: utak az alkoholproblémák megértéséhez, megelőzéséhez és korai kezelésbeviteléhez: válogatott tanulmányok*. Budapest: Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság.

Carver, C. S., Scheier, M. F. (2001). *Személyiségpszichológia*. Budapest: Osiris.

Dávid T. (2002). Az addiktív drogfogyasztás pszichés háttere. In: Kapócs Imre, Maár Márton és Szabadka Péter (Szerk.) (2002) *Ifjú-kór: tanulmányok az ifjúságról, pedagógiai módszerekről, az ifjúságot fenyegető veszélyekről, drogfogyasztásról, kezelési lehetőségekről, a segítőkről*. (pp. 47-61). Budapest: Okker.

Demetrovics Zs. (2007). Az addiktológia alapfogalmai. In Demetrovics Zs. (Szerk.). (2007). *Az addiktológia alapjai I*. (pp. 27-47). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Demetrovics Zs. (2009) A droghasználat családi háttere. In Demetrovics Zs. (Szerk.). (2009). *Az addiktológia alapjai III*. (pp. 130-149). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Drogambulancia. URL: <http://www.drogambulancia.hu/drol.htm> Letöltés dátuma: 2014. március 7.

Foxcroft, D.R.; Lowe, G. (1995). Adolescent drinking, smoking and other substance use involvement: Links with perceived family process. *J. Adolesc*, 18, 159–177.

Fürst Zs. (2001). Definíciók, fogalmak. In Fürst Zs., Wenger T. (Szerk.). (2001). *A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai*. (pp. 11-18). Budapest: IM.

Gehring, T. M. (2010). *FAST. Family System Test*. Budapest: OS Hungary Tesztfejlesztő.

Gehring, T. M., Wyler, I. L. (1986). Family-system-test (FAST): A three dimensional approach to investigate family relationships. *Child Psychiatry and Human Development*, 16 (4), 235-248.

Gerevich J. (Szerk.). (1997). *Közösségi mentálhigiéné*. (pp. 13-35). Budapest: Animula.

Gerevich J. (2000). Az addiktológia spektruma. In Németh Attila és Gerevich József (Szerk.). (2000). *Addikciók*. (pp. 9-19). Budapest: Medicina.

Hermányi G. (2005). *Megküzdés és elhárítás viszonya cukorbetegyeknél*. Szakdolgozat. Budapest: ELTE PPK.

Howe, B. (1974). Family Therapy and the Treatment of Drug Abuse Problems. *The Journal of the Family Therapy Inst. of Marin*, 1, 89-98.

Hoyer M. (2000). A droghasználó és a család. In Rácz J. (Szerk.). (2000). *A drogkérdésről – őszintén*. (pp. 92-126). Budapest: B+V Lap és Könyvkiadó.

Hoyer M. (2010). *Sóvárgás és szenvedés: az addiktív keresés mélylélektani megközelítése*. Budapest: L'Harmattan.

Kállai T. (1992). A drog és a család. In Gerevich J., Veér A. (Szerk.). (1992). *A kábítószer kihívása*. (pp. 58-75). Budapest: Gondolat Könyvkiadó.

Komáromi É. (2000). A droghasználat kialakulásának okai. In Rácz J. (Szerk.). (2000). *A drogkérdésről – őszintén*. (pp. 50-66). Budapest: B+V Lap és Könyvkiadó.

Komlósi A., Rózsa S. (2001). Elhárítás, megküzdés, depresszió. In Pléh Cs., László J., Oláh A. (Szerk.). (2001). *Tanulás, kezdeményezés, alkotás*. (pp. 337-351). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

- Komlósi P. (1997). A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In Gerevich J. (Szerk.). (1997). *Közösségi mentálhigiéné*. (pp. 13-35). Budapest: Animula.
- Komlósi P. (1999). A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In Berényi A. (Szerk.). (1999). *Családgondozás és iskola. Szöveggyűjtemény*. Debrecen: Kossuth Egyetemi Kiadó.
- Kulcsár Zs. (1996). *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók*. Budapest: Akadémia Kiadó.
- Loke, A. J., Mak, Y. (2013). Family Process and Peer Influences on Substance Use by Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 3868-3885.
- Mérei F. (1989). *A pszichológiai labirintus*. Budapest: Pszichoteam.
- Nagy J. (2001). A kábítószer fajtái, megjelenési formái. In Jávor É. (Szerk.) (2001). *Drogcsapda*. (pp. 198-225). Budapest: Paginarium.
- Oatley, K., Jenkins, J. (2001). *Érzelmek*. Budapest: Osiris.
- Oláh A. (2004). Megküzdés és pszichológiai immunitás. In Pléh Cs. (Szerk.) (2004). *Bevezetés a pszichológiába: Olvasmányok és feladatok a lélektan alapkérdéseinek tanulmányozásához*. (pp. 631-663) Budapest: Osiris.
- Oláh A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény: Belső világunk megismerésének módszerei*. Budapest: Treffort Kiadó.
- Rácz J. (1995). *Addiktológiai szöveggyűjtemény az addiktológiai konzultáns képzésben résztvevők számára*. Budapest: HIETE.
- Rácz J. (2000). A drogok: hatások és tünetek. In Rácz J. (Szerk.). (2000). *A drogtól – ösztön*. (pp. 13-43). Budapest: B+V Lap és Könyvkiadó.
- Reinhardt M. (2014). *Mentális egészség és tünetképzés összefüggései a családi működéssel serdülőknél*. Doktori (PhD) disszertáció. Budapest: ELTE PPK.
- Sárváry A. (2011). *Egyén a családban – A családpszichológia alapjai*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó.

Steiner, H., Araujo, K. B. & Koopman C. (2001). The Response Evaluation Measure (REM-71): A New Instrument for the Measurement of Defenses in Adults and Adolescents. *Am J Psychiatry*, 158, 467-473.

Tiffin, P. A., Kaplan, C. & Place, M. (2011). Brief report: Development of the family perceptions scale; a novel instrument for evaluating subjective functioning in the families of adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 593-597.

Vaillant, G. E. (1971). Az adaptív ego-mechanizmusok elméleti hierarchiája. Glossárium. In: *Arch. Gen. Psychiat. Vol. 24.* (Kéziratos fordítás)

Mellékletek**1. melléklet Írásbeli engedélyezés****Befogadó nyilatkozat**

Alulírott Victorné Erdős Eszter, a MRE Kallódó Ifúságot Mentő Misszió Drogterápiás Otthona intézményvezetője hozzájárulok ahhoz, hogy Illés Bora, a Károli Gáspár Református Egyetem harmadéves pszichológia szakos hallgatója intézményünkben a BA szakdolgozatához szükséges vizsgálatokat az Intézmény szakmai felügyelete mellett elvégezze.

2013.11.06.
dátum



Victorné Erdős Eszter
intézményvezető aláírása

2. melléklet

Jelige:

Születési dátum (év, hó):

Lakóhely:

- főváros
- nagyváros
- kisváros
- falu
- tanya

Legmagasabb iskolai végzettség (húzza alá):

- 8 osztály vagy kevesebb
- középiskola
- gimnázium
- főiskola, egyetem

Hány hónapja az otthon lakója?

Milyen a közérzete?

Hogyan érzi magát az otthonban?

Vett-e már részt más intézményben ambuláns, kórházi vagy rehabilitációs kezelésben? Ha igen, mikor és miért?

Hogyan látja most magát? Vannak tervei a jövővel kapcsolatban? Ha igen, milyenek?

2. melléklet: Drogfogyasztásról szóló táblázat

Kérem, az alábbi jelölési rendszer segítségével töltsse ki a drogfogyasztásról szóló táblázatot!

1: egyetlen alkalommal 2: 2-4 alkalommal 3: 5-10 alkalommal 4: 11-20 alkalommal 5: 21-40 alkalommal 6: kb. hetente 7: hetente többször 8: naponta, vagy majdnem mindennap

F: folyamatosan oszlik el az év során P: periodikusan (jelölni, hogy mennyi időt ölelt fel a használati periódus) IV%: intravénás használat (jelölni, hogy a használat hány százalékában)

[illegible]

2008												
2009												
2010												
2011												
2012												
2013												

3. melléklet: Családészlelés Skála

CSALÁDÉSZLELÉS SKÁLA

Ez a kérdőív azt vizsgálja, hogy ebben a pillanatban hogyan látod a családot. A kitöltése kb. 5-10 percet vesz igénybe. Kérjük, MINDEN kérdésre válaszolj, még akkor is, ha nem vagy mindig teljesen biztos a válaszban. Az összes kérdés esetén jelöld be, hogy mit gondolsz arról, az adott állítás mennyire jellemzi a családot: „majdnem mindig”, „általában”, „néha”, „nagyon-nagyon ritkán”. Miközben válaszolsz, **próbálj meg az egész családdra gondolni**, ne pedig egyenként a családtagokra. Például, ha a 24-es kérdésnél („A családtagok szemtől szemben megmondják egymásnak, amit mondani akarnak.”) úgy érzed, hogy az a családtagok többségére igaz, akkor az „általában” választ érdemes bekarikáznod. Ha mindenre igaz a családból ez az állítás, akkor a „majdnem mindig” választ jelöld be.

Ha több családod van (pl. mert a szüleid elváltak), kérjük, a válaszadásnál arra a családra gondolj, amelyikben a legtöbb időt töltöd.

Ne gondolkodj túl sokat egy-egy kérdésen!

A családban:

1. A családtagok szakítanak időt egymásra.				
↑ majdnem mindig	↑ általában	↑ néha	↑ nagyon-nagyon ritkán	
2. Mindenkinnek megvan a saját megszokott lefekvési ideje, és igyekezünk ehhez igazodni.				
↑ majdnem mindig	↑ általában	↑ néha	↑ nagyon-nagyon ritkán	
3. Megfontoltan költjük el a pénzt.				
↑ majdnem mindig	↑ általában	↑ néha	↑ nagyon-nagyon ritkán	
4. Felemeljük a hangunkat.				
↑ majdnem mindig	↑ általában	↑ néha	↑ nagyon-nagyon ritkán	
5. Ragaszkodunk az étkezési idővel kapcsolatos szokásainkhoz.				
↑ majdnem mindig	↑ általában	↑ néha	↑ nagyon-nagyon ritkán	
6. Mindenkinnek vannak saját ház körüli feladatai.				
↑ majdnem mindig	↑ általában	↑ néha	↑ nagyon-nagyon ritkán	
7. A gondokat, aggodalmakat figyelmesen meghallgatjuk.				
↑ majdnem mindig	↑ általában	↑ néha	↑ nagyon-nagyon ritkán	

8. Jól megbirkózunk a váratlan eseményekkel.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
9. Kritizáljuk egymást.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
10. Ha valaki megszeg egy szabályt, azzal foglalkozunk.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
11. Nehéz megérteni egymás viselkedését.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
12. Törődünk egymással.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
13. A vitákat igazságosan rendezzük.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
14. Arra bátorítjuk egymást, hogy egészséges életet éljünk.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
15. A beszélgetések hamar hevessé válnak.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
16. Kisegítjük egymást az egyes munkáknál.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
17. A vitákat gyorsan rendezzük.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
18. A családtagok őszinte, egyenes módon beszélnek egymással.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
19. A viselkedéssel kapcsolatos elvárások magasak.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
20. Mondunk sértő dolgokat.				
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán	
21. Ha eltervezünk valamit, azt meg is valósítjuk.				

↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán
22. Nehéz a családtagoknak saját szabad teret találniuk.			
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán
23. Egyenlően osztjuk el a feladatokat.			
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán
24. A családtagok szemtől szemben megmondják egymásnak, amit mondani akarnak.			
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán
25. Mindenkinnek szava van, amikor fontos döntést hozunk.			
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán
26. Értjük, hogy miért vannak bizonyos szabályaink.			
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán
27. Van olyan, akihez fordulhatunk, ha nyugtalanít/felzaklat valami.			
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán
28. Családként jók vagyunk a problémák megoldásában.			
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán
29. Mindenkit az önálló döntéshozatalra bátorítunk.			
↑majdnem mindig	↑általában	↑néha	↑nagyon-nagyon ritkán

Felnőtt instrukció:

A következő kérdőív azt vizsgálja, hogy Ön ebben a pillanatban hogyan látja a családját.

Kérjük, MINDEN kérdésre válaszoljon, még akkor is, ha nem mindig teljesen biztos a válaszbán. Az összes kérdés esetén jelölje be, hogy mit gondol arról, az adott állítás mennyire jellemzi a családját: „majdnem mindig”, „általában”, „néha”, „nagyon-nagyon ritkán”. Miközben válaszol, **próbáljon meg az egész (együtt élő) családra gondolni**, ne pedig egyenként a családtagokra. Például, ha a 24-es kérdésnél („A családtagok szemtől szemben megmondják egymásnak, amit mondani akarnak.”) úgy érzi, hogy az a családtagok többségére igaz, akkor az „általában” választ érdemes bekarikáznia. Ha mindenkire igaz a családjából ez az állítás, akkor a „majdnem mindig” választ jelölje be.

4. melléklet REM-71 Kérdőív

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat, majd ítélje meg, hogy az elmúlt hónapokat figyelembe véve mennyire jellemzőek Önre. Válaszaikat 9 fokú skálán jelölheti, az alábbiak szerint:

Egyáltalán nem

Nem tudom

Teljesen

érték egyet

eldönteni

egyérték

1

2

3

4

5

6

7

8

9

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Általában segít, ha a családon belüli nézeteltéréseinket megbeszéljük egymással	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Rendszerint használom a fejemet, és nem az első indíttatásra cselekszem	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Ha stresszes állapotba kerülök, könnyen megbetegszem	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Szívesen segítek másoknak, nem számít, ha ez plusz erőfeszítésbe kerül	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	Nem akarok dicsekedni, de rendszerint egyedül én tudom, hogyan kell csinálni a dolgokat	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	Amikor kiborulok, igyekszem arra gondolni, hogy tulajdonképpen minden rendben van.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	Könnyen nevetek saját magamon	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	Ha valaki nem tisztességes velem, nagyon valószínű, hogy nem teszem meg neki azt, amit pedig korábban megígértem	1	2	3	4	5	6	7	8	9

9	Gyakran akkor is ingerült vagyok az emberekkel, ha valójában esetleg nem is adtak okot rá	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Amikor valami miatt kiborulok, jobban szeretek magamban lenni	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	Ha nem szeretek valakit, nagyon igyekszem, hogy ne legyek mérges rá	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	Ismerek egy nagyszerű embert, akinek a tanácsaiban mindig megbízhatok.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	Amint túljutottam egy igazán nehéz helyzeten, szívesen írok történeteket vagy verseket	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	Előfordult, hogy hosszabb időre elvesztettem a hangomat, vagy a látásomat, vagy a hallásomat, és az orvosok nem találták az okát.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	Gyakran érzem úgy, hogy a körülöttem zajló dolgok valójában nem is velem történnek	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16	A legrosszabb dolog is, ami velem megesik, mulatságos történetté lesz majd valamikor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17	Gyakran nagyon kedvesen viselkedem olyankor, amikor valójában nagyon elkeseredett vagyok	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18	A legtöbb ember, akiket ismerek, nem méltányolja, hogy mennyire tehetséges és nagyszerű vagyok	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19	Gyakran előfordul, hogy elvállalok egy feladatot, de azután valahogy mégsem végzem el.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20	Az emberek azt mondják, hogy nem mutatom ki a valódi érzelmeimet	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21	Előfordul, hogy nehezemre esik a járás, vagy a kezeim használata, de az orvosok nem tudják az okát.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

22	Nagyon fontos nekem, hogy másoknak segíthessek	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23	Ha bizonyos dolgokat pontosan úgy végzek el, ahogy azt kell, akkor ezzel kivédem, hogy valami rossz dolog történjen	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24	Olyan személyek előtt, akik hatalmi pozícióban vannak, nem mutatom ki a haragomat, de mindenki más jobb, ha kitér az utamból!	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25	Megfájdul a fejem, ha valami olyasmit kell megtennem, amit nem szeretek.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26	Ismerek egy csodálatos személyt, aki tökéletesen megért engem és soha nem bántana.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27	Gyakran előfordul, hogy engem nem zavarnak olyan dolgok, ami másoknak aggodalmat keltő, vagy ijesztő.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28	Általában segíteni próbálok az embereknek, amikor problémáik vannak.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29	Néha érzéketlenné válik valamelyik testrészem, és senki nem tudja megmagyarázni miért.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30	Amikor rosszul mennek a dolgok, én akkor is képes vagyok rá, hogy a helyzet komikus oldalát lássam.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31	Előfordul, hogy az emberek azt hiszik, hogy ki vagyok borulva, amikor én tudom, hogy nem vagyok.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32	Mindenki ellenem van.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33	Gyakran előbb cselekszem, és csak utána gondolkodom.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34	A problémákat azáltal tudom kezelni, hogy nyugodt maradok	1	2	3	4	5	6	7	8	9

35	Van néhány olyan TV műsor, amelyekbe szívesen beleképzelem magam szereplőként.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36	Néhány ember eleinte igazán kedvesen viselkedik, de később kiderül, hogy micsoda idióták.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37	Előfordul, hogy amikor valami erős érzelmet kellene átélnem, nem érzek semmit.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38	Gyakran méltatlanul bánnak velem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39	A viták során nem borulok ki, mert logikai szempontból nézem a dolgokat.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40	Amikor a dolgok igazán feszültté válnak, megnyugtatom magam, hogy nincs nagy baj.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41	Amikor dühös vagyok vagy félek, bizonyos gondolatokat vagy szavakat ismételvek magamban.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42	Az embereknek ugyanolyannak kellene maradniuk ahelyett, hogy az egyik nap kedvesek, másnap meg éppen ellenkezőleg viselkednek.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43	Szerintem nagyon fontos, hogy segítsünk azokon, akiknek gondjaik vannak	1	2	3	4	5	6	7	8	9
44	Ha valami bajom van, valami alkotó-tevékenységgel próbálom elfoglalni magam.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45	Általában a teljes igazságot szoktam mondani. (teljesen igazat)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
46	Ismerek valakit, aki olyan bölcs és olyan képességei vannak, hogy minden problémát meg tud oldani.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
47	Gondolkodás és logika révén próbálom megérteni az									

	embereket, nem az érzéseim alapján.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
48	Ha valakit nem szeretek, különlegesen kedves vagyok vele	1	2	3	4	5	6	7	8	9
49	Amikor stressz-helyzetben vagyok, gyakran csak bambulok magam elé.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
50	Amikor elkeseredett vagy dühös vagyok, sokszor gondolkodás nélkül cselekszem	1	2	3	4	5	6	7	8	9
51	Általában képes vagyok rá, hogy a problémáimnak egy mulatságos oldalát lássam	1	2	3	4	5	6	7	8	9
52	Ha vitába keveredem, igyekszem világosan gondolkodni, és nem kiborulni	1	2	3	4	5	6	7	8	9
53	Szeretek olyan zenét hallgatni, ami illik a hangulatomhoz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
54	Amikor elkeseredett vagyok, legszívesebben egyedül maradok, és nem beszélek senkivel	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55	Gyakran annyira elragadnak az érzelmeim, hogy a barátaimnak kell lecsillapítaniuk	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56	Gyakran különös dolgokat teszek, hogy szerencsét hozzanak nekem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57	Ha arra van szükség, félre tudom tenni a problémáimat későbbre, amikor már ráérek velük foglalkozni	1	2	3	4	5	6	7	8	9
58	Úgy érzem, valaki rám vadászik	1	2	3	4	5	6	7	8	9
59	A szerepjáték nagyon jó alkalom arra, hogy valaki másnak képzeljem magam	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60	Ha valaki zavar, elmondom neki, hogyan érzek vele									

	kapcsolatban	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61	Ha valaki, akit én kedvelek, cserbenhagy, nem tudok benne újra megbízni.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
62	Ha lenne rá esélyem, sokkal jobb munkát tudnék végezni, mint a körülöttem élők többsége.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63	Ha nem tudok valamilyen feladat elől kitérni, általában lassan végzem el	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64	A problémákat mindaddig kiűzöm a gondolataimból, amíg ténylegesen tudok velük foglalkozni	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65	Ha valaki felidegesít, elképzelhető, hogy valamilyen holmiját összetöröm	1	2	3	4	5	6	7	8	9
66	Előfordult már, hogy egy bizonyos helyen találtam magam, de fogalmam sem volt, hogy hogyan kerültem oda.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
67	Szeretem elképzelni, hogy az életem teljesen másmilyen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68	Ha valaki zavar engem, megbeszélésem vele a dolgot, és a helyzet megoldódik	1	2	3	4	5	6	7	8	9
69	Ha szomorú vagyok, általában megtalálom a módját, hogy egyedül legyek	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70	Ha feszült vagyok, fájni kezd a gyomrom	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71	Többnyire élvezettel végzem a napi teendőimet	1	2	3	4	5	6	7	8	9