

A BAS személyiségjegyek szerepe a szerhasználati zavarokban

Szénásy Bálint

Pécsi Tudományegyetem

Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar

Pszichológia Intézet

Témavezető: Dr. habil. Láng András PhD

2023

Absztrakt

Jeffrey Gray (1993) Megerősítésre való érzékenység elmélete szerint a Viselkedéses Aktiváló Rendszer (BAS) jelentős szerepet tölt be a szerhasználathoz való hozzáállásban és a későbbi szerhasználati zavarok kialakulásában. Jelen kutatás igyekszik bővíteni az ismereteinket a BAS személyiségjegyek szerepéről a szerfogyasztással kapcsolatban. A korábbi kutatásokkal összhangban azt feltételezem, hogy azon személyeknél, akik összetett, újszerű és intenzív élményeket és tapasztalatokat keresnek (BAS Szórakozáskeresőként operacionalizálva), gyakrabban jelentkeznek szerhasználattal kapcsolatos zavarok, mint azon személyeknél, akik ezeket a személyiségjegyeket nem hordozzák magukban (H1). Továbbá úgy vélem, hogy azon személyek, akik a jutalom jelenlétekor vagy annak feltételezésekor intenzívebb pozitív választ adnak (BAS Jutalomra Való Válaszkészségként operacionalizálva), erősebb boldogságérzetet fognak érezni a szerek elfogyasztásakor, mint azon személyek, akiknek ezen skálaérzékenysége alacsonyabb (H2). Összesen 76 személy vett részt a kutatásban, melynek adatfelvétele online kérdőíves formában történt. A kutatás eredményei összhangban voltak a korábbi kutatások eredményeivel, miszerint a vizsgálatban résztvevő szerhasználók között szignifikánsan magasabb a BAS-Szórakozáskereső skálájának érzékenység, mint az absztinens kontrollcsoporton belül, ezzel részben genetikailag determinálva az egyén függőségre való hajlamát. Továbbá megállapításra került, hogy nincs kapcsolat a BAS-Jutalomra Való Válaszkészség érzékenysége és a szerhasználat közben megélt boldogságérzet mértéke között.

Tartalom

Szakirodalmi áttekintés	3
A Megerősítésre Való Érzékenység elmélet (RST).....	6
Az RST-hez kapcsolódó további releváns kutatások	7
A Szabályozási Fókuszelmélet és az RST lehetséges kapcsolata.....	10
A kutatás célja és hipotézisek	12
Módszertan	13
A minta és a mintavételi eljárás.....	13
Eszközök és mérések	14
<i>BIS – BAS Skála</i>	15
<i>IGDT-20</i>	15
<i>DUDIT-E</i>	16
Eredmények	17
Első hipotézis.....	17
Második hipotézis.....	17
Nem várt eredmények.....	18
Megvitatás	21
A vizsgálat eredményei	21
Lehetséges felhasználási területek.....	22
Lehetséges jövőbeli kutatások	23
Limitációk.....	23
Irodalom	25
I. Melléklet. Módosított IGDT-20 kérdőív	29
II. Melléklet. Módosított DUDIT-E kérdőív	31

Szakirodalmi áttekintés

Felgyorsult világunkban egyre inkább hozzászoktunk a mindennapi életben az azonnali eredményekhez, azonnali kielégülésekhez és örömhöz. Ennek közvetett hatása lehet a folyamatosan emelkedő kábítószerfüggőség, a droghasználat, mint instant örömforrások halmozása. Mindazok ellenére, hogy a legtöbb ország különböző hatásfokú drogstratégiákat alkalmaz, általános tendencia a nyugati kultúrákban a növekvő szerhasználat és ezzel párhuzamosan a szerhasználati zavarok kialakulása. A szerfogyasztás az epidemiológiai kutatások egyik fő témája, valamint járvány és egészségügyi szempontból is rendkívül releváns. Komorbiditás tekintetében már korábban megállapították, hogy különböző pszichopatológiák egyaránt lehetnek okozói vagy következményei a tartós szerhasználatnak (Demetrovics, 2013), valamint az elmúlt évtizedekben számos személyes és szocio-kulturális tényezőt azonosítottak, amelyek szerepet játszhatnak a függőség kialakulásában.

Mindenkinek van a fejében egy kép arról, hogy kit tekinthetünk függőnek, azonban annak érdekében, hogy egy pontos leírást kapjunk arról, hogy mikor beszélünk valódi problémáról, a DSM-V kritériumrendszerét hoztam segítségül (American Psychiatric Association [APA], 2013). Azon farmakológiai mechanizmusok, amelyek a szerek véráramba kerülését követően történnek alapvetően eltérőek, azonban közös tulajdonságuk, hogy a bevitt kábítószer az agy jutalmazó központját aktiválja. A kábítószer fogyasztása olyan intenzív aktivációs választ vált ki az agy jutalmazási útvonalaiban, amelyhez képest az adaptív viselkedési formákkal elért aktiváció elenyésző. Ez az inger agyunk számára fontos szerepet játszik a későbbiekben a viselkedés megerősítésében, valamint az élménnyel kapcsolatos pozitív emlékek kialakulásában. Azonban a rekreációs célú szerfogyasztás nem minden esetben végződik függőséggel. Ismerjük azokat a rizikófaktorokat, amelyek szerepet játszhatnak a függőségek kialakulásában. A leggyakoribb kiváltó okok közé soroljuk a genetikai faktorokat (Schuckit et al., 2004), demográfiai tényezőket (Kerr et al., 2004), a szociális környezetet (Hussong, 2003), valamilyen pszichopatológia jelenlétét (Valentiner et al., 2004), és számos, a személyiségben jelentkező különbséget. Az ilyen egyéni, a személyiségben jelentkező különbségek lehetnek a neuroticizmus (Ruiz et al., 2003), impulzivitás (Soloff et al., 2000), élménykeresés (Martin et al., 2002) és a jutalomkeresés (Masse & Tremblay, 1997). Ezenkívül az alacsonyabb szintű önkontrollal rendelkező egyének különösen hajlamosak lehetnek szerhasználati zavarok kialakulására (APA, 2013).

A szerekekkel kapcsolatos zavarokat vagy rendellenességeket két csoportra oszthatjuk. Az egyik csoport a szerekek által indukált rendellenességek, amelyek tulajdonképpen olyan pszichiátriai kórképeket vagy patológiás állapotokat jelölnek, mint a pszichotikus zavarok, bipoláris zavar, depresszív zavar, szorongásos zavarok, OCD, szexuális és alvási zavarok stb. A másik csoport, amely dolgozatomban egyik fő szálát képezi, a szerhasználati zavarok. A szerhasználati zavar nem kialakult patológiákat jelent, sokkal inkább a szerfogyasztó egyén viselkedésében, személyiségében, kognitív képességeiben lezajlott változásokat jelöli. A szerfüggőség jellemzője, hogy erős a vágy a szer fogyasztására, az egyén a fogyasztás kontrollálásával kapcsolatban nehézségekbe ütközik, a káros következmények ellenére is folytatja a szerfogyasztást, valamint a szerfogyasztást előnyben részesíti más aktivitásokkal szemben. Egy szerfüggő esetében a sóvárgás és a kontrollvesztés egyre inkább eluralkodik az egyénen, a motivációi egyre inkább a szer megszerzése és elfogyasztása köré csoportosulnak, így a számára korábban fontos szociális, foglalkozásbéli vagy szabadidős tevékenységek a háttérbe szorulnak (APA, 2013). A DSM-V 11 kritériumot állít fel a diagnózis során. Ezek a kritériumok a következők: (1) A személy az tervezettnél nagyobb mennyiségű szert fogyaszt, a tervezettnél hosszabb ideig; (2) a szerhasználat csökkentésére vonatkozóan sikertelen kísérleteket tesz; (3) a fogyasztásra és ahhoz kapcsolódó tevékenységekre jelentős mennyiségű időt fordít; (4) a szerfogyasztás utáni erős sóvárgás jellemzi; (5) megvonási tünetek kialakulása; (6) több szer szükséges a kívánt hatás eléréséhez; (7) nem teljesíti főbb, hétköznapi szerepeihez kötődő kötelezettségeit; (8) a szerfogyasztást a nyilvánvaló interperszonális problémák ellenére fenntartja; (9) a szerfogyasztást a nyilvánvaló testi és lelki problémák ellenére fenntartja; (10) korábbi tevékenységeit feladja, hanyagolja a szer miatt, illetve; (11) olyan szituációk közbeni fogyasztás, amelyek kockázatosak vagy veszélyesek lehetnek a fogyasztóra nézve (APA, 2013).

Számos elmélet született, amelyek igyekeznek megmagyarázni a szerfüggőségek kialakulását, azonban a személyiségelméletek közül Jeffrey Gray kétdimenziós elméletének különösen fontos szerepe lehet a kérdés megválaszolásában. Gray (1993) biológiai alapú személyiségmodellje összefoglalja, hogy a neurobiológiai folyamatok érzékenysége hogyan hajlamosítja az egyéneket pszichopatológiai rendellenességek, például függőségek vagy szerhasználati zavarok kialakulására. Gray Megerősítésre Való Érzékenység elmélete (Reinforcement Sensitivity Theory, [RST]) azon alapszik, hogy két fő agyi struktúra kontrollálja az érzelmeinket és a viselkedésünket. Ez a két fő rendszer az appetitív vagy más néven Viselkedéses Aktiváló Rendszer (Behavioral Activation System, [BAS]) és az averzív

vagy más néven Viselkedéses Gátló Rendszer (Behavioral Inhibition System, [BIS]). A BIS rendszer a büntetéshez vagy a jutalom megszüntetéséhez kapcsolódó kondicionált ingerekre reagál és viselkedésbeli gátlást eredményez. Mindeközben a BAS rendszer a jutalomra vagy a büntetés megszüntetésével kapcsolatos ingerekre reagál és viselkedésbeli aktivitást eredményez. Így tehát az RST rendszer azon a feltételezésen alapul, hogy a személyiségjegyek egyéni különbségei tükrözik a BIS és BAS rendszerek érzékenységeinek változását (Smillie et al., 2006).

A Megerősítésre Való Érzékenység elmélet (RST)

A jutalom elnyerése vagy a büntetés elkerülése olyan alapvető belső motivációk, amelyek jelentősen befolyásolják az emberi viselkedést. Jeffrey Gray a Megerősítésre Való Érzékenység elmélet megalkotásakor azt feltételezte, hogy három idegrendszeri szerveződés felelős ezen motivációk szabályozásáért. Gray (1993) úgy vélte, hogy a Viselkedéses Gátló rendszer, a Viselkedéses Aktiváló rendszer, valamint a Harcolj-Menekülj rendszer (Fight or Flight System, [FFS]) képezi a rendszer neurobiológiai alapjait (Smillie et al., 2006). Később Gray elmélete némi átdolgozásra került McNaughton és Corr által (Gray & McNaughton, 2000, McNaughton & Corr, 2004). Ezen revideált elmélet lett napjaink egyik kiemelkedő biológiai alapú személyiségmodellje. Az átdolgozott elmélet szerint három egymással interakcióban álló neurobiológiai rendszer határozza meg a megerősítésre való ingerekre való érzékenységet, ezzel közvetett módon szabályozva az érzelmek keletkezését, a kognitív folyamatokat, valamint a viselkedést (Smillie et al., 2006).

Az revideált elméletben Corr és McNaughton (2004) a BIS rendszert jelentősen átdolgozva, két jól elkülönülő egységre osztotta. Az egyik egység az Fight-Flight-Freezing (FFFS), vagy más néven Harcolj-Menekülj-Lefagyj rendszer, amely egy negatív visszacsatolási rendszer, tehát a vágyott állapot és a közvetlen veszély közötti eltérés csökkentésére szolgál. Az FFFS rendszer az averzív ingerekre érzékeny, ebből kifolyólag az FFFS rendszer aktivációja az adott helyzetből való szabadulás vágyával, valamint a félelemnek megfelelő érzelmi állapottal társul. Ez viselkedéses szinten elsősorban menekülésben jelenik meg, azonban pszichopatológiás esetekben megnyilvánulhat pánik vagy fóbia formájában is (Smillie et al., 2006). A másik egység, a már korábban is használt BIS rendszer, amely a céleléréssel kapcsolatos problémák vagy konfliktusok feloldásáért felelős. Például, ha BAS-BAS közötti konfliktusról beszélünk, és két azonos, pozitív valenciájú, azonban egymással összeférhetetlen cél egyszerre jelenik meg, akkor a BIS rendszer

aktiválódik. Szintén a BIS rendszer aktiválódik akkor, ha ugyanabban az esetben egyszerre van jelen jutalmazó és büntető inger. Ebből következik, hogy a BIS rendszer felelős az egymással interakcióban álló rendszerek közötti konfliktusok feloldásáért. A BIS rendszer tehát növeli az averzív inger negatív valenciáját egészen addig a pontig, amíg el nem köteleződünk az elkerülés vagy a megközelítés mellett, így voltaképpen a BIS rendszer az FFFS rendszer számára hoz létre adekvát inputot (Smillie et al., 2006). A BIS tehát egyfajta reaktív kontrollfunkciót tölt be, amely a személyiségben aggodalomra való hajlamként manifesztálódik és azt eredményezi, hogy a személy folyamatosan monitorozza környezetét potenciális veszélyforrások után kutatva, amely pszichopatológias esetekben generalizált szorongássá nőheti ki magát (Smillie et al., 2006).

A BAS rendszer az eredeti modellhez hasonlóan, az abban leírtak alapján működik, tehát a jutalomra és a büntetés alól felszabadító ingerekre érzékeny, így aktiválva a jutalomkereső viselkedést. Ezen viselkedés a szubjektív élményvilágban lelkesedésként jelenik meg, az örömnak megfelelő állapotot idézve elő, így hívja életre a jutalom iránti erős érzést, még abban az esetben is, ha az adott szituáció kockázatokat, fenyegetést hordoz magában. A BIS-sel szemben három BAS skálát különböztetünk meg, amelyek a jutalmazó rendszer más-más aspektusaira érzékenyek: (1) *Szórakozáskereső skála (Fun Seeking)* – amely a potenciálisan jutalmazó helyzetek adott pillanat hatása alatti, azonnali megerősítést foglalja magába, a (2) *Hajtóerő skála (Drive)* – A vágyott cél irányába mutató folyamatosan kitartó törekvést jeleníti meg, és a (3) *Jutalomra való válaszkészség skála (Reward Responsiveness)* – amely a jutalom jelenlétekor vagy annak feltételezésekor megjelenő pozitív válaszokat foglalja magába (Hargitai et al., 2016). A BAS tehát egy olyan pozitív visszacsatolási rendszer, amely a jelen állapot felől a vágyott cél, vagyis a mihamarabbi megerősítés felé mozdítja el az egyént. A BAS rendszerrel társuló személyiségvonások lehetnek jutalomorientáció vagy optimizmus, azonban klinikai esetben a rendszer túlműködése magas kockázatú impulzív viselkedésben, mániában és addikciókban jelenhet meg (Smillie et al., 2006).

Az RST-hez kapcsolódó további releváns kutatások

Franken és munkatársai (2006) kutatása a Holland Erasmus Egyetemen arra az eredményre jutott, hogy a BAS, de különösen a BAS-Szórakozáskereső, valamint a BAS-Hajtóerő skálái kiemelkedő szerepet tölthetnek be a függőség kialakulásában, továbbá megerősítik Gray-nek azt az állítását, miszerint a BAS érzékenység szorosan kapcsolódik az

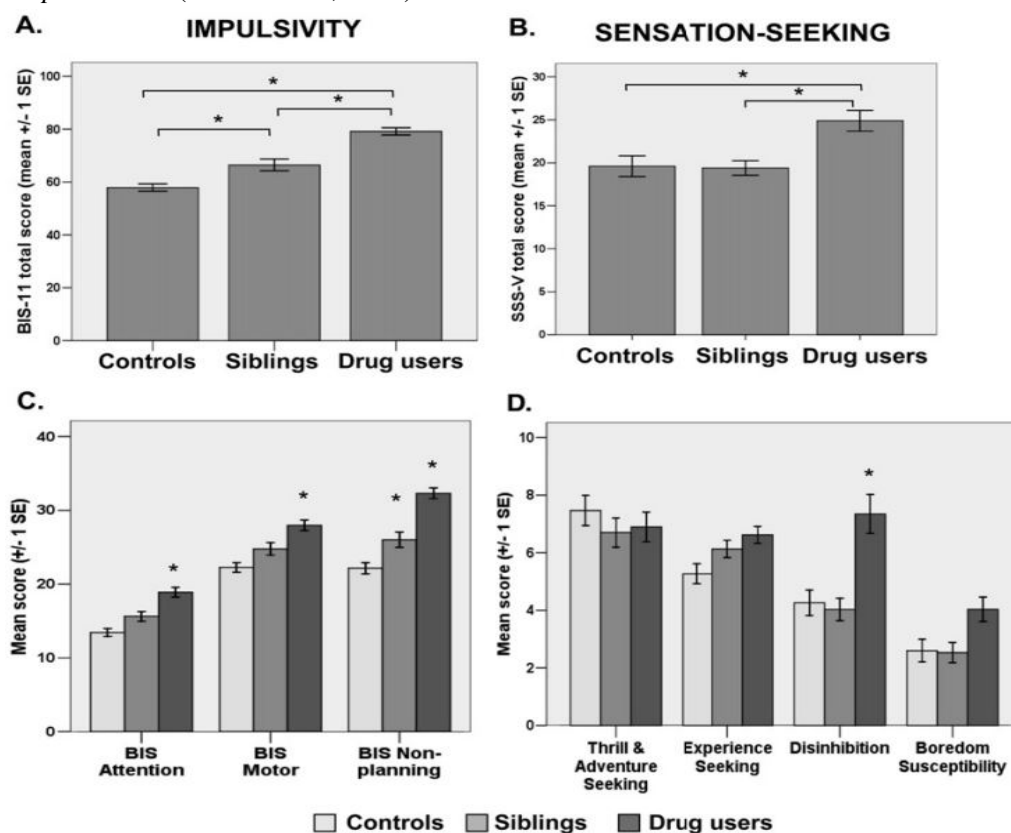
addiktív személyiségvonásokhoz. Azonban egy további fontos megállapításokat is tettek. Megfigyelték, hogy a BAS-Hajtóerő, valamint a BAS-Szórakozáskeresés skálák kapcsolatban állnak a kockázatvállalással és az újdonságkereséssel. Ezek a Cloninger-féle TCI modell temperamentum-tulajdonságai a kábítószeres illegális megszerzésével és használatával állnak kapcsolatban (Franken et al., 2006). Ez abból a szempontból lehet releváns, hogy némi lehetőséget ad arra, hogy megfigyeljék az alkoholisták és a drogfüggők közötti BAS-érzékenység különbségét, hiszen ezen megállapítás alapján feltételezhető, hogy a drogfüggők magasabb BAS érzékenységgel rendelkeznek, hiszen az alkoholfogyasztás nem ütközik törvényekbe, ebből kifolyólag nem igényel olyan sajátos tulajdonságokat, mint a BAS-Szórakozáskeresés érzékenysége, vagy az újdonságkeresés. Franken és munkatársai (2006) azonban kiemelik, hogy az ok-okozati összefüggéseket pontosan nem lehet meghatározni. Azt megállapították, hogy a problémás szerhasználók körében kiemelkedően magas a BAS-érzékenység, azonban arra vonatkozó pontos meghatározás nem született, hogy ez egy már jelenlévő személyiségvonás volt, vagy pedig a szerhasználat következményeként alakult ki.

A kábítószerfüggőséget már számos pszichopatológiai zavarral kapcsolatba hozták, azonban továbbra is meghatározásra vár, hogy ezen zavarok a szerhasználat eredményei, vagy pedig már egy, a szerhasználat előtt létező kockázati faktor. Ersche és munkatársai (2010) erre igyekeztek választ találni kutatásukban, ahol az impulzivitást és az élménykeresést mérték szerhasználók egy olyan csoportján, akiknek van egy absztinens biológiai testvére, illetve egy további kontrollcsoporton. Az volt a feltételezésük, hogy amennyiben az impulzivitás és az élménykeresés endofenotípusok vagy egy esetleges hajlamot jelezhetnek a függőségek kialakulására, akkor ezek a személyiségvonások nem csak a függő egyénben lesznek megtalálhatóak, hanem a biológiai testvéreiknél is. Az élménykeresést úgy határozták meg, mint az intenzív ingerek keresésének igényét, valamint a kockázatvállalás hajlandóságát az ilyen élmények megszerzése érdekében. Az impulzivitás szoros kapcsolatban áll a BIS is rendszerrel, mivel ezt a fajta viselkedést a jutalmazó vagy zavaró ingerekre adott válasz feletti gátló kontroll elvesztéseként határozhatjuk meg. Ersche és munkatársai (2010) a Barratt Impulzivitás Skála 11-es verziójával (BIS11) mérték a csoportokban ezt a személyiségvonást. Ersche és munkatársainak (2010) eredményei abba az irányba mutatnak, hogy az impulzivitás személyiségvonás a testvérpárokon belül nem csak a szerhasználók körében, hanem az absztinens testvéreknél is szignifikánsan magasabb volt, ezzel arra utalva, hogy ez egy endofenotípus vagy esetleg egy olyan vonás, amely hajlamosíthatja az egyént a szerfüggőség kialakulására. Ezt követően Ersche és munkatársai (2010) összefüggésbe hozták a BIS11

tesztben kapott értékeket az agy bizonyos területeinek neurokémiai és strukturális váltoásaival, amelyek érintettek a kábítószer-függőség patofiziológiájában, majd ezt követően a BIS11 pontszámokat a striatális dopaminreceptorok csökkenésével és az orbitofrontális kéreg szürkeállományának csökkenésével kapcsolták össze. A kábítószer-függőség a nagy léptékű striato-thalamo-orbitofrontális hálózatokon belüli neuroadaptív változásokat foglalja magában, amelyek szerepet játszanak a természetes jutalmak feldolgozásában és a viselkedés szabályozásában. Az önkontroll kudarcait az impulzivitás tükrözi, és a kábítószer-fogyasztók testvéreinél az impulzivitás vonás megnövekedett szintjének megfigyelése arra utal, hogy ez a mechanizmus biológiai alapú hajlamot jelenthet a drogfüggőségre (Ersche et al., 2010). Az élménykeresés mérésére szolgáló Sensation Seeking Scale-V tesztek pontszámai alapján arra az eredményre jutottak, hogy a kábítószerhasználók körében jelentősen emelkedett ez a személyiségvonás, a testvéreiknél azonban ez nem volt megtalálható, ahogy az az 1. ábrán is látható, így ez arra utal, hogy az élménykeresés nem a szerfüggőség endofenotípusa (Ersche et al., 2010).

1. Ábra

Összehasonlítások a szerfüggő egyének, az absztinens biológiai testvérük és a nem rokon, egészséges kontrollcsoport között (Ersche et al., 2010).



Megjegyzés. (A) Impulzivitás; (B) Élménykeresés; (C) Az impulzivitás csoportos különbségei, a Figyelem, Motoros és Nem tervező impulzivitás alszálaiban (D) Az élménykeresés csoportos

különbségei az Izgalom és kalandkeresés, Élménykeresés, Gátlástalanság (gátlás) és Unalomra való hajlam alskáláiban (Ersche et al., 2010).

A fentebb leírtakkal egybehangzóan Johnson és munkatársai (2003) epidemiológiai kutatása állítja, hogy szignifikáns kapcsolat van a BAS érzékenység és az tartós drog és alkoholhasználat között, szorongásos problémák komorbiditása nélkül. További jelentős mennyiségű kutatás állapított meg pozitív kapcsolatot a BAS érzékenység és a problémás szerhasználat között (Franken & Muris, 2006; Hundt et al., 2008; Jorm et al., 1999; Kimbrel et al., 2007; Loxton & Dawe, 2006, 2007; Loxton et al., 2008; O'Connor et al., 2009; Pardo et al., 2007, idézi: Bijttebier et al., 2009). Továbbá, mind klinikai és nem klinikai mintákban is, a BAS érzékenység szignifikáns prediktornak bizonyult az alkoholfüggőségre való hajlamra (Bijttebier et al., 2009). A BIS szerepe a függőségek kialakulásában már nem olyan mértékben tisztázott. A Megerősítésre Való Érzékenység elmélet és a függőség kapcsolatát vizsgáló tanulmányok körülbelül fele számolt be negatív korrelációról a problémás szerhasználat és a BIS érzékenység között (Bijttebier et al., 2009). Ezek az eredmények együttesen abba az irányba mutatnak, hogy két eltérő motivációs útvonal létezik az szerfogyasztással kapcsolatban, melyek közül az egyik a BAS érzékeny jutalom utáni sóvárgás, míg a másik a BIS érzékeny, az elvonástól való megszabadulás vágya (Bijttebier et al., 2009). Taylor és munkatársai (2006) tanulmányukban egyetemi hallgatók körében Cluster analízis segítségével csoportokat hoztak létre a BIS-BAS személyiségvonások alapján, majd megvizsgálták, hogy a BIS, illetve BAS érzékenység milyen mértékben kapcsolódik a szerhasználati problémáikhoz. A korábbi vizsgálatokkal összhangban, itt is egy bizonyos profil emelkedett ki a többi közül, melynek a legfőbb jellemzője a gyenge BIS és erős BAS érzékenység volt, azonban a másodlagos profilban megjelenő „high affectivity” sziginifikáns kapcsolatot mutatott az erős BIS érzékenységgel. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a szerhasználati problémák két különböző személyiségjegy-konstellációban merülhetnek fel.

A Szabályozási Fókuszelmélet és az RST lehetséges kapcsolata

A Megerősítésre Való Érzékenység elmélet mellett egy másik elmélet is fontos lehet, amely Tory Higgins (1997) Szabályozási Fókuszelmélete (Regulatory Focus Theory, [RFT]). Higgins elmélete a személy motivációja és a cél elérésének módja közötti kapcsolatot vizsgálja. Az RFT két különálló és független önszabályozási folyamatot fogalmaz meg: a megelőzést és a megközelítést, vagy más néven a sikerorientációt vagy a kudarckerülést. Gray modellje alapvetően a viselkedés neurofiziológiai hátterére fókuszál és annak a személyiségre,

valamint a viselkedésre kifejtett hatásaira. Ezzel szemben az önszabályozás szociális kognitív modelljei, mint amilyen Higgins RFT elmélete is, inkább arra összpontosítanak, hogy a társadalmi fejlődés és megismerés különböző aspektusai hogyan befolyásolják a célelérést (Higgins, 1997), azonban a célelérés folyamata mind a két modellben az érzelmekhez és a viselkedéshez kötődik. Carver (2004) kimutatta, hogy olyan negatív érzelmek, mint a düh vagy a szomorúság létrejöhetnek a BAS-on keresztül is, különösen akkor, ha a céljaink felé való haladást lassúnak vagy elégtelennek ítéljük meg. Ez a felfedezés összhangban van Higgins RFT elméletével, ahol az érzelmek a cél előrehaladásáról szóló folyamatos visszacsatolástól függenek (Carver & Scheier, 1990). Érzelmi és hangulati állapotunk ezen fajta befolyásolhatósága nem meglepő, hiszen mindenki számára fontos, hogy elérje kitűzött céljait. A teljesítménymotiváció egészen az effektancia jelenségéig nyúlik vissza, vagyis annak az érzésnek az eléréséhez, hogy hatékonyak vagyunk. A sikerorientált személyek közelítő magatartása a feladatnehézség iránti preferencia tekintetében egy fordított U-alakú görbe szerint határozható meg. Eszerint a görbe szerint a sikerorientált személyek leginkább a közepes nehézségű feladatokat és célokat preferálják, hiszen a siker elérésének a legnagyobb valószínűségét és a személyes kontroll érzését ezen feladatok alkalmasak a leginkább biztosítani a személy számára (Fodor & Mihalik, 2017). Az ilyen feladatok és célok elérésekor az egyén boldogságot, büszkeséget érez (Higgins, 1997). Gray és Higgins elmélete is azt feltételezik, hogy stabil és mérhető egyéni különbségek vannak a közelítés, az-az BAS/sikerorientáció és az elkerülés, az-az BIS/kudarckerülés irányába mutató hajlamban.

A szakirodalmak számos helyen beszámolnak arról, hogy milyen változások mennek végbe a szerfüggő egyén viselkedésében, személyiségében, kognitív képességeiben és élettani folyamataiban. Az 1992-ben, a WHO által szerkesztett és kiadott 10., „A Betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása” kézikönyv – más néven BNO-10 – meghatározása alapján a szerdependencia jellemzője, hogy erős a vágy a szer fogyasztására, az egyén a fogyasztás kontrollálásával kapcsolatban nehézségekbe ütközik, a káros következmények ellenére is folytatja a szerfogyasztást, valamint a szerfogyasztást előnyben részesíti más aktivitásokkal szemben. Továbbá jellemző a megnövekedett szertolerancia, erős sóvárgás érzet, esetenként fizikai megvonási tüneteket. Egy szerfüggő esetben a sóvárgás és a kontrollvesztés egyre inkább eluralkodik a szerhasználon, a motivációi egyre inkább a szer megszerzése és elfogyasztása köré csoportosulnak, így a számára korábban fontos társadalmi, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységek a háttérbe szorulnak (Deák et al., 2020).

Mindezek fényében tehát, ha a sikerorientációt értelmezhetjük a BAS-Jutalomra Való Válaszkészség skálájának egyfajta viselkedésbeli manifesztációjaként, ami érzelmi szinten boldogságként jelentkezik a vágyott cél elérésekor, akkor úgy gondolom, hogy amikor egy szerfüggő életében áttevődik a fókusz a szerek megszerzésére és elfogyasztására, akkor ezen folyamatok alapvető motivációként fognak jelentkezni az egyén életében. Ebből következik, hogy azon személyek, akiknek magasabb a BAS-Jutalomra Való Válaszkészség skálájának érzékenysége, erősebb boldogságérzetet fognak érezni a szerek elfogyasztásakor, mint azon személyek, akiknek ezen skálaérzékenysége alacsonyabb. Feltételezésem tovább erősítheti, hogy a mai világban, a kellő szubkulturális beágyazottság esetében a legtöbb szer beszerzése nem jelent különösebb kihívást, többek közt ezzel is eleget téve a sikerorientált személyeknek a feladat nehézségét figyelembe vevő fordított U-görbe tendenciáinak, amely folyamat csak tovább erősíti a BAS-Jutalomra Való Válaszkészség rendszerén keresztül történő jutalmazás érzését.

A kutatás célja és hipotézisek

Jelen tanulmányom célja, hogy az eddigi kutatások mellett tovább vizsgáljam a kapcsolatot a BAS érzékenység és a szerhasználati zavarok között. A dolgozatom elméleti háttérének részében felsorolt kutatások javarészt klinikai mintán vizsgálták az összefüggéseket, azonban ebben a dolgozatban normál, illetve szubklinikai mintán végzem a vizsgálatot. A kutatás egyik fő vizsgálati szempontja, hogy a kitöltő használt-e valamilyen kábítószer rekreációs célból az elmúlt két évben. Jelen tanulmány kizárólag a klasszikus értelemben vett kábítószeres fogyasztását sorolta a „szerhasználat” fogalma alá, így ebben az értelemben az alkohol, nikotin, koffein és egyéb narkotikumok vagy gyógyszerek nem tartoztak a vizsgálat tárgykörébe, ahogyan a viselkedéses függőségek sem.

- 1) A korábbi kutatásokkal összhangban azt feltételezem, hogy azon személyeknél, akik összetett, újszerű és intenzív élményeket és tapasztalatokat keresnek (BAS Szórakozáskeresésként operacionalizálva), gyakrabban jelentkeznek szerhasználattal kapcsolatos zavarok, mint azon személyeknél, akik ezeket a személyiségjegyeket nem hordozzák magukban.

- 2) Továbbá úgy vélem, hogy azon személyek, akik a jutalom jelenlétekor vagy annak feltételezésekor intenzívebb pozitív választ adnak (BAS Jutalomra Való Válaszkészségként operacionalizálva), erősebb boldogságérzetet fognak érezni a szerek elfogyasztásakor, mint azon személyek, akik ezeket a személyiségjegyeket nem hordozzák magukban.

Módszertan

A minta és a mintavételi eljárás

Összesen 76 személy vett részt a kutatásban ($N=76$), nemek eloszlása szerint 25 férfi (32,9%) és 51 nő (67,1%). Az átlagos életkor 28,9 év volt (medián=28; $SD=8,92$; minimum=19; maximum=63). Lakóhelyük típusának megoszlása szerint faluban 10-en élnek, városban 40-en, megyeszékhelyen 19-en, míg Budapesten heten. Iskolai végzettségüket tekintve egy személynek van legfeljebb általános iskolai végzettsége, öt személy rendelkezik szakmunkásvizsgával, 16 személynek van érettségije, a maradék 54 személynek pedig diplomája van, vagy jelenleg is felsőoktatásban tanul.

A 76 résztvevőből 30 (39,5%) résztvevő fogyasztott valamilyen kábítószer rekreációs célból az elmúlt két évben. A szerhasználók ($N_{sz}=30$) körében az átlag életkor 26,4 év volt (medián=27; $SD=5,89$; minimum=19; maximum=41). A szerhasználók között a nemek megoszlása 18 (60%) férfi és 12 (40%) nő. A szerhasználók lakóhelyük szerinti megoszlás tekintetében hatan (20%) élnek faluban, 11-en (36,7%) városban, heten (23,3%) megyeszékhelyen és hat személy (20%) él Budapesten. A szerhasználók körében az iskolai végzettség megoszlása szerint egy személynek (3,3%) van legfeljebb általános iskolai végzettsége, négy személynek (13,3%) van szakmunkásvizsgája, hat személynek (20%) érettségije és 19 személynek (63,3%) van diplomája, vagy jelenleg is felsőoktatásban tanul.

A kutatásban résztvevő 76 személyből 46 (60,5%) olyan résztvevő volt, akik az elmúlt két évben nem fogyasztottak kábítószer. Az absztinens kontrollcsoport ($N_a=46$) körében az átlag életkor 30,6 év volt (medián=28; $SD=10,2$; minimum=20; maximum=63). Az absztinensek között a nemek megoszlása hét (15,2%) férfi és 39 (84,8%) nő. Az absztinensek lakóhelyük szerinti megoszlása tekintetében négyen (8,7%) élnek faluban, 29-en (63%) városban, 12-en (26,1%) megyeszékhelyen és egy személy (2,2%) él Budapesten. Az absztinensek körében az

iskolai végzettség megoszlása szerint egy személy (2,2%) rendelkezik szakmunkásvizsgával, 10 személynek (21,7%) van érettségije és 35 személynek (76,1%) van diplomája, vagy jelenleg is felsőoktatásban tanul.

A kitöltés névtelenül, teljesen önkéntes alapon, önkitöltős módon, online formában zajlott, a Google Forms-on általam létrehozott kérdőíven. A kutatást a témavezetőm jóváhagyta, valamint minden résztvevőtől beleegyezést kaptam válaszaik felhasználására a vizsgálat megkezdése előtt. A vizsgálatban résztvevő személyek kivétel nélkül magyar nemzetiségűek voltak. A vizsgálatot ismerőseim körében, illetve az ő segítségükkel az ő ismerőseik körében végeztem, valamint a kérdőív a Facebook oldalon keresztül bárki számára elérhető volt, így nem valósult meg a célzott mintavétel. Figyelembe véve a minta méretét, valamint, hogy legalább internet hozzáférésre volt szükség a kitöltéshez, elmondható, hogy a minta nem tekinthető reprezentatívnak. A kitöltés körülbelül 10-15 percet vett igénybe.

A kérdőívvel kapcsolatos rövid tájékoztatás után a kitöltőnek bele kellett egyeznie adatainak felhasználásába, csak így kezdhette meg a kitöltést. Ezt követően az alapvető demográfiai kérdések megválaszolása után (nem, életkor, végzettség, lakóhely típusa) elsőnek a Hargitai és munkatársai (2016) által magyar nyelvre, illetve magyar mintához adaptált, Carver és White (1994) által kidolgozott BIS-BAS kérdőívet kellett kitölteni a résztvevőnek. Ez a kérdőív minden kitöltő számára hozzáférhető volt, attól függetlenül, hogy használt-e kábítószereseket az elmúlt 2 évben vagy sem, így hoztam létre a kontrollcsoportot. Ezek után, a következő kérdésben meg kellett válaszolniuk, hogy használtak-e valamilyen kábítószer az elmúlt két évben rekreációs célból. Amennyiben erre a kérdésre „Nem”-mel feleltek, úgy a kérdőív bezárult. Amennyiben erre a kérdésre „Igen”-nel feleltek, úgy az oldal további két kérdőívet nyitott meg nekik. Ezen további két kérdőívből az első az Internet Gaming Disorder Test-20 (IGDT-20) egy általam módosított változata volt. A kérdőív a szerhasználók életvezetését vizsgálta, valamint a szerfogyasztás az életvezetésre gyakorolt hatásait mérte. A második kérdőív a Drug Use Disorders Identification Test – Extended (DUDIT-E) általam rövidített és módosított változata volt. A kérdőív a kábítószerfogyasztással kapcsolatos pozitív, illetve negatív élményeket, tapasztalatokat igyekezett felmérni. Végezetül, egy utolsó, félig nyitott kérdésben megpróbáltam feltérképezni a szerhasználók által fogyasztott szereket a további precízebb elemzésekhez, azonban ez később nem került bele a vizsgálatomba.

Eszközök és mérések

A kutatáshoz használt kérdőív 3 különböző tesztből tevődött össze. Ezek a tesztek a (1) Behavioral Inhibition System and Behavioral Activation System Scale (BIS – BAS Skála), (2) Internet Gaming Disorder Test – 20 (IGDT-20), és a (3) Drug Use Disorders Identification Test – Extended (DUDIT-E). Elsősorban azért döntöttem úgy, hogy az IGDT-20 és a DUDIT-E teszteket használom, mert jelenleg nem rendelkezem a megfelelő kompetenciákkal a validált diagnosztikai eszközök használatához, valamint nem áll módomban diagnosztizálni azt, hogy az egyén függőnek minősül-e, avagy sem. Ennek következményeképpen választottam ki ezt a két tesztet, amelyeket részlegesen, módosítva használtam fel.

BIS – BAS Skála

A BIS-BAS skála Hargitai és munkatársai (2016) által magyar mintához és magyar nyelvre adaptált verzióját használtam, amelyet érintetlenül hagyva, változatlanul használtam fel a kérdőívemben. Ez a teszt egy viszonylag rövid, más viselkedésbeli és személyiségvonásbeli jellemzőket lehatárolva, érzelmi reakciókat kiváltó szituációkhoz kötöten fókuszál a két eltérő rendszer működésére. A teszt 24 tételből áll, melyek közül a 2. és a 22. fordított tételek. Összesen négy tétel méri a BAS-Hajtóerőt (Cronbach Alpha: 0,80); négy tétel méri a BAS-Szórakozáskeresést (Cronbach Alpha 0,70); öt tétel méri a BAS-Jutalomra való válaszkészséget (Cronbach Alpha 0,74); és hét tétel méri a BIS-érzékenységet (Cronbach Alpha 0,76); négy tétel pedig nem számít bele a pontozásba. A válaszadás során egy négy fokozatú Likert skálán kellett megjelölni, hogy milyen mértékben jellemző rájuk az adott állítás, ahol az egy volt az „Egyáltalán nem jellemző”, a négy pedig a „Teljes mértékben jellemző”.

IGDT-20

Az IGDT-20 kérdőív alapvetően az internet és játékfüggőségre fókuszál. Ennek a tesztnek a fő célja egy érvényes és megbízható, szabványosított, pszichometriailag robusztus eszköz kifejlesztése volt, amely a DSM-V kritériumrendszerén alapul, és emellett empirikusan alátámasztott határpontokat biztosít (Halley et al., 2014). A kutatás során ezt a kérdőívet használtam fel arra, hogy megmérjem a kábítószerhasználatnak az életvezetésre gyakorolt hatásait azáltal, hogy úgy lettek átdolgozva a kérdések, hogy a szerhasználat és az életvezetés közötti kapcsolatra összpontosítsanak. A 20 tételből hat tételt eltávolítottam, mert nem volt megfelelően átalakítható a számomra, így összesen 14 tételes lett a kérdőívem ezen fázisa. Az olyan kérdéseket, mint például „I often lose sleep because of long gaming sessions”

átalakítottam, kivettem a „gaming” szavakat és létrehoztam a „Gyakran keveset alszok a szerhasználat miatt”-hoz hasonlókat. A válaszok beérkezése után egy Feltáró Faktoranalízis segítségével megállapítottam, hogy az 1; 2; 13 tétel kivételével a maradék 11 tétel egy faktort alkot, mely faktor megfelel a „Diszfunkciók”-nak. A reliabilitás tekintetében a Cronbach Alpha értéke 0,919 volt, így az 1; 2; 13 tétel nem szerepelt az eredmények feldolgozásában, valamint a 2. tétel fordított volt. A teszt kitöltésekor egy öt fokozatú Likert skálán kellett megválaszolni, hogy mennyire jellemző rájuk az adott állítás, ahol az egy volt „Egyáltalán nem jellemző” és az öt volt a „Teljes mértékben jellemző”.

DUDIT-E

A DUDIT-E Berman és munkatársai (2005) által kidolgozott, a nemzetközi gyakorlatban a legszélesebb körben használt és validált diagnosztikai mérőeszköz, amely a droghasználati problémák részletes azonosítását és feltárását teszi lehetővé, valamint a problémás droghasználattal összefüggő problémák komplex azonosítására is alkalmas. Az eredeti teszt négy egységből áll, azonban mivel számomra továbbra sem a diagnosztika volt a cél, ezért két egységet kivettem a kérdőívből és csak azt a kettőt tartottam meg, amely a szerfogyasztás pozitívumait és negatívumait vizsgálta. A negatívumokat mérő résznél az eredeti tesztből eltávolítottam a 2; 3; 4; tételt, mivel a kutatásom korlátait szem előtt tartva túlságosan erősnek éreztem a kérdéseket. Ezt a három tételt három saját kérdéssel pótoltam (ahelyett, hogy; „I have had medical or hospital help in the past year or have had health problems (e.g., memory impairment or hepatitis) due to drugs” azt használtam, hogy „Magányosság érzése”), így mind a pozitívumokat, mind a negatívumokat 17 tétel mérte összesen. A válaszok beérkezése után Feltáró Faktoranalízis segítségével megállapítottam, hogy a pozitívumokat mérő kérdések két faktort alkotnak. A 2; 5; 12 tétel kimaradt a statisztikai eljárásokból, mivel a 2. és az 5. tétel mind a két faktorba illeszkedik, a 12. pedig egyikbe sem. Az első faktor megfelel a „Boldogság” faktornak, melynek tételei a 3; 8; 9; 14; 15; 16 voltak, a második faktor pedig megfelel a „Produktivitás” faktornak, melynek tételei az 1; 4; 6; 7; 10; 11; 13; 17. A reliabilitás tekintetében a Cronbach Alpha értéke az első („Boldogság”) faktornak 0,879, míg a második („Produktivitás”) faktornak 0,830.

Ezt követően ugyanezeket az eljárásokat elvégeztem a negatívumokat mérő kérdésekkel is, ahol a Feltáró Faktoranalízis megmutatta, hogy a tételek három faktorba rendeződnek. A 17. tétel kimarad a statisztikai eljárásokból, mivel az első és második faktorba is illeszkedik. Az első faktor megfelel a „Negatív kapcsolati hatások”-nak, melynek tételei az 1; 4; 6; 11; 13;

15. A második faktor a „Mentális-pszichoszomatikus problémák”, melynek tételei a 2; 3; 5; 9;
 16. A harmadik faktor pedig a „Csökkent aktivitás”-nak felel meg, melynek tételei a 7; 8; 10;
 12; 14. A reliabilitás tekintetében a Cronbach Alpha értéke az első faktornál („Negatív kapcsolati hatások”) 0,844, a második faktornál („Mentális-pszichoszomatikus problémák”) 0,885, míg a harmadik faktornál („Csökkent aktivitás”) 0,897. A teszt kitöltésekor egy öt fokozatú Likert skálán kellett megválaszolni, hogy mennyire jellemző rájuk az adott állítás, ahol az egy volt „Egyáltalán nem jellemző” és az öt volt a „Teljes mértékben jellemző”.

Eredmények

A kutatásban résztvevők életkorát (normalitás: $p < 0,05$) figyelembe véve megállapítható, hogy szignifikáns eltérés ($t(73,2) = -2,25$; $p < 0,05$; $p = 0,027$) van a szerhasználók ($M=26,4$; $SD = 5,89$) és a kontrollcsoport ($M = 30,6$; $SD = 10,2$) között.

A kutatásban résztvevők biológiai nemét figyelembe véve megállapítható, hogy szignifikáns eltérés van a nemek között ($X^2(1) = 14,5$; $p < 0,05$; $p < 0,001$) a szerhasználat tekintetében.

A kutatásban résztvevők végzettségét figyelembe véve megállapítható, hogy nincs szignifikáns eltérés a végzettségek között ($X^2(3) = 5,41$; $p > 0,05$; $p = 0,144$) a szerhasználat tekintetében.

Első hipotézis

Az első hipotézisemre vonatkozóan, annak igazolására, hogy a BAS-Szórakozáskeresés érzékenysége pozitívan korrelál a szerhasználati zavarok jelentkezésével egy Független Mintás T-Próbát futtattam, hogy feltárjam van-e szignifikáns eltérés a szerhasználók és a kontrollcsoport BAS érzékenysége között. A BAS-Hajtóerő ($p > 0,05$; $p = 0,192$), BAS-Szórakozáskeresés ($p > 0,05$; $p = 0,366$) és BAS-Jutalomra való válaszkészség ($p > 0,05$; $p = 0,089$) normál eloszlásúnak tekinthetők. A teszt eredménye kimutatta, hogy nincs szignifikáns eltérés ($t(74) = -1,690$; $p > 0,05$; $p = 0,095$) a szerhasználók ($N_{sz}=30$; $M=2,42$; $SD=0,680$) és a kontrollcsoport ($N_a=46$; $M=2,67$; $SD= 0,628$) között a BAS-Hajtóerő tekintetében, valamint nincs szignifikáns eltérés ($t(74) = -0,718$; $p > 0,05$; $p = 0,475$) a szerhasználók ($N_{sz}=30$; $M=3,11$; $SD= 0,495$) és a kontrollcsoport ($N_a=46$; $M=3,20$; $SD=0,568$) között a BAS-Jutalomra való válaszkészség tekintetében sem, azonban

szignifikánsan eltérés van ($t(74) = 2,001$; $p < 0,05$; $p = 0,049$) a BAS-Szórakozáskereső skálájának érzékenysége a szerhasználók ($N_{sz}=30$; $M=2,80$; $SD=0,674$) és a kontrollcsoport ($N_a=46$; $M=2,46$; $SD=0,766$) között. Az eredmény alapján tehát megállapítható, hogy a vizsgálatban résztvevő szerhasználók között szignifikánsan magasabb a BAS-Szórakozáskereső skálájának érzékenysége, mint az absztinens kontrollcsoporton belül.

Második hipotézis

A második hipotézisem az volt, hogy azon személyek, akiknek magasabb a BAS-Jutalomra Való Válaszkészség skálájának érzékenysége, erősebb boldogságérzetet fognak érezni a szerek elfogyasztásakor, mint azon személyek, akiknek ezen skálaérzékenysége alacsonyabb. Ennek igazolása érdekében egy Korrelációt készítettem. A teszt eredménye kimutatta, hogy 95%-os szignifikancia szint mellett nem létezik a kapcsolat ($r = 0,346$; $p > 0,05$; $p = 0,061$) a BAS-Jutalomra Való Válaszkészség és a szerhasználathoz társított boldogságérzet mértéke között.

Nem várt eredmények

További kapcsolatok feltárása érdekében létrehoztam egy Korrelációs Mátrixot, hogy megvizsgáljam, van-e kapcsolat a diszfunkcionális életvitel és a kábítószerfogyasztás negatív hatásai között a szerhasználók ($N_{sz}=30$) életében.

1. Táblázat

A szerhasználó diszfunkcionális életvitele és a kábítószerfogyasztásnak a szerfogyasztóra kifejtett negatív hatásai között végzett Korrelációs Mátrix.

		Diszfunkció	Neg.Kapcs. Hat.	Neg.Ment. Prob.	Neg. Akt.
Diszfunkció	p-érték	—			
	N	—			
Neg.Kapcs.Hat	p-érték	< .001	—		
	N	30	—		
Neg.Ment.Prob	p-érték	< .001	< .001	—	
	N	30	30	—	
Neg.Akt.	p-érték	0.008	0.009	< .001	—
	N	30	30	30	—

Diszfunkció	Neg.Kapcs. Hat.	Neg.Ment. Prob.	Neg. Akt.
--------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------

Megjegyzés. Neg.Kapcs.Hat – Negatív kapcsolati hatások, Neg.Ment.Prob. – Mentális-Pszichoszomatikus problémák, Neg.Akt. – Csökkent aktivitás,

Az 1. táblázat alapján elmondható, hogy erős és pozitív irányú kapcsolat van a diszfunkcionális életvitel és a kábítószerfogyasztásnak a szerfogyasztó kapcsolataira kifejtett negatív hatása között. Elmondható továbbá, hogy közepes erősségű, pozitív kapcsolat van a diszfunkcionális életvitel és a kábítószerfogyasztásnak a szerfogyasztó mentális állapotára kifejtett negatív hatásai között. Végezetül pedig megállapítható, hogy gyenge, pozitív irányú kapcsolat van a diszfunkcionális életvitel és a kábítószerfogyasztásnak a szerfogyasztó aktivitására kifejtett negatív hatásai között. Az eredményekből levonható tehát, hogy a kábítószerfogyasztás negatív hatásai együtt járnak a diszfunkcionális életvitellel.

Annak érdekében, hogy megvizsgáljam, van-e egyéb kapcsolat a BAS érzékenység és a kábítószerhasználat pozitívumai között, elkészítettem egy Korrelációs Mátrixot.

2. Táblázat

A BAS-érzékenység és a kábítószerfogyasztás pozitívumai között végzett Korrelációs Mátrix.

		BAS- Hajtóerő	BAS- Szór.Ker.	BAS- JVV	Poz.Bold.	Poz.Prod.
BAS-Hajtóerő	p- érték	—				
BAS-Szór.Ker.	p- érték	0.057	—			
BAS-JVV	p- érték	< .001	< .001	—		
Poz.Bold.	p- érték	0.100	0.002	0.061	—	
Poz.Prod.	p- érték	0.683	0.223	0.962	0.033	—

Megjegyzés. BAS-Szór.Ker. – BAS-Szórakozáskeresés, BAS-JVV – BAS-Jutalomra Való Válaszkészség, Poz.Bold. – Boldogság, Poz.Prod. – Produktivitás

A 2. táblázatról leolvasható, létezik a kapcsolat a BAS-Szórakozáskeresés és a szerfogyasztás során megélt boldogságérzet között, azonban ezen kívül nem áll fenn egyéb kapcsolat.

Végezetül, kíváncsi voltam, hogy mik azok a tényezők, amelyek befolyásolják a diszfunkció mértékét (amelyet a kábítószerfogyasztás, az életvezetésre gyakorolt hatásai alkotnak) a szerhasználók körében ($N_{sz}=30$). Ennek a megállapításának érdekében egy Többszörös Lineáris Regressziót alkalmaztam.

3. Táblázat

A szerhasználó életében megjelenő diszfunkciók prediktorainak meghatározására készített Többszörös Lineáris Regresszió táblázat.

Prediktor	Becslés	SE	t	p	Stand. Becslés
Intercept	-0.2194	0.2129	-1.031	0.313	
Poz.Bold.	0.0905	0.0848	1.067	0.297	0.1283
Poz.Prod.	0.1611	0.0826	1.950	0.063	0.2089
Neg.Kapcs.Hat.	0.5977	0.1129	5.295	<.001	0.6499
Neg.Ment.Prob.	0.1932	0.1025	1.886	0.072	0.2451
Neg.Akt.	-0.0402	0.0921	-0.437	0.666	-0.0539

Megjegyzés. Poz.Bold. – Boldogság, Poz.Prod. – Produktivitás, Neg.Kapcs.Hat – Negatív kapcsolati hatások, Neg.Ment.Prob. – Mentális-Pszichoszomatikus problémák, Neg.Akt. – Csökkent aktivitás,

Ahogy a 3. táblázatról leolvasható, a szerfogyasztásnak a személy kapcsolataira kifejtett negatív hatásai megfelelő, az egyetlen egyedi hatással rendelkező prediktornak bizonyul a szerhasználó személy életvitelbeli diszfunkcionalitására, azonban a többi faktor nem tekinthető érvényes prediktornak.

Annak érdekében, hogy elkerüljem a különböző prediktorok kollinearitását, megismételtem a Lineáris Regressziót csak ezzel az egy faktorral, ahol az eredmény a szignifikancia tekintetében változatlan maradt. Ez az eredmény abba az irányba mutat, hogy minél inkább rombolja az egyén kapcsolatait a szerhasználat, annál inkább diszfunkcionális életvitelt vezet ($F(1, 28) = 65,9$; $p < 0,05$; $p = 0,001$; $\text{adj } R^2 = 0,691$), tehát 69,1%-ban magyarázható a szerhasználó személy életvitelében megjelenő diszfunkcionalitás a szerhasználó személy kábítószerfogyasztásának a kapcsolataira kifejtett negatív hatásaival.

Azonban mivel ezen regressziós eljárás esetében az ok-okozati összefüggések iránya megkérdőjelezhető, vagyis nem megalapozott az a feltételezés, hogy a szerfogyasztásnak a személy kapcsolataira kifejtett negatív hatásai jósolják be a diszfunkcionális életvitelt, ezért ez az eredmény nem került bele a megvitatásba.

Megvitatás

A vizsgálat eredményei

A kutatás eredményei rámutatnak arra, hogy a BAS, különösen a BAS-Szórakozáskeresés érzékenysége jelentősen emelkedett a szerhasználók körében. Ez az eredmény összhangban van számos más, a BAS érzékenység és a szerhasználat kapcsolatát vizsgáló kutatásával (Johnson et al., 2003; Franken et al., 2006), továbbá alátámasztja Gray azon állítását, miszerint a BAS érzékenység kapcsolatban áll a szerhasználati zavarokkal (Pickering & Gray, 2001). A szerhasználóknál megfigyelt magas szintű BAS-Szórakozáskeresés logikusnak tűnik, hiszen ez az a BAS dimenzió, amely szorosan kapcsolódik a kockázatvállaláshoz és az újdonságkereséshez. A kockázatvállalás és az újdonságkeresés két olyan magatartásforma, amelyek a kábítószer illegális megszerzésével és használatával hozhatóak összefüggésbe.

A második hipotézisem tekintetében fontos kiemelni, hogy ugyan a BAS-Jutalomra való válaszkészség érzékenysége és a szerek elfogyasztásakor jelentkező boldogságérzet mértéke között jelen vizsgálat során, 95%-os szignifikancia szint mellett nem állt fent kapcsolat ($p = 0,061$), azonban elképzelhető, hogy egy nagyobb elemszámú mintán létezik a kapcsolat a két változó között. Ennek bizonyítása további vizsgálatokat igényel. Jelen tanulmány eredménye arra enged következtetni, hogy az addiktív viselkedéseket produkáló egyének nem magára a jutalomra érzékenyek, hanem inkább a potenciálisan jutalmazó élményekre.

A második hipotézisem érvénytelenségének ellenére a kutatás nem várt eredményei azonban rámutattak arra, hogy minél magasabb a szerhasználó egyén BAS-Szórakozáskeresés skálájának érzékenysége, annál intenzívebben boldogságérzetet vált ki nála a szerhasználat. Számos tanulmány megállapította már, hogy minden olyan szer, amelyet rekreációs célból fogyasztanak, jelentős aktivációk eredményez az agy bizonyos területein. Pickering és Gray (2001) úgy gondolja, hogy a BAS személyiség biológiai alapját a dopaminerg neurotranszmisszió változásai határozzák meg. Gray (1993) azt állítja, hogy a nucleus accumbens-ben a dopamin felszabadulása szorosan összefügg az alkohol- és drogfogyasztóknál megfigyelhető érzelmi csúcsértékkel. Ebből következtethető tehát, hogy az a fajta jutalmazó érzés, amely a dopaminergikus pályán történő neurotranszmitter-felszabadulás következtében létrejön a szerek elfogyasztása során, az egyfajta túlzó változata a BAS rendszeren keresztül történő megerősítés következtében kialakuló jutalmazó érzésének. Így tehát feltételezhető, hogy a magas BAS érzékenység olyan pszichopatológiai

rendellenességeknél is megfigyelhetők, amelyek kapcsolatban állnak az alkoholizmussal vagy szerfüggőséggel.

Gray elméletével összhangban, részlegesen igazolást nyert, hogy az emelkedett BAS érzékenység szerepet játszhat a szerhasználati zavarokban. Azonban az ok-okozati összefüggések már korántsem annyira tisztázottak. Sokszor még az egyik legegyszerűbb tényező, mint az idői elrendezettség kérdése is vitatott, továbbá az ok-okozati tényezők pedig inkább komplex mechanizmusokként értelmezhetők, mintsem egyszerű lineáris viszonyok összességéeként. Fölvetődhet a lehetőség, hogy több potenciális konstellációt is érdemes számításba venni: (1) A szerhasználati zavar az emelkedett BAS érzékenység következtében alakul ki; (2) Az emelkedett BAS érzékenység egyfajta neurofiziológiai változás során alakul ki a tartós szerhasználat hatására; (3) Az emelkedett BAS érzékenység a szerhasználati zavarral való megküzdésre alakul ki; (4) Mind az emelkedett BAS érzékenység, mind más rizikófaktor jelen volt a szerhasználati zavar kialakulásakor. Úgy gondolom, ezen lehetőségek nem zárják ki egymást, így a meglévő neurobiológiai vagy a személyiségben jelentkező rizikófaktor megléte mellett bármelyik eshetőség hozzájárulhat a másik jelenség megjelenéséhez vagy felerősítéséhez.

Lehetséges felhasználási területek

A kutatás eredményeinek lehetséges felhasználási területei között kiemelkedő fontosságú lehet az, hogy amennyiben képesek vagyunk tesztek segítségével megállapítani a szerhasználatra való fogékonyságot, mint rizikófaktor, valamint a függőség kialakulásának esélye magasabb azon személyeknél, akiknek a BAS-Szórakozáskereső érzékenysége magasabb, akkor célzottan ki tudjuk választani azon személyeket, akikkel érdemes lehet kiemelten foglalkozni, ezzel is nagyobb hangsúlyt fektetve a veszélyeztetett személyekkel kapcsolatos prevenciókra. Staiger és munkatársai (2007) rámutattak arra, hogy a BAS érzékeny személyiségvonásokat fontos figyelembe venni a terápiás programok finomítása során, ugyanis arra az eredményre jutottak, hogy az alternatív jutalmazási forrásokat biztosító terápiák sikeresebbek voltak, mint a szokásos kognitív viselkedésterápiák. A második hipotézisem, miszerint azon személyek, akiknek magasabb a BAS-Jutalomra Való Válaszkészség skálájának érzékenysége, erősebb boldogságérzetet fognak érezni a szerek elfogyasztásakor, mint azon személyek, akiknek ezen skálaérzékenysége alacsonyabb, – nem nyert bizonyítást a jelen kutatásban. Úgy gondolom, hogy egy nagyobb elemszámú és kiterjedtebb vizsgálat során igazolható lenne a két változó közötti összefüggés. Amennyiben a

BAS-Jutalomra Való Válaszkészség skála értelmezhető a sikerorientált attitűd neurobiológiai alapjaként, abban az esetben fontos megközelítési szempontot jelenthet a már felépülő és absztinens szerfüggők terápiás kezelésében. Ha körvonalazható a függő cselekvés mögött fennálló sikerorientált attitűd, akkor ez esélyt teremthet olyan alternatív terápiás kezelések létrehozására, amelyekkel fokozható a terápiás hatékonyság.

Lehetséges jövőbeli kutatások

A jövőben érdemes lehet kiterjeszteni a kutatást összességében a függőségre, hiszen a szakirodalmak alapján tudjuk, hogy a függőség egy progresszív betegség, amely dinamikájában hasonló képpen játszódik le attól függetlenül, hogy mi a függő egyén választott szere. Érdemes lehet a továbbiakban vizsgálatokat folytatni a témával kapcsolatban olyan függőket bevonva, akik hosszabb ideje absztinensek és megkezdődött a felépülésük. Akár egy longitudinális kutatás keretein belül, amelyet ugyan nehéz kivitelezni, azonban számtalan hasznos információval szolgálhat ezen terület feltárására. Végezetül, egy olyan kutatás elvégzése, amely egyszerre vonja be a még aktív szerhasználókat, a már felépülő, absztinens függőket, valamint egy teljesen absztinens kontrollcsoportot. Ezen mintával lehetőség nyílna annak megállapítására, hogy az emelkedett BAS érzékenység a szerfüggők esetében már a szerhasználat előtt jelen volt és tartósan emelkedett is maradt a felépülés során is, avagy az emelkedett BAS érzékenység inkább a tartós szerhasználat következménye, így jobban feltárva az ok-okozati kapcsolatokat.

Limitációk

A kutatás limitációi között szerepel a minta alacsony elemszáma, valamint, hogy nem volt célzott a mintavétel, így a mintában jelenlévő szerhasználók száma viszonylag alacsony. Továbbá fontos szem előtt tartani, hogy a két csoport – kontrollcsoport és szerhasználók – aránya, életkori, illetve nemi eloszlása is egyenlőtlen volt. Jelentősen nagyobb volt a kontrollcsoport elemszáma, 19%-kal több volt az absztinens, mint a szerhasználó résztvevő, azonban a szerhasználók között 20%-kal több volt a férfi, mint a nő. Az életkori megoszlást figyelembe véve a kontrollcsoport átlag életkora 30,6 volt, míg a szerhasználók csoportjának átlag életkora 26,4 volt. Fontos kiemelni, hogy az aktív szerhasználók szubjektív élményvilágában valószínűsíthető, hogy működik a kognitív disszonancia redukció, hiszen köztudott, hogy a szerhasználatnak számos káros fizikai, illetve pszichés hatásai vannak. Ennek következtében nagy a valószínűsége annak, hogy a válaszadók a teszt kitöltésekor túlbecsülték a szerfogyasztás pozitív hatásait, illetve ezzel párhuzamosan alul becsülték a

negatívumokat. Ezen kognitív torzítások eredményei vélhetően jelentkeztek kutatásom során, hiszen a várt értékekhez képest jelentősen elmaradt a negatív hatások megjelenése.

Eredményeimet további mértékben torzíthatta az a tény, hogy nem került megállapítása, hogy a szerhasználók függőnek minősülnek-e, avagy sem. Ennek következményeképpen az sem került azonosításra, hogy betegségük (amennyiben betegségről van szó) mely szakaszában vannak, legyen szó akár a Transzteoretikus modellről, akár nagyobb általánosságba véve mint aktív szerhasználók, vagy már a felépülésüket megkezdett, tünetmentes függőkről. Mivel jelenlegi kompetenciáim nem tették lehetővé, hogy differenciáljak problémás vagy nem problémás szerhasználat között, ezért a szerhasználó mintába való bekerülés egyetlen feltétele az elmúlt két évben történt szerfogyasztás volt, amely további mértékben torzíthatta az eredményeimet. Végezetül, limitációként említhető, hogy ezen kutatás precízebb és átfogóbb lefolytatásához olyan kompetenciákra lenne szükség, amelyekkel jelen tanulmány írása közben nem rendelkezem, illetve mindenképpen szükséges hozzá célzott, klinikai mintavétel, valamint olyan validált klinikai mérőeszközök, amelyek lehetővé teszik a pontos diagnózis felállítását.

Irodalom

American Psychiatric Association. (2022). Substance-Related and Addictive Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005) Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)

Bijttebier, P., Beck, I., Claes, L., & Vandereycken, W. (2009). Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality–psychopathology associations. *Clinical Psychology Review*, 29, 421-430. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.002>

Carver, S. C., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97(1), 19-35. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.19>

Carver, S. C. (2004). Negative affects deriving from the behavioral approach system. *Emotion*, 4(1), <https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.1.3>.

Deák, Cs., Balikó, F., Baráth, N., Csigi, Á., Pogácsás, N., Raffai, G., & Szabó, J. (2020). *Interdiszciplináris Drog szemle*. Drogkutató Intézet Nonprofit Kft.

Demetrovics, Zs. (2013). Viselkedési addikciók: spektrumszemléletű kutatások. *Akadémiai Doktori Értekezés*, 40.

Ersche, K. D., Turton, A. J., Pradhan, S., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2010). Drug Addiction Endophenotypes: Impulsive Versus Sensation-Seeking Personality Traits. *Biological Psychiatry*, 68(8), 770-773. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.06.015>

Fodor, B., & Mihalik, Á., (2017). A sikerkeresés és kudarcckerülés motívumai, viselkedéses megjelenésük és összefüggéseik. *Impulzus*, 4(1),

Gray, J. A. (1993). Framework for a taxonomy of psychiatric disorder. In S. van Gozen, N. van de Poll, & J. A. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp. 29–59). Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Hargitai, R., Csókási, K., Deák, A., Nagy, L., & Bereczkei, T. (2016). A viselkedéses gátló és aktiváló rendszer skálák (BIS-BAS) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 71, 585-607. <https://doi.org/10.1556/0016.2016.71.4.1>

Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist Journal*, 52(12), <https://doi.org/10.1037//0003-066x.52.12.1280>

Hussong, A. M. (2003). Social influences in motivated drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 142–150. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.17.2.142>

Franken, I., Muris, P., & Georgieva, I. (2006). Gray's model of personality and addiction. *Addictive Behaviors*, 31(3), 399-403. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.022>

Franken, I., & Muris, P. (2006). BIS/BAS personality characteristics and college students' substance use. *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1497-1503. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.005>

Johnson, S. L., Turner, R. J., & Iwata, N. (2003). BIS/BAS Levels and psychiatric disorder: An epidemiological study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 25–36. <https://doi.org/10.1023/A:1022247919288>

Kambouropoulos, N., & Staiger, P. K. (2004). Reactivity to alcohol-related cues: Relationship among cue type, motivational processes, and personality. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 275–283. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.3.275>

Kerr, W. C., Greenfield, T. K., Bond, J., Ye, Y., & Rehm, J. (2004). Age, period and cohort influences on beer, wine and spirits consumption trends in the US National Alcohol Surveys. *Addiction*, 99, 1111–1120. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00820.x>.

Martin, C. A., Kelly, T. H., Rayens, M. K., Brogli, B. R., Brenzel, A., Smith, W. J., & Omar, A. H. (2002). Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol, and marijuana use in adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1495–1502. <https://doi.org/10.1097/00004583-200212000-00022>.

Masse, L. C., & Tremblay, R. E. (1997). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 54, 62–68. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830130068014>

McNaughton, N., & Gray, J. A. (2000) Anxiolytic action on the behavioural inhibition system implies multiple types of arousal contribute to anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 161-176. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00344-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00344-X)

McNaughton, N., & Corr, P. J. (2004). A two-dimensional neuropsychology of defense: Fear/anxiety and defensive distance. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 28, 285–305. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.03.005>

Pickering, A. D., & Gray, J. A. (2001). Dopamine, appetitive reinforcement, and the neuropsychology of human learning: An individual differences approach. In A. Elias, A. Angleitner (Eds.), *Advances in individual differences research* (pp. 113–149). Lengerich PABST Science Publishers.

Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Zs., & Griffiths, M. D. (2014). The Conceptualisation and Measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The Development of the IGD-20 Test. *Plos One Journal*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110137>

Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Dickinson, K. A. (2003). NEO PI-R predictors of alcohol use and alcohol-related problems. *Journal of Personality Assessment*, 81, 226–236. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8103_05

Schuckit, M. A., Smith, T. L., & Kalmijn, J. (2004). The search for genes contributing to the low level of response to alcohol: patterns of findings across studies. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 28, 1449–1458.

<https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000141637.01925.F6>

Smillie, L. D., Pickering, A. D., & Jackson, C. J. (2006). The New Reinforcement Sensitivity Theory: Implications for Personality Measurement. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 320–335. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_3.

Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Moss, H. B. (2000). Serotonin, impulsivity, and alcohol use disorders in the older adolescent: a psychobiological study. *Alcoholism Clinical And Experimental Research*, 24, 1609–1619. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb01961.x>

Staiger, P. K., Kambouropoulos, N., & Dawe, S. (2007). Should personality traits be considered when refining substance misuse treatment programs? *Drug and Alcohol Review*, 26, 17–23. <https://doi.org/10.1080/09595230601036952>

Taylor, J., Reeves, M., James, L., & Bobadilla, L. (2006). Disinhibitory trait profile and its relation to cluster B personality disorder features and substance use problems. *European Journal of Personality*, 20, 271–284. <https://doi.org/10.1002/per.585>

Valentiner, D. P., Mounts, N. S., & Deacon, B. J. (2004). Panic attacks, depression and anxiety symptoms, and substance use behaviors during late adolescence. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 573–585. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.04.001>

I. Melléklet. Módosított IGDT-20 kérdőív

Módosított IGDT-20 Kérdőív

Leírás

Ezek a kérdések az elmúlt 2 év kábítószer-használatára és az életvezetésedre vonatkoznak. Kérlek, minden egyes állításnál jelöld a megfelelő oszlopban, hogy rád milyen mértékben jellemzőek az adott kijelentések. Kérlek, hogy minden állításra válaszolj, egyetlen tételt se hagyj kitöltetlenül! A válaszlehetőségek közül minden esetben csupán egyet válassz, és kérlek, hogy legyél olyan pontos és őszinte, amennyire csak lehet. Úgy válaszolj az adott tételre, mintha csak abból az egy kijelentésből állna a kérdőív, és ne törődj a válaszok következetességével! Nincsen jó vagy rossz válasz!

Tételek

1. Gyakran keveset alszok a szerhasználat miatt.
2. Soha nem azért használok szert, hogy jobban érezzem magam.
3. A tavalyi évhez képest jelentősen nőtt a szerhasználatom gyakorisága.
4. Amikor nem használok szert, ingerlékenyebbnek érzem magam.
5. Elvesztettem az érdeklődésemet más hobbik iránt.
6. Szeretnék kevesebb kábítószerrel használni, de nehéz ezt megtennem.
7. Általában a következő használatra gondolok amikor józan vagyok.
8. Nem hiszem, hogy abba tudnám hagyni a szerhasználatot.
9. Azt hiszem, a szerek beszerzése és elfogyasztása lett a legidőigényesebb tevékenység az életemben.
10. Azért használok szert, hogy elfelejtsem azt, ami zavar.
11. Hajlamos vagyok aggódni, hogy valamilyen okból nem jutok szerekhez.
12. Azt hiszem, hogy a szerhasználatom veszélyeztette a kapcsolatomat a partneremmel vagy a barátaimmal.
13. Tudom, hogy a napi fő tevékenységemet (munka, iskola, háztartás stb.) nem befolyásolja negatívan a szerhasználatom.

14. Úgy gondolom, hogy a szerhasználatom negatív hatással van az életem fontos területeire.

Likert-Skála

1. Egyáltalán nem jellemző
2. Kicsit jellemző
3. Valamennyire
4. Nagyon jellemző
5. Teljes mértékben jellemző

II. Melléklet. Módosított DUDIT-E kérdőív

Módosított DUDIT-E kérdőív

Leírás

Ezek a kérdések az elmúlt 2 évben, a kábítószer-használattal kapcsolatos pozitív vagy negatív élményeidre vonatkoznak. Kérlek, minden egyes állításnál jelöld a megfelelő oszlopban, hogy rád milyen mértékben jellemzőek az adott kijelentések. Kérlek, hogy minden állításra válaszolj, egyetlen tételt se hagyj kitöltetlenül! A válaszlehetőségek közül minden esetben csupán egyet válassz, és kérlek, hogy legyél olyan pontos és őszinte, amennyire csak lehet. Úgy válaszolj az adott tételre, mintha csak abból az egy kijelentésből állna a kérdőív, és ne törődj a válaszok következetességével! Nincsen jó vagy rossz válasz!

I.) Pozitívumok

Tételek

1. Jobb alvás
2. Csökkenti a feszültséget és relaxál.
3. Boldoggá válni.
4. Erőssé válni.
5. Normálisnak érezni magam.
6. Kreatívvá válni (ötletek kigondolása, művészi tevékenységek folytatása).
7. Aktívvá válni (takarítás, mosogatás, autómosás, stb...)
8. Mindenkit és az egész világot szeretni.
9. Nagyobb önbizalom.
10. Csökkent fizikai fájdalom.
11. Annak az érzése, hogy minden jól fog alakulni.
12. A drogok nélküli élet unalmas.
13. Kontrollálni tudom a szorongást, haragot, depressziót.
14. A drogok segítségével társasági tudok lenni.
15. Drogokkal úgy érzem, hogy a csoport része vagyok.
16. Jobb a kapcsolatom másokkal.
17. Többet hozok ki az életemből.

II.) Negatívumok

Tételek

1. Az elmúlt két évben problémáim adódtak a munkahelyemen, az iskolában vagy otthon a drogok miatt.
2. Szorongás érzése.
3. Öngyilkossági gondolatok.
4. Mások társaságának kerülése.
5. Fizikai rosszullét kialakulása.
6. Rosszabb kapcsolat a barátokkal.
7. Koncentrációs nehézségek.
8. Csökkent nemi vágy.
9. Pénzügyi összeomlás.
10. Passzívvá válni.
11. Romló egészségi állapot.
12. Figyelmetlenné válni.
13. A családi élet összeomlása.
14. Mindent nagy káosznak látni.
15. Kiábrándultság.
16. Kilátástalanság.
17. Magányosság érzése.

Likert-Skála

1. Egyáltalán nem jellemző
2. Kicsit jellemző
3. Valamennyire
4. Nagyon jellemző
5. Teljes mértékben jellemző