

**KÁROLI GÁSPÁR REFORMÁTUS EGYETEM
TANÍTÓKÉPZŐ FŐISKOLAI KAR**

DIAKÓNIAI INTÉZET



**A SZENVEDÉLYBETEGSÉG KIALAKULÁSÁNAK
FEJLŐDÉS-LÉLEKTANI HÁTTERE**

(szakdolgozat)

Témavezető:

DR. FRUTTUS ISTVÁN LEVENTE

Főiskolai tanár

Készítette:

CENTGRAF KÁROLY LÁSZLÓ

általános szociális munkás

szakos hallgató

NAGYKÖRÖS

2007

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	2
Köszönetnyilvánítás	4
1. Bevezetés.....	5
1.1. A témaválasztás és indoklás.....	5
1.1.1. Személyes indokaim	5
1.1.2. A szakirodalom.....	5
1.1.3. Amire nem vállalkozom	6
1.1.4. Hipotézis	6
1.2. Kutatási, elemzési módszerek	7
1.2.1. Kutatási terv.....	7
1.2.1.1. Módszerek	7
1.2.1.2. Kutatási célcsoport	8
1.2.1.3. Saját interjú - kérdéssor.....	8
1.2.2. A kutatómunka	9
1.2.2.1. Interjúfelvétel	9
1.2.2.2. Életút interjú és pszichiátriai szakvizsgálat	10
1.2.2.3. Az MMPI tesztek mint dokumentumok felhasználása.....	11
2. A szenvedélybetegségről általában.....	12
2.1. A szenvedélybetegségek típusai	12
2.2. A szenvedélybetegségek tünetei	12
3. A legjelentősebb fejlődés-lélektani elméletek áttekintése.....	14
3.1. Piaget kognitív fejlődésemélete	14
3.2. Freud pszichoszexuális fejlődésemélete.....	16
3.3. Jung személyiségmodellje, a személyiségfejlődés jungi felfogása	17
3.3.1. A személyiség fejlődése.....	17
3.3.2. A jungi személyiségmodell	18
3.3.2.1. A perszóna.....	18
3.3.2.2. A tudatos én és fejlődése	19
3.3.2.3. Az árnyék és a személyes tudattalan	19
3.3.2.4. A kollektív tudattalan.....	19
3.3.2.5. A Selbst (ősmagunk, ősválónk, mélymag).....	20
3.4. Kohlberg erkölcsi fejlődési modellje.....	21
3.4.1. Prekonvencionális szint.....	22
3.4.1.1. Az 1. szakasz : Heteronóm erkölcs.....	22
3.4.1.2. A 2. szakasz: Individualizmus, instrumentális erkölcs, csereelv	23
3.4.2. Konvencionális szint.....	23
3.4.2.1. A 3. szakasz: Kölcsönös személyközi elvárások, viszonyok és személyközi igazodás.....	23
3.4.2.2. A 4. szakasz: társadalmi rendszer és lelkiismeret	24
3.4.3. Posztkonvencionális (elvi) szint.....	24
3.4.3.1. Az 5. szakasz: társadalmi szerződés (hasznosság és egyéni jogok).....	24
3.4.3.2. A 6. szakasz: Egyetemes etikai elvek.....	25
4. A szenvedélybetegség kialakulásának vizsgálata Erikson pszicho-szociális elméletének tükrében	26
4.1. A pszichoszociális fejlődés stádiumai	26
4.2. Szükségletek és hiányállapotok – a kutatás tükrében	27
4.2.1. Bizalom versus bizalmatlanság	27
4.2.2. Autonómia versus szégyen és kétely	31
4.2.3. Kezdeményezés versus büntudat	35

4.2.4. Teljesítmény versus kisebbrendűség	38
4.2.5. Identitás versus szerepkonfúzió	41
4.2.6. Intimitás versus izoláció	45
4.2.7. Alkotóképesség versus stagnálás	47
4.2.8. Integritás versus kétségbeesés	48
4.3. A szenvedélybetegség kialakulásának további faktorai	49
4.3.1. A szociális faktor	49
4.3.2. Egyéni életút	50
4.3.3. Személyes élmény, egyéni tapasztalat	50
4.3.4. Tartós stressz.....	50
4.4. Összegzés	51
4.4.1. Kutatási tapasztalatok	51
4.4.2. Következtetések, tanulságok.....	52
5. A szenvedélybetegségek kezelésének szemléleti kerete.....	53
6. Esetbemutatás a tünetek tükrében.....	55
6.1. Anamnézis:.....	55
6.2. Addiktológiai anamnézis	56
6.3. Pszichiátriai anamnézis	57
6.4. Családi anamnézis	57
6.5. Tünetek.....	58
6.5.1. K. L. beszámolója alapján	58
6.5.1.1. Kényszeres viselkedés	58
6.5.1.2. Sóvárgás, szorongás	58
6.5.1.3. Önértékelési zavar.....	59
6.5.1.4. Motivációs elégtelenség	59
6.5.1.5. Beilleszkedési és kapcsolati zavarok (szociális izoláció)	59
6.5.1.6. Érzelmi labilitás, depresszív tünetek.....	59
6.5.1.7. Fiziológiai dependencia	60
6.5.1.8. Az antiszociális viselkedés (értékek negálása, normákkal szembeni ellenállás)	60
6.5.1.9. Kockázatkereső magatartás, önsorsrontó viselkedés.....	60
6.6. A szociális munkás feladatai és lehetőségei.....	61
6.6.1. Az eset kapcsán és a szenvedélybetegekkel végzett munkában általában	61
6.6.2. Együttműködés a szakemberek között a szenvedélybetegekkel végzett munkában	63
Felhasznált irodalom	64
Ajánlott irodalom.....	65
MELLÉKLETEK.....	66

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném megköszönni azoknak a fiataloknak a segítségét, akik az anyaggyűjtés folyamán megosztották velem élettörténetüket. Köszönettel tartozom még Victorné Erdős Eszternek, főnökömnek, aki megértésével és rugalmasságával lehetőséget teremtett számomra, hogy nyugodtan dolgozhassak a szakdolgozatomon. Hálával tartozom munkatársaimnak, akik biztatásukkal mindvégig mellettem álltak tanulmányaimban.

Ugyancsak nagy segítségemre volt a kutatómunkában munkahelyem pszichiáter szakorvosa, Dr. Grezsa Ferenc, akinek szakvéleményét felhasználhattam, illetve Tremkó Mariann klinikai szakpszichológus, akinek MMPI kiértékelésit emelhettem be a vizsgálatba. Ezúton is szeretném megköszönni azt a segítséget, melyet ez a lehetősége jelentett számomra.

Különösen hálás vagyok feleségemnek, aki főiskolai tanulmányaim alatt végig biztatott, támogatott és tanácsaival, meglátásaival és átgondolt véleményével, javaslataival segített, és megteremtette otthon azt a környezetet, amelyben képes voltam tanulni és dolgozni.

Köszönettel tartozom dr. Fruttus István Leventének, tanáromnak és konzulensemnek a dolgozat megírásában nyújtott segítségéért, szakmai tanácsaiért.

Végül, de nem utolsósorban köszönöm édesanyámnak azt a türelmet és kitartást, amellyel a nehéz időkben is kitartott és bízott bennem.

1. Bevezetés

Mottó 1: „A lényegi tanulás (...) változást eredményez az illető viselkedésében, a jövőben választandó cselekedeteiben, attitűdjében és személyiségében.” (Carl Rogers)

Mottó 2: Egyre inkább azt érzem, hogy minél jobban megértene és elfogadna egy embert, annál valószínűbb, hogy elhagyja a hibás magatartási sémákat, amikkel az élet elé ment, és annál inkább fordul az előremutató irányba. (Rogers, Carl R.: *Ilyen vagyok, Harmadik Part, internetes publikáció*) <http://bocs.hu/3part/rogers-01-02.htm>

1.1. A témaválasztás és indoklás

1.1.1. Személyes indokaim

Néhány hete vettem részt egy szenvedélybeteg (heroinista) barátom temetésén. Ez a tragikus esemény a szenvedélybetegségnek csak az egyik lehetséges kimenete, de meggyőződésem, hogy nem az egyetlen és nem is elkerülhetetlen végkifejlet.

Azonban szeretném megérteni ennek az útnak a kezdeteit. Honnan indul ki ez a történet? Miben más a normál polgár és a deviáns, jelen esetben a szenvedélybeteg? Ennek a folyamatnak az egyén életében, személyes fejlődésében keresendők a gyökerei.

1.1.2. A szakirodalom

A kiterjedt addiktológiai szakirodalom is sokat foglalkozik a különböző megoldási, terápiás vagy kezelési lehetőségekkel, intervenciókkal és tünettannal. Ugyanígy az addikciók kialakulásának folyamatát leíró szakirodalom is bőségesen rendelkezésünkre áll. A legtöbb mű ebben a tárgyban az egyén életeseményeinek leírásán és vizsgálatán keresztül mutatja be azt a pszichológiai utat, mely a szenvedélybetegség kialakulásához vezet. Eme szakirodalmak többsége is kiemel

egy-egy fejlődési szakaszt illetve fejlődés-lélektani elemet (kötődés, tárgykapcsolat, ödipális konfliktus, stb), melynek fontosságát és szerepét hangsúlyozza, de szinte teljesen hiányzik egy kifejezetten fejlődés-lélektani szemléletű vizsgálat, mely az apa szerepének tükrében vizsgálva, személyiség fejlődésének teljes ívén át mutatja be a szenvedő beteg – szenvedélybeteg – embert. Ebben a dolgozatban ennek a hiánynak a – részleges - pótlására vállalkozom. Részleges, hiszen nem vállalkozhatok a számos fejlődésemélet alapján történő összehasonlító vizsgálatokra, hanem csak az általam kiválasztott eriksoni pszicho-szociális modell keretein belül elemzem a kutatási eredményeket.

1.1.3. Amire nem vállalkozom

Nem vállalkozom a szenvedélybetegségek társadalmi vetületeinek vizsgálatára, egészségügyi vagy társas-kapcsolati hatásainak elemzésére, bár a szenvedélybetegség mint jelenség igen komplex probléma, akár a kialakulását, akár a kezelési lehetőségeket illetve kezelési szükségleteket tekintve is, azonban szakdolgozatom már terjedelmi korlátainál fogva sem lenne erre alkalmas.

1.1.4. Hipotézis

Hat éve dolgozom szenvedélybetegek segítőjeként. Sok életutat ismerhettem meg, mind egyedi volt, mégis sok hasonló vagy azonos elem ismerhető fel történetükben. Ily módon egyre erősebb az a meggyőződésem, hogy azon túl, hogy ***minden kényszeres szerhasználó személy korai fejlődésében kimutatható valamely fejlődési szakaszban történt krízis, melynek megoldatlansága vezetett végül – mint öngyógyítási kísérlet – a kémiai szerfüggőséghez, az apáknak kiemelkedően fontos és meghatározó szerepe és felelőssége van ebben a folyamatban.*** Ezt a meggyőződésemet kívánom kutatásaimmal igazolni – vagy cáfolni.

1.2. Kutatási, elemzési módszerek

Kutatásaimat a szakirodalom áttekintésével kezdtem. Először a fejlődéslélektan általános elméleteinek irodalmát, majd a legújabb kutatások eredményeit szedtem össze. Ezt követte az addiktológiai szakirodalom vizsgálata. A szakirodalom válogatásánál igen nagy önuralomra és körültekintésre volt szükségem, mert számos igen figyelemre méltó és izgalmas új terület, kutatás került a látóterembe, amelyeket azonban mégis ki kellett hagynom szakdolgozatomból a már említett terjedelmi korlát miatt, illetve annak okán, hogy megmaradjak annál a szűkített vizsgálati célnál, melyet kitűztem magamnak.

A továbbiakban saját kutatást végeztem szenvedélybeteg fiatalok között. A résztvevő fiatalok mind kábítószerfüggő és/vagy politoxikomán 18 és 35 év közötti férfi betegek, jelenleg terápiás otthonban állnak kezelés alatt. 9 fővel készítettem mélyinterjút, és az intézményi pszichiáter által készített életút interjút is felhasználtam. Harmadik elemként a betegek klinikai szakpszichológus által kiértékelt MMPI tesztjeit is beemeltem kutatásaimba. Felhasználtam 1 fővel mintegy két évvel ezelőtt készült interjút, melyet a tünetekre fókuszálva készítettem annakidején. Ezt egy esetbemutatóhoz használtam fel. A 9 fővel történő interjúzás során az alábbi kutatási tervet alapján dolgoztam.

1.2.1. Kutatási tervet

1.2.1.1. Módszerek

1. Interjú - saját
2. Pszichiáter által felvett életút interjú
3. MMPI tesztek klinikai szakpszichológus által kiértékelt eredményei.

A fenti módszerekkel nyert információk összehasonlítása, egybevetése, kielemezése, valamint az interjúk szöveges elemzése.

1.2.1.2. Kutatási célcsoport

Száma	10 fő
Neme	férfi
Kora	18-35 évesig
Diagnózis	kényszeres szerhasználó, kémiai szerfüggő
Helyzete	terápiás otthonban kezelés alatt áll

1.2.1.3. Saját interjú - kérdéssor

Pillanatnyi helyzetre, állapotra vonatkozó kérdések – célja a nyitott, őszinte légkör megteremtése

Kora?

Mióta áll kezelés alatt?

Mi a legfontosabb dolog most a számára?

Mi a célja?

Családi háttérre vonatkozó kérdések – célja a családi háttér megismerése

Szülők foglalkozása, iskolázottsága.

Testvérek

Gyermekkorra, neveletésre vonatkozó kérdések

- Nevelésben melyik szülő hogyan vett részt? – célja a korai kötődések, kapcsolatok feltárása (bizalom vs. bizalmatlanság)
- Bölcsőde, óvoda, iskola? Intézet? – célja a korai kötődések, kapcsolatok feltárása (bizalom vs. bizalmatlanság)
- Mennyire kötődött anyjához? Apjához? – célja a korai kötődések, kapcsolatok feltárása (bizalom vs. bizalmatlanság)
- Most mennyire – hogyan – kötődik anyjához? Apjához? – célja a jelenlegi érzelmi kapcsolatok feltérképezése (autonómia vs. szégyen és kétely)
- Milyen nevelési stílus volt jellemző a családban? – célja a gyerekkori élmények feltárása (autonómia vs. szégyen és kétely illetve kezdeményezés vs. bűntudat, és teljesítmény vs. kisebbség)

- Hogyan kezelték őt? (egyenrangú, demokratikus, elnyomó, stb) - (autonómia vs. szégyen és kétely)
- Kezdeményezhetett? - kezdeményezés vs. bűntudat
- Komolyan vették? - (autonómia vs. szégyen és kétely)
- Dicséret? - teljesítmény vs. kisebbségség
- Elvárások és követelmények? - teljesítmény vs. kisebbségség
- Támogatás? - teljesítmény vs. kisebbségség és kezdeményezés vs. bűntudat
- Érzelmi stabilitás?
- Agresszió bármely formája? - (bizalom vs. bizalmatlanság) (autonómia vs. szégyen és kétely) (kezdeményezés vs. bűntudat)
- Testi fenyegetés? – ua.
- Megalázás? – ua.
- Szexuális bántalmazás? – Óvatosan kell kezelni ezt a kérdést, és meg kell hagyni a lehetőséget a kitérő válaszra!

1.2.2. A kutatómunka

1.2.2.1. Interjúfelvétel

A kutatás kezdetén egyenként és személyesen kerestem meg azokat a fiatalokat, akikkel aztán később elkészítettem az interjút, hogy felkérjem őket erre a munkára. Tisztáztam velük, hogy milyen céllal veszem fel az interjút, hogyan fogom azt felhasználni, és hogy a személyes adataik védelme elsődleges kötelességem, így az interjú részletei is úgy fognak az elkészült munkában szerepelni, hogy abból ne lehessen következtetni a személyre.

Az interjú felvétele során nagyon lényeges, hogy megteremtjük a bizalmi légkört a kérdező és az interjút adó között. Ebben a tekintetben könnyű dolgom volt, hiszen abban az intézményben dolgozom, ahol ezek a fiatalok gyógyulnak, küzdenek a saját szenvedélyükkel, ahol a „saját árnyékuk átugrására” készülnek. Szinte minden nap találkozunk, bekerülésük óta ismerjük egymást, és sok személyes

beszélgetésben már volt alkalmam nagy vonalakban – vagy akár mélyebben is - megismerni élettörténetüket.

Az interjú kérdéssor összeállításánál figyelembe vettem a kitűzött kutatási célt: mi az, amit bizonyítani vagy cáfolni akarok. Másik fontos tényező a kérdéssor összeállításánál, hogy milyen szempontok alapján akarom vizsgálni az adott problémát. Ebben az esetben el kellett döntenem, hogy melyik fejlődés-lélektani elmélet alapján szándékozom megvizsgálni a szenvedélybetegség kialakulásának kérdését. Ezt követően már logikusan következett, hogy az eriksoni pszichoszociális modell stádiumaira vonatkozzanak az interjú kérdései. Maga az interjú felvétele során én magam arra törekszem, hogy amennyire lehetséges a háttérben maradjak. Mindenképpen tartózkodni kell attól, hogy az alany szájába adjak gondolatokat, véleményeket. A kérdésekkel is inkább csak segíteni, elindítani szükséges az interjú adókat. Az interjúk elemzésekor azokra az életeseményekre fókuszáltam, amelyekben az eriksoni pszicho-szociális fejlődéselmélet egyes szakaszaiban krízis, illetve a krízis feldolgozásának hiányosságai ismerhetők fel.

1.2.2.2. Életút interjú és pszichiátriai szakvizsgálat

Az intézmény pszichiátere által készített életút interjúkból a szakorvos által kiemelt személyiség-komponensekre fókuszáltam, illetve az általa javasolt beavatkozási területekre. Nagyon fontos látni azt is, hogy a szakorvos, mikor az explorációt felvette, inkább egy átfogó képet igyekezett megrajzolni a vizsgált személyről, nem egy olyan specializált, meghatározott területre fókuszált szempontrendszer alapján készítette el írásos szakvéleményét. Ez egyben azt is jelenti, hogy az ő általánosan megfogalmazott és megfestett képből én a sajátos, speciális szempontjaim alapján emeltem ki részleteket. Ez lehet, hogy néhol önkényes kiragadásnak tűnik, de minden esetben a kutatás szempontjai voltak a mérvadók.

1.2.2.3. Az MMPI tesztek mint dokumentumok felhasználása

A klinikai szakpszichológus által kiértékelt MMPI tesztek szintén fontos kutatási információt adtak a vizsgált szenvedélybetegek személyiségjegyeiről, személyiségstruktúrájáról. Amikor ezeket a dokumentumokat elemeztem, illetve beemeltem a kutatásba, a szakpszichológus által leírt véleményt gondolatban mindig össze kellett vetnem az egyén általam megismert képével, így az mindig árnyalta, színezte vagy magyarázta az általam már kialakított véleményt. Fontos tudni azt is, hogy az MMPI teszt nem egy diagnosztikai eszköz, kizárólag az egyén személyiségkomponenseinek, belső irányultságainak, esetleges deficitjeinek a vizsgálatára alkalmas, evvel is segítve a terápiás munkát.

A három különböző forrás adatainak összevetésével alakulhatott ki az a kutatási eredmény, amelyre támaszkodhatok, és amelyek elemzésével következtetésekre juthatok.

2. A szenvedélybetegségről általában

2.1. A szenvedélybetegségek típusai

A szenvedélybetegségek, bár kialakulásuk és okaik nagyon hasonlóak, mégis nagyon különböző tünetekben jelentkezhetnek. A legkézenfekvőbbnek az a felosztás tűnik, hogy a szenvedély tárgya szerint csoportosítjuk a szenvedélybetegségeket. Ily módon megkülönböztetünk kémiai szerekhez kötött szenvedélyeket, és viselkedési addikciókat. Kémiai addikciók: kábítószer-függőség, az alkoholfüggőség, nikotin-függőség, gyógyszerfüggőség, politoxikománia, és szerves-oldószer függőség. Viselkedési addikciók a játékszenvedély, bulimia, trichotillomania (kényszeres hajtépés) kompulzív szexuális zavarok, kleptománia, kompulzív vásárlás, stb. (Gerevich 2000, 16). Köztiszteletben álló viselkedési addikció a munkamánia.

A kábítószereken belül is elkülöníthetünk több csoportot, így a szedatívumok, narkotikumok, stimulánsok, hallucinogének, és atipusos szerek. Jól kimutatható az is, hogy a kábítószer-fogyasztó személyiségjegyei meghatározzák azt is, hogy milyen drogot választ, mi lesz az ő bázis-droga.

2.2. A szenvedélybetegségek tünetei

A kémiai és viselkedési addikciók tünetei sok tekintetben azonosak, de kimutathatók lényeges különbségek is. Így mindkét szenvedélytípusnál fellelhetőek a következő tünetek: kényszeres viselkedés, sóvárgás, szorongás, önértékelési zavar, motivációs elégtelenség, beilleszkedési és kapcsolati zavarok (szociális izoláció), érzelmi labilitás, depresszív tünetek. A kémia addikciónál a függőség kialakulása történhet fiziológiai dependenciával (pl. alkohol, heroin stb.) vagy a nélkül (pl. hasis, LSD stb.). Szintén a kémiai addikciókra lehet jellemző az antiszociális viselkedés (értékek negálása, normákkal szembeni ellenállás), kockázatkereső magatartás, önsorsrontó viselkedés.

Mind a kémiai, mind a nem kémiai (viselkedési) addikciók esetén „ciklikus viselkedési sztereotípiákat figyelhetünk meg” (Gerevich 2000, 17). „Vágy – készítés – növekvő feszültség – viselkedési sztereotípiák – feszültségcsökkenés” (Gerevich

2000, 17). „*Marks* szerint a húzásmechanizmus inkább a kémiai addikciókra, a lökésmechanizmus inkább a viselkedési addikciókra jellemző” (Gerevich 2000, 17). Nézetem szerint ez a szerhasználat kezdetén igaz. A fiziológiai dependencia kialakulásával, a toleranciaszint emelkedésével a kémiai szerfüggők viselkedését is egyre inkább a lökésmechanizmus – a tünet, hiányállapot megszüntetése – befolyásolja.

3. A legjelentősebb fejlődés-lélektani elméletek áttekintése

A különböző pszichológiai iskolák, irányzatok más és más szempontból vizsgálják a fejlődést. A vizsgálat tárgya lehet valamely készség, képesség fejlődése, mint például a világ megismerése és a hatékony cselekvésre való képesség elérésének fejlődési folyamata, vagy valamely, az emberi cselekvés mozgató erejeként értelmezett belső, külső, vagy társas (szociális) konfliktus, melynek megoldása az életkori sajátosságokból eredő fejlődési feladat.

3.1. Piaget kognitív fejlődéselmélete

A világ megismerésének és a hatékony cselekvésre képessé válás folyamatát több elmélet és iskola is vizsgálta, legjelentősebb és a mai tudományos szemléletre a legnagyobb hatást gyakorló elmélet *Piaget* konstruktivista megközelítésű kognitív fejlődéselmélete. „Piaget korának sem biológiai, sem környezeti elméleteit nem tartotta kielégítőnek. Bírálta a biológiai magyarázatokat, mivel nem tudtak számot adni arról, miként lép a környezet kölcsönhatásba az embercsecsemő biológiai lehetőségeivel, lehetővé téve a fejlődést (Piaget és Inhelder, 1969) *{hivatkozás a szövegben}*. Ugyanakkor a környezeti magyarázatokat is bírálta, mert azok azt feltételezik, hogy a fejlődés a környezetből ered, kevés szerepet szánnak a gyerek saját cselekvéseinek, illetve tagadják a minőségi, ugrásszerű változásokat a fejlődés menetében.” (Cole 2003, 178.) *Piaget* olyan alapfogalmakat használ a fejlődés leírásában, mint séma, adaptáció (asszimiláció és akkomodáció), és az adaptáció eme két módja közötti ekvilibráció, avagy kiegyensúlyozás. A séma olyan mentális minta, amely a csecsemőt „a hasonló vagy analóg körülmények közötti cselekvés modelljével látja el (Piaget és Inhelder, 1969) *{hivatkozás a szövegben}*.” (Cole 2003, 178) Az új ismeretek és tapasztalatok adaptációja két módon történhet meg. Az asszimiláció során ezek az új tapasztalatok illeszkedve épülnek be a már létező sémákba, ezzel gazdagítva, erősítve azt. Az akkomodáció folyamatában éppen a már beépült sémák módosítása történik, mivel az új tapasztalat már oly mértékben eltér a létező sémától, hogy az már nem asszimilálható. Így a módosult séma „már a régi és az új tapasztalatokra is alkalmazható” (Cole 2003, 179.). Ekvilibrációnak, azaz kiegyensúlyozásnak *Piaget* azt a folyamatot nevezte, amelybe a gyermek

létező sémái és új környezeti tapasztalatai közötti illeszkedés lehetőségeit keresi, asszimiláció vagy akkomodáció közül választva.

Piaget elmélete szerint a kognitív fejlődés négy fő szakaszra tagolható (Cole 2003). A születéstől a 2. életév végéig tart a **szenzomotoros fejlődési szakasz**, mely hat alszakaszra osztható.

- Az 1. alszakasz a reflexsémák gyakorlásának az ideje, a csecsemő másfél hónapos koráig tart.
- A 2. alszakaszt, mely a 4. hónap végéig tart, az elsődleges cirkulációs reakciók jellemzik: az „önmagukban élvezetes cselekvések ismételtetései” (Cole 2003, 180).
- A 3. alszakasz jellemzője, mely a 4-8 hónapos korra esik, a „saját cselekedetek és a környezet kapcsolatának kezdődő felismerése; kiterjesztett reakciók, amelyek érdekes változásokat eredményeznek a környezetben” (Cole 2003, 180).
- A 4. alszakaszban (8-12 hónap) már a másodlagos cirkuláris reakciók koordinációja a jellemző: „sémák kombinációja a kívánt hatás elérése érdekében; a problémamegoldás legkorábbi formái” (Cole 2003, 180).
- Az 5. alszakaszban (12-18 hónap) már a harmadlagos cirkuláris reakciók is megjelennek: „a problémamegoldás eszközeinek módszeres változtatása; kísérletezés a következmények kipróbálása érdekében” (Cole 2003, 180).
- A 6. alszakaszban (18-24 hónap) megjelennek a szimbolikus reprezentációk kezdetei: „képek és szavak ismerős tárgyakra kezdenek vonatkozni: a problémamegoldás új eszközeinek felfedezése szimbolikus kombinációk segítségével” (Cole 2003, 180).

A kognitív fejlődés következő fő szakasza *Piaget* szerint a 2-6 éves életkorban a **műveletek előtti szakasz**. Ebben a szakaszban a „kisgyerekek a világot a maguk számára szimbólumok, vagyis képzeleti képek, szavak és gesztusok segítségével képesek leképezni. A tárgyaknak és az eseményeknek már nem kell jelen lenniük, hogy gondolni lehessen rájuk, de a gyerekek gyakran nem képesek a saját nézőpontjukat másokétól megkülönböztetni, könnyen áldozatul esnek a felszíni látszatnak, és sokszor összekeverik az oksági viszonyokat „(Cole 2003, 350).

A 6-12 éves korig tartó **konkrét műveleti szakaszban** a „gyerekek mentális műveletek elvégzésére válnak képessé” (Cole 2003, 482). Fontos jellemzője ennek a

szakasznak, hogy a gyerekek már képesek egy esemény, tárgy vagy személy több tulajdonságát is figyelembe venni, logikai szükségszerűségeket egyre jobban felismerni. Egocentrizmusuk is csökken, képesek más szempontjaiba is belehelyezkedni, hatékonyabban kommunikálni olyan tárgyokról, dolgokról, melyet a hallgató nem láthat, „el tudják képzelni, milyennek látják őket mások (szociális nézőpontváltás)” (Cole 2003, 482).

12-19 éves korban zajlik le a kognitív fejlődés utolsó nagy szakasza, a **formális műveleti szakasz**. A fiatalok már képesek „elvont alapelvekben” (Cole 2003, 644) gondolkozni, egy adott probléma vizsgálata során minden logikai kapcsolatot módszeresen végigvenni. Érdeklődést mutatnak az elvont eszmék és etikai elvek iránt. Gondolkodásukban nem csak a tényeket képesek értékelni, hanem az egyes tények közti összefüggéseket is, sőt magának az ítéletalkotásnak, a gondolkodásnak a sajátosságait is.

3.2. Freud pszichoszexuális fejlődéselmélete

Sigmund Freud (1856-1939) az emberi fejlődést leíró elméletében „annak jut elsődleges szerep, hogy hogyan elégítik ki a gyerekek az alapvető késztetéseiket – azokat, amelyek garantálják az életben maradásukat” (Cole 2003, 386). *Freud* gondolkodására nagy hatással volt *Charles Darwin* evolúciós elmélete, melyben az egyed célja a faj fennmaradása és az elterjedése. Ebből az következik *Freud* szerint, hogy a faj fennmaradását szolgáló szaporodás a „közösülés által valósul meg” (Cole 2003, 386), így „az élet első napjaitól minden biológiai késztetés végső soron azt az alapvető szexuális ösztönt szolgálja, amelyen a faj jövője nyugszik” (Cole 2003, 386). *Sigmund Freud* éppen ezért a szexuális ösztönkésztetések kielégítésének módja alapján különbözteti meg az egyes fejlődési szakaszokat, ezért elméletét *pszichoszexuális fejlődéselméletnek* nevezzük. Eszerint az első életévre tehető az **orális szakasz**, amelyben az „élvezetes érzékek központja” (Cole 2003, 403) a száj a szopás és harapás révén. A második életévben zajlik le a fejlődés **anális szakasza**, mert az ürítés szabályozásának elsajátítása révén a végbélnyílás válik az élvezetes érzékek elsődleges központjává. A harmadik-hatodik életévben már a **fallikus szakaszba** érkeztünk, amikor kialakul a gyerekekben a szexuális kíváncsiság. „Szexuális fantáziáikban az ellenkező nemű szülő szerepel, és ezért

bűntudatot éreznek” (Cole 2003, 403). A hetedik életévtől egészen a pubertásig tart az úgynevezett **látencia szakasz**. Ebben a fejlődési szakaszban a „szexuális késztetések elnyomódnak. A gyerekek a felnőttek által becsült készségek elsajátítására összpontosítanak. A serdülőkor viharai már a fejlődés **genitális szakaszát** is jelzik, amikor a „serdülőnek felnőtt nem vágyai vannak, és igyekeznek azokat kielégíteni” (Cole 2003, 403). Freud nézeteivel új iskolát teremtett a pszichológiában, megalkotta a pszichoanalízis módszerét. „Freud minden bizonnyal megalapozottan bírálható módszertani és elméleti szempontból egyaránt, mégis egyik legbefolyásosabb forrása maradt napjaink fejlődés-lélektani gondolkodásának” (Cole 2003, 387).

3.3. Jung személyiségmodellje, a személyiségfejlődés jungi felfogása

3.3.1. A személyiség fejlődése

Karl Gustav Jung (1875-1961) Freud tanítványaként kezdte, majd kidolgozta a saját mélylélektani rendszerét, amelynek fókuszában a személyiség érése, fejlődése áll. *Süle Ferenc* összefoglaló vázlatot nyújt (Süle 1997) *Jung* felfogásáról a személyiség kialakulásával, fejlődésével, érésevel és a személyiség struktúrájával, szerkezetével kapcsolatban.

Jung felfogásban minden élet – és így minden emberi lét is – „*egyedi élet és életének végső értelme alapvető kapcsolatban van ennek az egyediségnek a kibontakoztatásával és fenntartásával*” (Süle 1997, 77). *Jung* koncepciója (Süle 1997) az emberi fejlődésnek három olyan szakaszát különíti el, amely alapvetően átalakító fejlődési, érési változást jelent: a testi születés, a serdülőkor mint „az egyéni éntudat születése a család szociálpszichológiai méhéből” (Süle 1997, 86), végül ösválónk irányának érzékelése és a *Selbst* élmény integrálása a tudatba, mellyel megtörténik az ember szellemi, harmadik születése.

„Az élet első felének fő feladata lélektanilag az adott konkrét világ realitásában való elhelyezkedés: a nemi identitás kifejlesztése és az ennek megfelelő párkapcsolat és család kialakítása, hivatásválasztás, az anyagi biztonság megteremtése, barátok szerzése, a szellemi irányultság kidolgozása. A második

életfélben mind nagyobb szerepet kap a személyiség addig háttérben lévő oldalainak a kifejlesztése, a mélyebb belső értékek megtalálása, a szellemi, transzperszonális élet iránti érdeklődés fokozódása” (Süle 1997, 79). „A gyerekkori fejlődés vonatkozásában Jung az egó komplex kialakulásának kollektív emberi archetipikus folyamatát emeli ki. Ez az időszak a pszichoanalízis fő kutatási területe volt, és mind a mai napig elméleteiben részletesen tárgyalja. Jung elsősorban a felnőttkori fejlődés, személyiségérés folyamatával foglalkozott. A serdülőkorra a tudattalanból egyre inkább különváló, kialakuló önálló egó "rész-énekből" áll össze, integrálódik egésszé. (...) Ahogy az énrendszer kialakul, úgy ez a továbbiakban a személyiség szerveződés fő centrumává válik” (Süle 1996, 50-51).

3.3.2. A jungi személyiségmodell

3.3.2.1. A perszóna

A kialakult és megerősödött egó – *tudatos én* - kifejleszti a világhoz való alkalmazkodás és kapcsolódás lélektani szervét, a *perszónát*, vagy *szerepszemélyiséget*. A perszóna mintegy burka a tudatos énnek, és tartalmazza mindazokat az archetipikus szerepeket, szereprepertoárokat, „ahogy szeretnénk viselkedni, amilyenek szeretnénk látszani” (Süle 1997, 81). A tudatos én funkciói Jung szerint a gondolkodás, az intuíció, az érzés vagy érzelem, és az érzékelés. A környezettel való kapcsolatban ezt a perszóna valósítja meg. Ennek a négy funkciónak a harmonikus működéskéért van szükség ahhoz, hogy a későbbi fejlődési szakaszokban, a személyiség érése folyamán az egyén integrálni tudja a tudattalanban megsejtett tartalmakat, és ez különösen igaz a *Selbst* élménnyel kapcsolatban (Süle 1997). Az én fejlődésének zavarai a perszónaképződés torzulásaihoz vezethetnek. „A *perszónaképződés torzulásainak* következő főbb formáit emeljük ki: *a)* a túl merev, *b)* a túl gyenge, *c)* a kívánt és realizálni tudott közti, túl nagy különbség, *d)* az én túlzott azonosulása a perszónával, *e)* a kaméleon, *f)* az inhomogén, ellentmondásos szerepszemélyiség, *g)* a képmutató, *h)* az életkorhoz, társadalmi szerephez nem tudó perszóna” (Süle 1996, 41).

3.3.2.2. A tudatos én és fejlődése

A préperszonális fejlődési szakasz feladata, hogy a „*serdülőkorra a tudattalanból egyre inkább kiemelkedő, még nem stabil "rész én"-ekből*” (Süle 1997, 82) összeálljon, integrálódjon az önálló egó. A perszonális fejlődési fokon a „világban való helytállni tudás képességeinek kifejlesztésében érlelődik meg a felnőtt ember” (Süle 1997, 82). A transzperszonális fejlődés fokán a tudatos én már megsejti, „*hogy nem ő a személyiség fő vezérlője, központja, hanem ahhoz szíve mélyén, az ismeretlen, a tudattalanon át vezet az út*” (Süle 1997, 85). A tudattalan tartalmak tudatba való beengedésének, felhozásának és integrálásának a feltétele, hogy az egónak mind a négy alapfunkciója megfelelően, és egymást kiegészítve, támogatva működjön. Így először a személyes tudattalan és az árnyékszemélyiség, majd később a Selbst élmény megtapasztalásai integrálódhatnak a tudatos énbe (Süle 1997).

3.3.2.3. Az árnyék és a személyes tudattalan

Az egyén fejlődése során a környezetből, belső fejlődésünkből, egyéni tapasztalatainkból, a minket ért hatásokból, és az erre adott egyéni reakcióinkból áll össze az a lelki tartomány, amelyet személyes tudattalannak nevezünk. Ebbe a tartományba számúzi a tudatos én, az egó és annak „alkalmazkodó szerve”, a perszóna az árnyékszemélyiséget. „Ez az a részünk, amilyenek nem akarunk lenni, amit elutasítunk magunktól, amit elfojtunk” (Süle 1997, 87). Az egyén annak a feszültségében él, ami szeretne lenni és amit elutasít. Ez a feszültség „*a jó és a rossz fogalmával, s így a morál problémájával is, alapvető kapcsolatban van*” (Süle 1997, 87).

3.3.2.4. A kollektív tudattalan

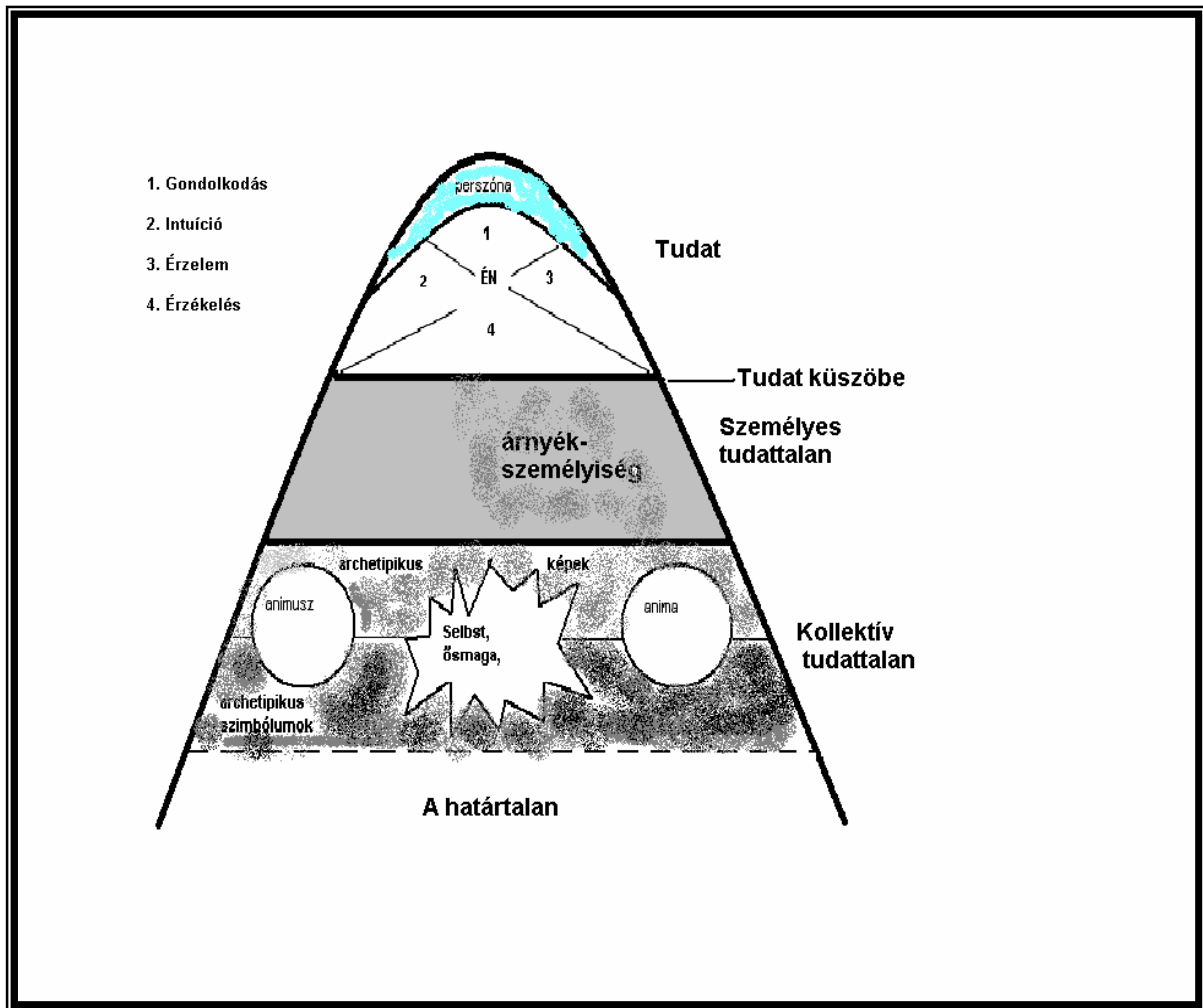
A kollektív tudattalan fogalmának megalkotásával a „jungii lélektan legjelentősebb alkotásai közé tartozik” (Süle 1997, 93). A kollektív tudattalan az emberiség tapasztalatainak tárhelye. Ezek az archetípusok. „Jung ezeket (...) az

emberiség összegződött, sűrített őstapasztalatainak tartja, olyan potenciális funkcionálási mintáknak, melyeknek a pályáin legbensőbb ösztönkésztetéseink és egész személyiségünk kibontakozása is halad. Nem egyszerűen konkrét ősképeknek, vizuális mintáknak kell ezeket elgondolnunk – miként ahogy sokan hivatkoznak rá – hanem minden érzékelési modalitásra (vizuális, auditív, kinezteziás, olfaktórikus, gusztatorikus) kiterjedő, intuitíven megjelenő őszérzés mintáknak” (Süle 1997, 95). Ilyen archetipikus ősmintáink vannak az egyes társas szerepeinkről, apáról, anyáról, gyerekről és hősökről, vagy „ördögről, az öreg bölcsről, angyalokról, démonokról, istenekről, Istenről, stb” (Süle 1997, 79). Ki kell emelnünk az archetipusok közül az animuszt és az animát, melyek mind a férfi mind a női nemiség ősmintáját megjelenítik a személyiség tudatlanjában. A személyiség tartalmazza nem csak a saját nemiség archetipusát, hanem az ellenkező nemről is raktároz ősképet. Így a férfiban élő őskép a nőiségről az *anima*, a nőben élő férfi ősminta az *animusz*. Szintén a kollektív tudattalan tartományában található – és a határtalan felé is nyitott – a Selbst, lényünk ősmaga.

3.3.2.5. A Selbst (ősmagunk, ősválónk, mélymag)

Mint már az előzőekben is kiemeltük, az „ősválónk irányának érzékelése, impulzusainak felfogása és követése, a Selbst élmény jelenti az ember szellemi, harmadik születését” (Süle 1997, 86). Jung szerint ősválónk egyre mélyebb megértése és integrálása a fejlődés lényege ebben a transzperszonális, harmadik fejlődési szakaszban. Ez az iránytű az egóval „szövetségben” szervezi a belső fejlődést már ebben a szakaszban. Ennek a szövetségnek létrejöttéhez, a „Selbst tapasztalati megértéséhez vagy megsejtéséhez viszont mind a négy funkció (értelem, intuíció, érzés, közvetlen érzékelés) lehető minél telesebb, egyidejű integrációja szükséges a személyiségben” (Süle 1997, 93). „Ennek a kapcsolatnak (egó-Selbst tengely) megléte jellemzi a szellemileg is érett embert” (Süle 1997, 87).

Ez a rövid összefoglaló csak vázlatos és leegyszerűsített kivonata annak a rendszernek, melyet Jung a személyiség éréséről, fejlődéséről és szerkezetéről, dinamikájáról kidolgozott. Lényegesnek tartom kiemelni, hogy ebben a személyiségmodellben megjelenik a jó és rossz, a bűn fogalma és a morál problematikája is, amelyek alapvető emberi kérdések.



1. ábra: Jung (topikus) személyiségmodellje

3.4. Kohlberg erkölcsi fejlődési modellje

Bár minden emberi cselekvésnek és viselkedésnek vannak morális, etikai vetületei – és csak az emberi viselkedésnek és cselekvésnek – így a szenvedélybetegségnek mint életvitelnek, viselkedésnek is, de úgy gondolom, hogy a szenvedélybetegség kialakulását nem tudjuk megérteni, ha csak kizárólag erkölcsi szempontok alapján vizsgáljuk a folyamatot. Mégis szükségesnek érzem az ember erkölcsi fejlődését leíró elmélet rövid összefoglalását, mert maga az erkölcsi gondolkodás és viselkedés antropológiai jellemző, és szintén egy fejlődési folyamat eredménye.

Piaget szociális fejlődéselméletének kidolgozása során kezdte el vizsgálni a gyerekek szociális szabályokhoz való viszonyát, erkölcsi gondolkodását, ítéleteik

indoklását az egyes életszakaszokban. „Piaget erkölcsi fejlődési megközelítésének legjelentősebb képviselője Lawrence Kohlberg. A Piaget által javasolt két erkölcsi gondolkodási szakasz helyett ő hatot ajánlott, amelyek a gyerekkortól a felnőttkorig tartanak” (Cole 2003, 563).

Kohlberg az erkölcsi gondolkodás három egymásra épülő hierarchikus szintjét különbözteti meg, és minden szintet két szakaszra oszt. Az I. szint, melyet **prekonvencionális** szintnek nevez. A II. szint a **konvencionális**, a III. szint a **posztkonvencionális** szint. A háromszor két szakasz leírható és megkülönböztethető az alapján, hogy az egyén mit tart helyesnek, helyesnek tartott véleményének, cselekvésének mik az indokai, illetve hogy milyen társas, szociális nézőpont jellemzi az adott szakaszt. Kohlberg ezt az alábbiak szerint írja le (Cole 2003, 564-565).

3.4.1. Prekonvencionális szint

3.4.1.1. Az 1. szakasz : Heteronóm erkölcs

A prekonvencionális szinthez tartozik az első szakasz, melyet ő a **heteronóm erkölcs** szakaszának nevez. A heteronóm erkölcs szakaszában az egyén indoka a helyes cselekvésre a büntetés elkerülése, illetve a tekintély mint hatalom feltétel nélküli elfogadása. Az egyén a büntetéssel megerősített szabályoknak való indok nélküli engedelmisséget tartja helyesnek, valamint a „személyek és tárgyak fizikai károsodásának elkerülését” (Cole 2003, 564). Jellemző erre a szakaszra az egocentrikus nézőpont. Az egyén még nem képes mások érdekeit figyelembe venni, illetve felismerni, hogy mások nézőpontja és érdeke eltérhet a sajátjától. Ebben a szakaszban még azonosítja saját nézőpontját a tekintély nézőpontjával. „A cselekedetek fizikai, és nem mások pszichológiai érdekeinek megfelelően értelmeződnek” (Cole 2003, 564).

3.4.1.2. A 2. szakasz: Individualizmus, instrumentális erkölcs, csereelv

Szintén még a prekonvencionális szinthez tartozik a második szakasz, melyet Kohlberg az **individualizmus, instrumentális erkölcs, a csereelv** szakaszának nevez. Az instrumentális erkölcs szakaszában az egyén indoka a helyes cselekvésre a saját érdekek és szükségletek kielégítése „egy olyan világban, ahol másoknak is megvannak a maguk érdekei” (Cole 2003, 564). Az egyén ebben a szakaszban helyesnek tartja azt a cselekvést, amely az érdekeit és szükségleteit szolgálja, azoknak a szabályoknak a betartását, melyek követése közvetlenül az érdekében áll, „és megengedi ugyanezt másoknak is” (Cole 2003, 564), illetve minden méltányos cserét, üzletet - amennyit adok, annyit kapok alapon. Kohlberg az erre a szakaszra jellemző társas nézőpontot „konkrét individualista nézőpont”-nak nevezi (Cole 2003, 564), ami azt jelenti, hogy az egyén már teljesen tisztában van azzal, hogy mindenkinek vannak személyes érdekei, amelyeket érvényre is akar juttatni, amely törekvések „konfliktusba kerülhetnek egymással – hogy mi a helyes, az következésképp viszonylagos (konkrét, individualista értelemben)” (Cole 2003, 564).

3.4.2. Konvencionális szint

3.4.2.1. A 3. szakasz: Kölcsönös személyközi elvárások, viszonyok és személyközi igazodás

A konvencionális szinthez tartozik a harmadik szakasz, melyet a **kölcsönös személyközi elvárások, viszonyok és személyközi igazodás** jellemez. A személyközi igazodás erkölcsi szakaszában az egyén indoka a helyes cselekvésre elsősorban az az igény, hogy „az ember jó legyen a önmaga és a mások szemében” (Cole 2003, 564). Fontos indok a tekintély fenntartásának szükségessége, illetve a jó viselkedést támogató szabályok fenntartásának igénye. Az a helyes cselekvés, amelyet a közelállók vagy általában az emberek elvárnak. „Fontos, hogy az ember „jó egyen”, jó indítékai legyenek, és törődjön másokkal. Ez azt is jelenti, hogy a kölcsönös kapcsolatokat a bizalom, a lojalitás, a tisztelet és a nagybecsülés tartsa össze” (Cole 2003, 564). Az egyén nézőpontja is jelentősen megváltozik az előzőekhez képest: a „kölcsönös érzések, megegyezések és elvárások az egyén

érdekeit megelőzhetik” (Cole 2003, 564), és már képes a másik helyzetébe képzelni magát, sőt ezt már aranyszabályként értelmezi.

3.4.2.2. A 4. szakasz: társadalmi rendszer és lelkiismeret

A konvencionális szinten belül a második, az erkölcsi fejlődés egészében a negyedik szakaszban a **társadalmi rendszer és lelkiismeret** kerül az értékítélet középpontjába. Ebben a szakaszban a helyes cselekvés indoka a káosz elkerülése, a társadalmi rend működtetésének zavartalan biztosítása, illetve a kötelezettségek teljesítésének lelkiismereti parancsa. Helyes cselekvés a kötelezettségek teljesítése, és a „szabályok betartása, eltekintve a szélsőséges esetektől, amikor azok más rögzített kötelezettségekkel állnak konfliktusban” (Cole 2003, 565). Olyan társas nézőpont a jellemző ebben a szakaszban, amelyben a „szerepeket és a szabályokat meghatározó rendszer nézőpontja” (Cole 2003, 565) az elsődleges. Az egyéni viszonyokat csak aszerint veszi figyelembe, hogy a rendszerben milyen helyet foglal el.

3.4.3. Posztkonvencionális (elvi) szint

3.4.3.1. Az 5. szakasz: társadalmi szerződés (hasznosság és egyéni jogok)

Az erkölcsi fejlődésnek ebben a szakaszában a szabályokkal és törvényekkel kapcsolatos meggyőződés – és a helyes cselekvés logikus indoka is – az, hogy a kötelezettségek „szabadon felvállalt megállapodások” (Cole 2003, 565) alapján a közhaszon érdekében, «a „legjobb a legtöbb ember számára” racionális számításán alapulnak» (Cole 2003, 565), és hogy „minden ember jogainak védelmében társadalmi szerződés hozza létre” azokat (Cole 2003, 565). Helyes az olyan nem viszonylagos értékek érvényre juttatása, melyek az „életre és a szabadságra vonatkoznak” (Cole 2003, 565), a többségi véleménytől függetlenül. Fontos a felismerése és elfogadása annak a ténynek, hogy „a legtöbb érték és szabály viszonylagos és az adott csoportra jellemző” (Cole 2003, 565). Az erre a szakaszra jellemző társas nézőpont „figyelembe veszi az erkölcsi és a jogi nézőpontokat;

felismeri, hogy azok olykor konfliktusban állnak egymással, és nehéz integrálni őket” (Cole 2003, 565).

3.4.3.2. A 6. szakasz: Egyetemes etikai elvek

A legmagasabb erkölcsi szinten lévő ember az emberi méltóságban és az emberek azonos jogaiban hisz, ezeknek az egyetemes etikai elveknek elkötelezett. A törvények és társadalmi szabályok tisztelete és követése is annak függvénye, hogy ezek a törvények és szabályok összhangban állnak-e ezekkel az etikai elvekkel. Amennyiben „a törvények megsértik ezeket az alapelveket, az egyén az elvekkel összhangban cselekszik” (Cole 2003, 565). A személyes cselekedetek indoka az elveknek való elkötelezettség, és a bennük való hit. A jellemző társas nézőpont „olyan etikai nézőpont, amelyből a társadalmi viszonyok levezethetők” (Cole 2003, 565).

A fenti elméletek mellett az egyik legjelentősebb *Erik H. Erikson* által kidolgozott pszicho-szociális fejlődélmélete, melynek alapján a szenvedélybetegség kialakulásának folyamatát vizsgálni akarom. Ezért ennek az elméletnek a rövid összefoglalását már a következő fejezet, a kutatási, elemzési rész bevezetőjébe látom indokoltnak ismertetni.

4. A szenvedélybetegség kialakulásának vizsgálata Erikson pszicho-szociális elméletének tükrében

A szenvedélybetegségek kialakulásukat tekintve multifaktoriális, az egyén életére való befolyásuk tekintetében multidimenzionális jelenségek. A szenvedélybetegség kialakulásában sok tényező játszik szerepet, míg maga a betegség az egyén életének szinte minden területét befolyásolja, meghatározza.

Tekintsük át azokat a tényezőket, amelyek a szenvedélybetegség kialakulásához vezethetnek. A pszichológiai kutatások kimutatták, hogy a különböző személyiségzavarok kialakulásában meghatározó szerepe van az egyén korai énefejlődésének. A *freudi* pszichoanalitikus szemlélet a neurózisok, személyiségzavarok kialakulását a pszichoszexuális fejlődés zavaraiiban látja. Eszerint a neurózisok és személyiségzavarok a tudatos én beszűkülésének, és az ösztön-én dominanciájának a tünetei (Frankl, 1997).

4.1. A pszichoszociális fejlődés stádiumai

Erik Erikson tovább árnyalta a személyiségfejlődés elméletét, amikor meghatározta az egyén fejlődésének pszichoszociális stádiumait. Szembetűnő továbblépés „Freud biológiai determinizmusához” (Cole 2003, 402) képest, hogy *Erikson* a személyiség fejlődését és az identitás kialakulását „egy egész életen át tartó folyamatnak” (Cole 2003, 402) fogja fel. Ennek megfelelően *Erikson* a pszichoszociális fejlődést a következő stádiumokra osztotta fel (Cole 2003):

- | | |
|------------------------------|---|
| - Első év | <i>bizalom versus bizalmatlanság</i> |
| - Második év | <i>autonómia versus szégyen és kétely</i> |
| - Harmadik – hatodik év | <i>kezdeményezés versus büntudat</i> |
| - Hetedik évtől a pubertásig | <i>teljesítmény versus kisebbség</i> |
| - Serdülőkor | <i>identitás versus szerepkonfúzió</i> |
| - Fiatal felnőttkor | <i>intimitás versus izoláció</i> |
| - Felnőttkor | <i>alkotóképesség versus stagnálás</i> |
| - Időskor | <i>integritás versus kétségbeesés</i> |

4.2. Szükségletek és hiányállapotok – a kutatás tükrében

Jól látható, hogy minden egyes stádiumban egy alapvető törekvést, szükségletet jelöl meg *Erikson*, amely az adott életszakasz sajátja. Ezekkel szemben pedig megjelöli a kielégítetlen alapvető szükségletek vagy törekvések következményeként megjelenő káros állapotokat, személyiségvonásokat. Ily módon elmondható, hogy bármely életszakaszban bekövetkező tartós hiányállapotok, kielégítetlen szükségletek a személyiség egészét érintő, nem harmonikus fejlődést eredményez.

4.2.1. Bizalom versus bizalmatlanság

Így az első stádiumban – *bizalom versus bizalmatlanság* – igen fontos, hogy a gyermekben ki tud-e alakulni a bizalom az édesanyjával (gondozójával). A bizalom (biztonság) szükségletének kielégítetlensége a későbbi életszakaszokban az elköteleződés, a személyes kötődés zavaraihoz vezet. *Erikson* szerint „úgy tűnik, hogy a legkorábbi csecsemőkori tapasztalatokból eredő bizalom mértéke nem az étel vagy a szeretetmegnyilvánulások abszolút mennyiségén, hanem az anyai kapcsolat minőségén múlik” (*Erikson* 2002, 245).

Interjú részlet - B. Cs. 28 éves, drogfüggő (kevert típus, politoxikománia)

B. Cs.: Apukámat nem ismerem, soha nem is láttam. Hat éves koromig, anyukám haláláig Fegyverneken éltem anyukámmal és a nagyapámmal.

Interjú készítő: Anyukád meddig volt otthon veled? Hány éves, hónapos korodban ment vissza dolgozni?

B. Cs.: Anyukám mindig otthon volt. Nem dolgozott sosem. Nem is tudom, hogy hány iskolája volt, talán megvolt a nyolc általánosa, ezt nem tudom. A nővére már a születésem előtt feljött Pestre, és elvégezte a főiskolát. De anyám Fegyverneken maradt, és megismerkedett a tróger apámmal, akit soha nem láttam...

I. K.: ...és neheztelsz rá.

B. Cs.: Igen, de nem is vagyok rá kíváncsi!

I. K.: Anyukád sokat foglalkozott veled pici korodban? Nem is jártál bölcsődébe, oviba?

B. Cs.: Gondozott, ellátott, de arra nem emlékszem, hogy sokat foglalkozott volna velem. Bölcsibe nem jártam, de az ovit szerettem a gyerektársaság miatt. Emlékszem a sok játéokra.

I. K.: Anyukádat korán elvesztetted...

B. Cs.: Hat éves voltam. Utána a nagyapám nevelt, de ő is meghalt, mikor én 12 éves voltam. Akkor kerültem fel a nagynénémekhez Budaörsre....

(....)

I. K.: Mennyire kötődöttél az anyukádhoz?

B. Cs.: Furcsa, de nem nagyon kötődtem hozzá. Nem sírtam, mikor meghalt, pedig mindig velem volt. Szerintem nem is fogtam föl akkor, hogy meghalt.....de most érzem, hogy hiányzik.

I. K.: Mennyire kötődöttél a nagyapádhoz?

B. Cs.: Ő már nagyon öreg volt, egész életében a téészenben dolgozott. A faluban mindenki szerette és becsülte. Nem sokat játszott velem, mert már akkor hetven fölött volt, inkább csak üldögélt, de mindig ellátott és próbált nevelni. Nagyon szerettem. 12 éves voltam, mikor meghalt.

Részletek B. Cs. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (I/A melléklet):

Anyja nemsokára meghalt. Később nem igen gondolt rá, emléke elhalványult, arcát is elfelejtette. Nagyapjával kettesben élt ezt követően. (...) Tizenkét éves volt, amikor nagyapja is meghalt.

(...)

Volt egy-két nőismerőse az elmúlt években, akivel huzamosabb ideig együtt élt. (...) „Magszerettem, megszoktam, ragaszkodtam hozzá.” Később veszekedni kezdtek, meg is verte a lányt, aki végül otthagya. (...) Később egy 32 éves, kétgyermekes, elvált asszonnyal élt együtt. (...) A nő törődött vele, együtt is éltek, de idővel ebben a kapcsolatban is feszültségek keletkeztek. (...) E kapcsolatban is veszekedések kezdődtek, Cs. Sokszor „kibukott”, megverte az asszonyt (...).

(...)

Kora gyermekkori súlyos tárgyvesztés: mater halála, amely benn kifejezett bűntudattal is párosul, mivel – kérése ellenére – nem búcsúzott el édesanyjától. (...) Kisgyermekkorban újabb jelentős tárgyvesztés, a nagypapa halála (...).

B. Cs. MMPI teszteredményeinek klinikai szakpszichológus általi kiértékelése (I/B melléklet)

- túlzott lelkiismeretességre, önkritikára hajlamos (K)

(...) skizoid vonások mellett erős szorongások; szociális izolációra hajlamos
(?) saját értékét alábecsüli v. kényszeres férfiassággal palástolja.

Interjú részlet - Ny. Z. 24 éves drogfüggő (stimulánsok)

I. K.: Nevelésedben melyik szülő hogyan vett részt?

Ny. Z.: Igazából azt mondhatom, hogy anyuval voltunk úgy reggeltől estig, hogyha nem voltunk se óvodában, se iskolában, tehát ő vett benne nagyobb részt. Apu, amíg traktorozott ugye ő... Úgy folyt a munka, hogy reggeltől estig nyomatták (...) ő nagyon keveset volt otthon. Ő csak néha részegen szólt bele a nevelésbe, amikor hazajött és megnézték az ellenőrzőt és akkor volt egy fenyítés, megvert, de igazából nem szólt semmiért, csak hogyha berúgott és akkor kiborult. (...) Anyu nevelt minket igazából, ő vette ki a részét a nevelésből, főzött, mosott takarított, és hát igazából ő is azt a büntetést ismerte, hogy verés, és ezt valószínű azért, mert ő is ezt kapta. Mindenért verés járt.

I. K.: Mennyire kötődsz a szüleidhez?

Ny. Z.: Ettől függetlenül nagyon kötődök hozzájuk, mert ez egy része a neveltetésnek. Attól függetlenül szeretetet kaptam tőlük, megkaptam tőlük mindent, mind anyagilag, mind támogatást bármibe.

Részletek Ny. Z. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (II/A melléklet):

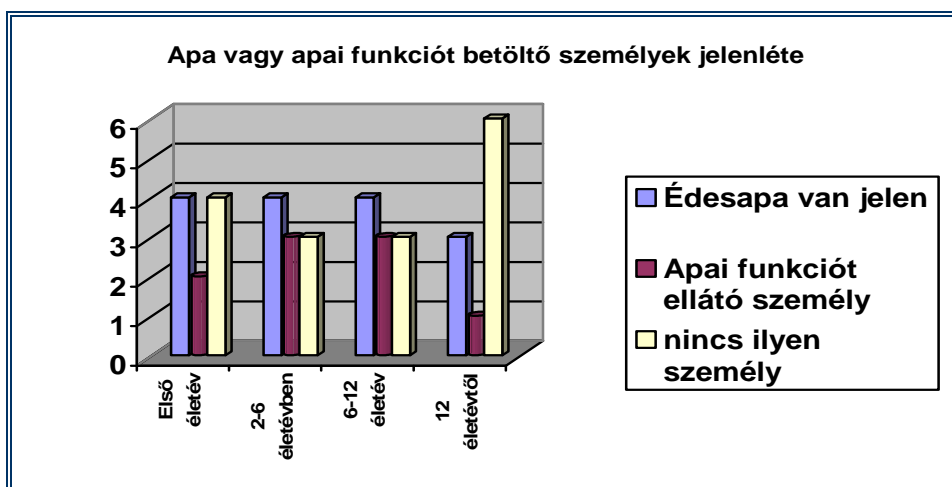
Egy időben, kb. Zoltán 3-10 éves korában pater italozott, ilyenkor állt a bál otthon, a szülők sokat veszekedtek. (...) Valószínű, hogy mater feszültsége, idegesség a saját neveltetésből származhatott. Az anyai nagyszülők nagyon „balhésak” voltak. A nagypapa ivott, a nagymama is nagyon agresszív volt. (...) Nehezen teremt kapcsolatot, különösen nőekkel. (...) Ugyanakkor voltak élettársi kapcsolatai. Az első ilyen kapcsolatából kislány született. Részéről nem kívánt volt a gyermek (...) Különösen apja iránti érzelmi kapcsolata tűnik ambivalensnek, talán az identitás problematikájával is összefüggésben.
{Roma származás – családi kísérlet az identitásváltásra}

Ny. Z. MMPI teszteredményeinek klinikai szakpszichológus általi kiértékelése (II/B melléklet)

Feszült, bizonytalan, kényszeres vonások az előtérben. Introvertált, végletesen szorongó, skizoid-kényszeres személyiség; szomatizáció lehetséges. Kisebbrendűségi érzés, súlyos kapcsolati nehézségek valószínűek.

Csak két vizsgált személy anyagából emeltem ki részleteket. Az első, B. Cs. esetében a vér szerinti apa nem volt jelen a gyermek életében, de volt a nagypapa személyében egy apai szerepet és mintát vivő személy. B. Cs. személyes tragédiája abban rejlik, hogy az édesanyja halála után korán elvesztette ezt az apai funkciókat betöltő személyt is. Ny. Z. esetében az édesapa jelen volt ugyan, de funkcionális értelemben nem töltötte be az apai szerepet, amelyre Ny. Z. esetében különösen nagy szükség lett volna az anya szülői viselkedés-repertoárjának hiányosságaiból adódó káros hatások kompenzálása, mérséklése érdekében. A teljes vizsgálati mintára vonatkozóan az apák jelenlétét a csecsemőkori fejlődés ideje alatt az alábbi grafikon mutatja (2. ábra). A kategóriatengelyen a vizsgált személyek életkora szerinti bontás mutatja, hogy a tízfős mintában hány személy mellett volt jelen az apa vagy az apai funkciót – részben vagy egészben – betöltő személy.

2. ábra: Apai szerepet betöltő személyek részvétele a nevelésben, életkori bontásban



4.2.2. Autonómia versus szégyen és kétely

A második stádiumban – *autonómia versus szégyen és kétely* – az elnyomott autonómiaigény (tekintélyelvű nevelési módszerek) az egyén önbizalomvesztését, önértékelési zavarát eredményezi. *Erikson* így ír erről a fejlődési stádiumról: „Az izomzati érés és a társas módozatok két egyidejű készletével látja el a kísérletező szakaszt: a megtartás és az eleresztés módozataival. Alapkonfliktusuk – akárcsak az összes módozat esetében – egyaránt vezethet ellenséges és jóindulatú várakozásokhoz, illetve viszonyulásokhoz. Tehát a megtartás éppúgy válhat romboló és kegyetlen visszatartássá vagy korlátozássá, ahogy a gondoskodás mintázatává is: birtoklássá és megtartássá. Az eleresztés szintén átfordulhat a romboló erők ártalmas szabadon engedésébe, vagy alakulhat nyugodt „elengedéssé” és „élni hagyássá” is. Ebben a szakaszban ezért a külső irányításnak határozottan megnyugtatónak kell lennie” (*Erikson* 2002, 247-248).

Interjú részlet - G.G. 32 éves drogfüggő (kevert típus, politoxikománia)

G. G.: Aztán anyám újra férjhez ment. A nevelőapám mindig nagyon agresszív volt. Mindenért üvöltözött.

I. K.: Hogyan kezelték kisgyerekként? Kikérték a véleményedet, vagy megkérdezték, hogy te mit szeretnél?

G. G.: Nálunk nagy szigorúság volt. A nevelőapám leuraló volt, nem volt ellenvetés. Sokszor meg is vert. Valójában a nevelőapám sohasem fogadott el engem. Lehet, hogy azért is, mert anyámmal próbálkoztak, hogy legyen közös gyerekük, de nem jött össze. Öt testvérem halt meg. Három halva született, kettő pedig néhány naposan vagy hetesen halt meg. Így a nevelőapámat csak irritáltam, bosszantottam a jelenlétemmel.

Részletek G. G. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (III/A melléklet):

(...) Beszélgetve a gyermekkoráról több szorongató, kellemetlen emlék is felszínre kerül. Például a nevelőapa (anyja második férje) nevelési stílusa, amelynek a lényege az elmondás alapján a verbális fenyegetés volt. („Pszichikailag megfélemlített, félttem tőle.”) (...) Gábor végül nem érezte jól magát anyjáékkal együtt (nevelőapja miatt), ezért elérte, hogy 12 éves korában visszakerüljön a nagymamájához.

(...)

Önkép, jövőkép

„Hajlamos vagyok a rosszra” – mondja önmagáról. Konkrétabban: lobbanékonynak, komolytalannak minősíti magát.

G. G. MMPI teszteredményeinek klinikai szakpszichológus általi kiértékelése (III/B melléklet)

A teszt értékelhető. Pp-D csúcsérték: deviáns életvezetés az előtérben, mellette-mögötte depresszív jegyekkel. Önértékelési (alá-fölé ...~) zavarok, szélsőségek jellemzőek. Suicid veszélyre gondolni kell a konstellációban.

Interjú részlet – B. Zs. 33 éves drogfüggő (kokain)

B. Zs.: (...) Vártuk aput, hogy jöjjön haza, mindig hozott nekünk játékot, apu kedveskedett nekünk, valamit a táskájából mindig előkapott, ilyen kis kedvességet, aminek nagyon örültünk. Aztán később már a hugommal együtt mentem haza...

I. K.: Az oviból?

B. Zs.: Igen az oviból. (...)

B. Zs.: Anyu talán mindig egy kicsit túl féltett engem, és lehet, hogy én is ezt próbáltam meg a Gyöngyivel (a húg). (...) Mivelhogy gyerek voltam, mindig figyelni kellett rám (...)

I. K.: Ez volt a jellemző nevelési mód a családban, hogy túlféltettek, ellenőrizni akartak?

B. Zs.: Jelen volt erősen ez is. Főleg anyu. Mivelhogy rossz gyerek voltam.

Részletek B. Zs. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (IV/A melléklet):

(...) Úgy látja kiegyensúlyozott gyermekkorra volt. Kissé elkényeztették, nem az anyagiakban, hanem az anyukája, aki a szerepét "túlspirázta" úgy, hogy például képes volt aházi olvasmányait (Tüskevár) is hangosan felolvasni, ha neki éppen nem volt kedve hozzá. (...)

Önkép és jövőkép

Céltudatosnak, határozottnak és talán következetes embernek tartja magát. (...) Olyan szeretne lenni, mint anyagozás előtt volt, szeretetreméltó és céltudatos. (...) ...míg az előző motivációja az volt, hogy kiskirály legyen, most inkább boldog akar lenni...

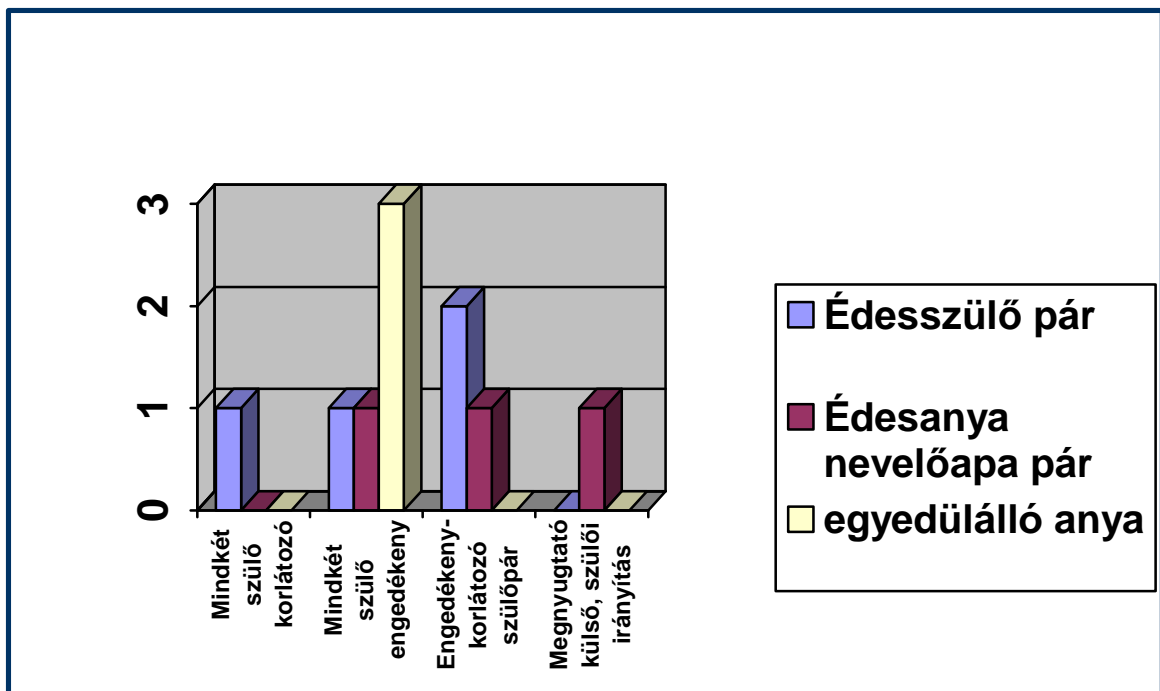
B. Zs. MMPI teszteredményeinek klinikai szakpszichológus általi kiértékelése (IV/B melléklet)

Ez is átlagos profilnak látszana, de: itt a tünetek elfedéséről, disszimulációról árulkodik az F érték. A normál tartományon belül kissé emelkedett az

életvezetési szabálytalanság és a depresszív hangulat ...(?) Az Si skála alacsony volta széles érdeklődési körre, kíváncsiságra, társas kapcsolatokra mutat.

Ismét két vizsgált személy anyagából emeltem ki részleteket. Látható, ahogyan az első interjú alany, G. G. esetében az elhanyagoló bánásmód és a szigorú korlátozó nevelői magatartás kettőssége mutatható ki, úgy a második vizsgálati személy, B. Zs. esetében a kissé korlátozó, túlféltő anya mellett az engedékeny apa nevelési attitűdje jelent ambivalens hatást. A 3. ábra diagramjáról leolvasható, hogy az egyedülálló anyákra - a vizsgált mintában – az engedékeny, irányítás nélküli nevelési metódus a jellemző. A teljes tíz fős vizsgálati mintában a három egyedülálló anya mellett hét szülőpárról kaptunk információkat. Ebből a hét kétszülős családból háromban találtam ellentmondásos, ambivalens nevelési mintázatot. Kettőben mindkét szülő engedékeny, míg egyben mindkét szülő korlátozó mintát mutatott. A teljes tíz fős mintában egy család mutatott - az interjúk tanúsága alapján – olyan mintát, melyben a nevelésben a megnyugtató irányítás volt jellemző. A teljes vizsgált mintában a pszichiátriai szakvéleményben illetve az MMPI tesztek kiértékelésében explicit módon az esetek 50%-ában emeli ki a szakember az önértékelés, az énkép zavarát, de a többiből is implicit módon kiolvasható kapcsolatteremtési problémákkal vagy döntéshozatali nehézségekkel kapcsolatban.

3. ábra: Autonómiatörekvések támogatásának szülői mintázata



4.2.3. Kezdeményezés versus büntudat

A harmadik stádiumban - *kezdeményezés versus büntudat* – a gyermek kezdeményezőkézségének elfojtása döntésképtelen, akaratgyenge személyiség kialakulásának a veszélyét rejti. „A járás szakasza és a gyermekkori genitalitás szakasza az alapvető társas módozatok készletét a ”csinálással” gazdagítja – eleinte a ”boldogulni kezd” értelemben. Nincs egyszerűbb és erőteljesebb kifejezés erre: a nekigyürkőzés és a hódítás örömét sugallja” – írja *Erikson* (Erikson 2002, 251).

Interjú részlet - Ny. Z. 24 éves drogfüggő (stimulánsok)

Ny. Z.: Anyu nevelt minket igazából, ő vette ki a részét a nevelésből, főzött, mosott takarított, és hát igazából ő is azt a büntetést ismerte, hogy verés, és ezt valószínű azért, mert ő is ezt kapta. Mindenért verés járt.

(...)

Ny. Z.: Nagyon fontos mottót tanultam meg a családban: „Ez az én házam, az én asztalom, amit én mondok, azt csinálod!” (...) Csak az volt, amit ők kimondtak és akkor annak pedig úgy kellett lennie.

Részletek Ny. Z. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (II/A melléklet):

(...) Anyja (aki „rendmániás”) meglátása szerint „gyötri” az élet, ezért mater sokszor feszült, ami „főleg rajtam csattan” – állítja.

A drogoktól magabiztosabbnak, „nagymenőnek” érezte magát. Gátlásai a droghatás alatt megszűntek.

(...) Jövőkép: Elsősorban szeretné, ha magabiztosabbá, nyitottabbá válna.

B. J.: A másik ilyen, hogy lejöttem a házból, az út jobb oldalán ment az osztálytársam, akkor már persze tudtam a járást, tehát akkor már egyedül jártam, és szaladtam át az úttesten, át akartam hozzá menni, jobbra néztem, balra nem, és elütött az autó, ott a nővéreméknek az iskolája előtt pont. És a nővéremnek az osztálytársai látták, de igazából semmi nem történt, nem történt nagy bajom, de azért eléggé felkenődtem a másik autóra. Fölálltam és elszaladtam sírva, és a taxis – ő ütött el, az én hibámból – hát ő utánam jött, kihívták a mentőt, megnézett a mentős, keletkezett egy nagy kék folt, azóta is húzom néha a lábamat, hogyha sokat megyek, de hogyelengedtek iskolába, és az iskolában kérdezte a tanítónő, hogy mért késtem, és akkor mondtam neki, hogy azért, mert elütött az autó. És akkor nézett: *_Anyádék?_* Én mondtam, hogy : Senki. És akkor hazamentem utána este és még én kaptam, hogy nem figyelek oda az úton. *{Se az anya, se más nem foglalkozott a balesettel, pedig a nővér osztálytársai látták az esetet, és szóltak a nővérnek.}* (...) Volt egy másik eset is (...) mindannyian meghalhattunk volna például, ez az abszolút nemtörődömség, (...) annyi, hogy volt kajánk, be voltunk iskolázva (...) volt egy ilyen történet, hogy részegen jöttek haza egyik éjszaka*{Az anya és velük élő barátnője prostitúcióból élt!}*, és a szobában nem volt igazán fűtés, ahová mi gyerekek beszorultunk.... *{A két nő egyébként a nagyobbik szobában fogadta a „vendégeket!}* úgy volt, hogy ki volt nyitva az ajtó, és egy másik helyiségből egy hosszabbítón keresztül egy ilyen hőszugárzóról jött be nekünk a meleg. És akkor anyámék hazajöttek részegen, a kabátját letette a fogasra, az leesett és pont ráesett erre a konvektorra.... És nem gyulladt ki, mert iszonyatosan füstölt. És arra ébredtem föl, hogy már füstben úszik az egész szoba (...) úgy keltettem fel a testvéreimet. *{B. J. ekkor kb. 8-9 éves lehetett!}* Igazából, ha akkor nem ébredek fel, ott mindannyian meghalunk. Akkor is mi voltunk a hibásak tulajdonképpen (...)

Részletek B. J. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (V/A melléklet):

Egy „erős” és egy „gyenge” oldalát különbözteti meg. Az előbbihez sorolja, hogy kicsi kora óta „akaratos”, ez a tulajdonsága „vele nőtt”. A „gyenge oldalhoz” „lelki törékenysége” tartozik, továbbá az, hogy „sok szeretetet” tud adni, („ami nem tudom, honnan van, honnan kaptam”). Hajlamos az önsajnálatra, „nagyon el tud” érzékenyülni.

B. J. MMPI teszteredményeinek klinikai szakpszichológus általi kiértékelése (V/B melléklet)

A validitást illetően kérdéses: ... vagy pszichotikus állapot ...a pszichozisra utaló skálán emelt értékekkel (de nem tudjuk, hogy mennyire valós érték)
Tehát vagy szimulál, vagy pszichopátiás jegyek a skizofrénias jellemző tünetek mellett + súlyponton ... jellemzi a ... vagy lehetséges, hogy nem gondosan töltötte ki a tesztet. (?)

Az első eset a kezdeményezés elfojtásáról, a rugalmatlan, merev keretek melletti „megtorlásról”, a szülő – elsősorban az anya - totális irányítás iránti igényéről tanúskodik. A második eset, bár már a tárgyalt fejlődési stádiumnál későbbi időszakból mesél el egy történetet, mégis fontosnak gondolom: az anya büntudatos ébresztő viselkedése („Ti vagytok a hibásak! A ti hibátok!”) az elhanyagoló szülői magatartással együtt a későbbiekben vezethetett volna súlyos akaratgyengeséghez és döntésképtelenséghez, vagy, mint ebben az esetben a gyermek személyiségének énvédő mechanizmusai léptek életbe, kialakítva egy agresszív viselkedési, megküzdési repertoárt, ami B. J. esetében az életútjából, a személyes interjúból is kiderül.

A vizsgált tíz esetből hatban mutatható ki az interjúk alapján a kezdeményezés elfojtásának változó mértékű megléte ebben a stádiumban. Szomorú tapasztalat, hogy a hét kétszülős családból kerül ki mind a hat eset, melyek közül négyben az apa vagy az apai funkciókat betöltő személy volt a korlátozó, egy esetben mindkét szülő. A csonka családban nevelkedő három esetben pedig inkább a súlyos elhanyagolás, két esetben (B.J. és T. I.) a bűnbakképzés sújtotta a gyerekeket.

4.2.4. Teljesítmény versus kisebbrendűség

A negyedik stádiumban - *teljesítmény* versus *kisebbrendűség* – a saját teljesítmény elismerésének hiánya vagy túlzott elvárások a gyermek teljesítményével szemben a felnőtt életben beilleszkedési nehézségekhez és kisebbrendűségi érzéshez vezet. Álljon itt *Erikson* néhány gondolata erről az időszakról: „Énjének határai magukba foglalják eszközeit és készségeit: a munkaelv (Ives Hendrick) {*Hivatkozás az eredeti szövegben*} megtanítja annak örömére, amit a kitartó szorgalommal és folyamatos figyelemmel teljesített munka jelent” (Erikson 2002, 255). E szakaszban az alkalmatlanság és a kisebbrendűség érzésének veszélye fenyegeti a gyermeket” (Erikson 2002, 256).

Interjú részlet – K. Zs. 37 éves drogfüggő (heroinista)

K. Zs.: Édesanyám fodrász volt –sajnos már nem él, meghalt 2005-ben – végül is egyedül nevelt fel, illetve nagyszüleim segítségével, akikhez odaköltöztem. Az általános iskolás időszakomat szinte nagy szüleimnél töltöttem, csak hétvégenként jártam anyámhoz. (...) Nagyszüleim egy munkás család, nagyapám épületgépész volt, nagyanyám pedig esztergályos-marós volt, tehát munkásosztály.

(...)

Egy szülői értekezleten a tanár azt mondta a nagyszüleimnek, hogy Zs. értelmes gyerek, csak későn érő típus. Ebbe a szerepbe én nagyon beletettem magam. (...)

Főleg a nagyapám nagyon sokat foglalkozott velem gyerekkoromban.

I. K.: Volt, hogy ő pótolta az apukádat, valamilyen szinten?

K. Zs.: Igen. Azt hiszem, hogy igen. (...)

I. K.: Mennyire volt jellemző gyerekkorodban a dicséret?

K. Zs.: Egyáltalán nem.

I. K.: Akkor sem, ha valami kiemelkedőt csináltál?

K. Zs.: Az az igazság, hogy nem emlékszem, hogy olyan jó vagy kiemelkedő dolgot csináltam volna gyerekkoromban. Jártam sportolni, kajakoztam, fociztam, de nem... nem csináltam végig. Akkor is ott volt az, hogy rossz

tanuló voltam. Például rossz tanuló voltam az általános iskolában is. És akkor abba kellett például hagynom a focit. Erre is emlékszem. Akkor mondták, hogy ha nem tudok tanulni, nem teljesítem ezeket az eredményeket, akkor... akkor nem mehetek focizni. Büntetés volt nálunk. Tehát például engem nem vertek soha, inkább büntetések voltak. (...)

I. K.: Kedvezmény megvonások. Mennyire voltak tiszták a keretek, tehát az elvárások és követelmények? Le voltak fektetve? Te tudtad, soha nem lepődtél meg, ha valami büntetést kaptál, hogy büntetést kapsz, mert tudtad, hogy miért kapod, tudtad már előre, amikor ez megtörtént, hogy na ebből baj lesz. Ilyen értelemben az elvárások, keretek le voltak fektetve.

K. Zs.: Igen.

I. K.: És a követelmények, tehát hogy mit követelnek tőled vagy milyen teljesítményt várnak el tőled az is le volt tisztázva? „Mit kell megenned?”

K. Zs.: Így nem voltak letisztázva, tehát ilyen szinten. Az volt, arra emlékszem, hogy a tanulás, az mindig az első helyen volt, az, hogy tanulni kell, (...) Nagyon sokat foglalkozott velem a nagyapám a tanulás terén. Napi szinten hosszú órákat képes volt velem leülni, és foglalkozni velem. Az egy más kérdés, hogy engem abszolút hidegen hagyott.

Részletek K. Zs.. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (VI/A melléklet):

Önkép, jövőkép

Önmagát „barátságos, gátlásos, társaságban nehezen kommunikáló, oldódó” embernek minősíti. „Aminek súlya van, az nem megy” mondja a közösség előtti megnyilvánulásairól. Ilyenkor „befeszül, levegőt is alig kap”.

K. Zs. MMPI teszteredményeinek klinikai szakpszichológus általi kiértékelése (VI/B melléklet)

Feszült, bizonytalan, depresszív, aggodalmaskodó - kényszeres vonásokkal – a szociális introverzió, zárkózottság magas foka jellemzi. Szorongás fokozott, klinikailag súlyos depresszió, vagy depresszív (?) valószínű.

Interjú részlet – D. Gy. 33 éves (polytoxicomania, alkoholfüggőség)

(...)

I. K.: Milyen nevelői stílus volt a családban? Gondozó, de hideg? {Hivatásos nevelőszülő – egyedülálló nő nevelte.}

D. Gy.: Nem azt mondom, hogy apatikus vagy ilyen érzéketlen volt, hanem úgy értem a munkájának élt.

(...)

I. K.: Az elvárások és a követelmények mennyire voltak tiszták? Tehát ő mit vár tőletek, mit követel meg? A keretek mennyire voltak jól körülírva, mennyire voltak nyilvánvalóak számotokra?

(...)

D. Gy.: Nem nagyon volt tisztázva, ez inkább egy folyamattá vált. Mindig ránk szólt, hogy nem szabad, akkor azt nem csináltuk, és ... és akkor az egy ilyen folyamattá vált és megtanultuk. (...)

I. K.: Tudnál mondani nekem egy esetet, amikor dicséretet kaptál valamiért?

D. Gy.: Hát... mikor ... mindig úgy dicsért, hogy megint a Gy-nek a legjobb a bizonyítványa, hát ennyi.

Részletek D. Gy. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (VII/A melléklet):

Az explorációkor olyan körülményekről számolt be, amelyek személyiségfejlődését már újszülött korától kezdve súlyosan nehezítették. (Anyahiány, csecsemőotthon, nevelőszülőknél elhelyezés, apahiány, felmenőiről semmit sem tud stb.) Mindezek a körülmények elsősorban a korai kötődést, illetve sajátos önazonosság kifejlődését nehezítették.

D. Gy. MMPI teszteredményeinek klinikai szakpszichológus általi kiértékelése (VII/B melléklet)

A hipománia-skála emelkedettsége hiperaktivitást jelez. Az akadályoztatást nehezen tűri, állandó felfokozott beszédkésztség, aktivitás, „harci készség”

|| jellemezheti. Emellett deviáns vonások (Pp skála) szerepelnek. Klinikailag: ||
|| manifold a kép, mely ... (?) ||

Az első esetben épen az apai szerepet biztosító nagypapa volt az, aki foglalkozott a gyermekkel. A keretek, követelmények és elvárások rendszere azonban csak gyengén volt körvonalazva, visszajelzés, megerősítés nem támogatta az „iparkodás” (Erikson 2002, 255) mint viselkedési minta fejlődését. Ebben szinte azonos a második esettel, ahol viszont az egyedülálló nevelő anya már esetenként a teljesítményt elismerte. A teljes tízfős mintában jellemző volt – a családszerkezettől függetlenül -, hogy nem kaptak megfelelő visszajelzést.

4.2.5. Identitás versus szerepkonfúzió

Az ötödik stádiumban - *identitás versus szerepkonfúzió* -, ha nem sikerül a serdülőnek kialakítani a saját identitását „a társas csoport részeként” (Cole 2003, 403), nem lesz képes meghatározni saját céljait, illetve társas szerepeit kialakítani, megtalálni. Viszont „a serdülő- és ifjúkorban mindazok az azonosságok és folyamatosságok, amelyekre korábban számítani lehetett, többé-kevésbé újra megkérdőjeleződnek. (...) Az énonazonosság formájában zajló egységesülés – ahogy arra rámutattunk – több, mint a gyermekkori azonosulások összessége: az én ama képességének felhalmozódott tapasztalata, hogy az összes azonosulást egységesítse a libidó minden viszontagságával, az adottságokból kifejlődő képességekkel és a társas szerepek nyújtotta lehetőségekkel. (...) E szakasz veszélye a szerepzavar. (...) Hogy összetartsák magukat, átmenetileg olyan túlzott mértékben azonosulnak a csoportok és a tömegek hőseivel, hogy az látszólag identitásuk teljes elvesztésével jár’ (Erikson 2002, 257-258).

Interjú részlet – T. I. 24 éves drogfüggő (stimulánsok)

	I. K.: Tehát anyukád halála tán a nővéred - aki addig pátyolgatott - ,a	
	testvéreiddel felköltözött pestre, te pedig a nagyszüleidhez kerültél. Hány	
	éves voltál ekkor?	

T. I.: Hat. Ekkor kerültem Tiszaalpárra a nagyapámékhoz.

I. K.: Ott nőttél fel?

T. I.: Tizenöt éves koromig, mert akkor haltak meg a nagyszüleim, előbb a papa, aztán a nagymamám is, és ekkor Budapestre költöztem nővéremékhez.

I. K.: Az általános iskolát akkor még Tiszaalpáron fejezted be.

T. I.: Igen. Ott viszont a suliban nem éreztem jól magam. Volt néhány nagyobb srác, akik rám szálltak. Nem voltak haverjaim.

I. K.: Nem volt társaságod?

T. I.: Később a középiskolában, először Kiskunfélegyházán, de ott csak egy pár hónapig voltam, de ott már bekerültem egy jó kis csapatba, és valójában ott kezdtem el cigizni, piálni, aztán nemsokára már spanglizni is. Aztán egyre többet lógtam is a suliból, végül átkerültem Budapestre, de a középiskola harmadik osztályából már a sok lógás miatt kimaradtam. Akkor is a haverokkal lógtam, bandáztunk, egyre többet hazudoztam a nővéremnek is, velük laktam, és próbált nevelgetni. De folyamatosan hazudoztam, lopások is ekkor kezdődtek.

Részletek T. I. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (VIII/A melléklet):

A lányoktól általában félt, ez a szorongás csak a drog hatására oldódott benne. Komolyabb érzelmi kapcsolata nem is volt sosem. „Kicsinek” érzi magát a nők mellett, nem bízott bennük. Félt attól, hogy „kiismerik” őt, megtudják, milyen „valójában”, másrészt pedig attól is félt, hogy „tönkretesz” azt, akivel közelebbi kapcsolatba kerülne.

T. I. MMPI teszteredményeinek klinikai szakpszichológus általi kiértékelése (VIII/B melléklet)

A teszt értékelhető. ...Viszonylag egyértelmű pszichopátiás személyiségzavar, a következmények miatt aktívan (?) szorong; acting out válaszok, bizalmatlan, - kitörésekkel. A szociális izoláció jellemezheti

V. L. M.: Mikor elment ugye, 2001 május 11-én, amikor így reggel elment dolgozni, és este nem jött haza.

I. K.: Anyukád elment dolgozni, és este nem jött haza?

V. L. M.: Hát igen, mert a sógorommal dolgozott a Cola-gyárban, és ugyanitt dolgozott a nővéremnek az első – akkori – élettársa is, és nálunk laktak Tabajdon (...) Elment reggel dolgozni anyu, este nem jött haza és hazajött a sógorom, és mondta, hogy anyu azt üzeni, hogy pakoljuk össze a ruháit, mert többé nem fog hazajönni. Ott volt mindegyik testvérem, {Egy nővére, két húga és egy öccse van!} sírtak. Én nem tudtam akkor sírni. (...)

(...)

V.L.M.: {Apára vonatkozó kérdésre!} Inkább az ilyeneket vártam már, hogy vigyen magával {Vasúti fosztogatásokra!} mikor ilyen konténereket törtek fel. Engem már sokszor ilyen 10-11 éves koromban vitt magával. Inkább az ilyeneket vártam, hogy az ő társaságában legyek. Az ő barátaival. Mert az ő barátai mindig ilyen nagy autókkal mászkáltak, meg ... hát ilyen gengszterek voltak. Csak azt láttam, hogy tele van kinccsel a nyakuk, meg gyűrűvel a kezük.

(...)

I. K.: 2001-ben, amikor anyukád nem jött haza, arról az időszakról mesélsz már! Akkor apukáddal éltetek?

V. L. M.: Az durva volt nagyon. Apu alapból ivott, de akkor még jobban, tehát ilyen mindennapossá vált az, hogy vagy úgy hozták haza, vagy haza se jött. És volt ilyen, hogy hetekre egyedül maradtunk, és akkor még ott lakott nővérem meg az élettársa, de ezek miatt, hogy apu így hetekre eltűnt meg piás volt állandóan, így hamar lefaroltak ők is. Egy hónapra rá már elköltöztek. Maradt a két húgom, az öcsém meg én. És akkor meg ilyenekből éltünk, hogy én gyűjtöttem össze a vasat, hogy majd leadom, meg a sok rezes meg alumíniumot, ... és már nagyon nagy kupaccal volt, leadom, és akkor abból veszek ruhákat, és akkor jó lesz. Azt kellett, hogy leadjam, hogy tudjunk enni, merthogy apu eltűnt hetekre, a nővérem elment, és akkor sokszor egyedül maradtunk abban az időben. Én meg akkor motyóztam {Kábítószer fogyasztottam.} már.

Részletek V. L. M. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (IX/A melléklet):

Önkép:

„Rohadt szipus, semmirekellő, tróger állat”-ként mutatja be magát (...).

Amikor apja Bicskére költözött egy nőhöz, fiának (L...) a vasúti szállón szobát szerzett, mondván, hogy most már boldoguljon egyedül {Ekkor 16-17 éves!}

V. L. M. MMPI teszteredményeinek klinikai szakpszichológus általi kiértékelése (IX/B melléklet)

A teszt értékelhető.

Életvezetési devianciák (Pp); gyanakvó-bizalmatlan beállítódás (Pa) az előtérben, depresszió valószínűtlen – személyiségzavarra utalhat a „pszichotikus (?) > neurotikus triád” és a Pp-Ma emelkedés.

A fenti két kiemelt eset bár erősen különböznek egymástól a körülmények tekintetében, mégis mindkettő súlyos szerepkonfúzióhoz vezetett. *T. I.* esetében a valahova tartozás vágya – az előzetesen meglévő döntésképtelenséggel és akarati gyengeséggel párosulva – az aktuális kortárs-csoport értékrendszerének és elvárásainak való kritikátlan átvételét, vele való azonosulást, és ennek megfelelő viselkedési minták felvételét jelentett. *T. I.* életében nem volt jelen az apa vagy az apát helyettesítő egyéb személy. Súlyos gyermekkori tárgyvesztések után a serdülőkorba érve többszöri kényszerű költözések miatt az állandó kortárs közösségeket sem találhatott. *V. L. M.* a serdülőkorát már egy bűnözői kör befolyása alatt kezdte meg. Ehhez a tényhez társult 14 éves korában az a tény, hogy a fiatalabb testvéreiről való gondoskodás terhe őrá hárult. Evvel egy olyan „felnőtt”, felelős szerepbe kényszerült, amelyre sem koránál, sem érettségénél fogva még nem készült fel. Itt az apa bár névleg jelen volt, a valóságban apai funkcióit a legcsekélyebb mértékben sem látta el. Nem nyújtott a fiának semmilyen támaszt vagy irányítást annak identitáskeresésében. Társas izoláció, devianciák vagy céltalanság szinte az összes esetben felfedezhető.

4.2.6. Intimitás versus izoláció

A hatodik stádium - *intimitás versus izoláció* – intimitásigénye az ember egyik legerősebb belső szükségletét jelenti. A párkapcsolati képtelenség magányosságot, és izolációt eredményez. „A fiatal felnőtt, kiemelkedve így az identitás kereséséből és bizonygatásából, lelkesen és készségesen olvasztja egybe saját identitását másokéval. (...) Az efféle tapasztalatoknak az én elvesztésétől való félelemből eredő elkerülése mély elszigeteltségérzéshez és ennek következtében az énfogalom felszívódásához vezethet. A bensőségesség ellenpárja az eltávolítás: hajlam az elszigetelődésre, és szükség esetén azoknak az erőknél és személyeknek az elpusztítására, akiknek lényeges tulajdonságai veszélyesnek mutatkoznak számunkra, és amelyek "területe" akadályozni látszik bensőséges kapcsolataink kiterjesztését” (Erikson 2002, 259-260).

Interjú részlet – B. Zs. 33 éves drogfüggő (kokain)

B. Zs.: Akkor megismerkedtem a jelenlegi párommal, akitől született egy kislányom – ma már ugye nyolc éves – és így az üzleti sikereimnek köszönhetően lakásra is szert tudtunk tenni, amit jó színvonalon sikerült berendeznünk, (...) és nekem ez még mindig nem volt elég, valami hiányzott az életemből. (...) Az az igazság, hogy most már látom, és a jövőben nagy veszélynek tartom, hogy bár nagyon szerettük egymást – ahogy most is – de nem tudtunk nyitni, és őszinték lenni egymáshoz. Amit a múltkori csoporton mondott az egyik srác, hogy mintha nem tudtuk volna elérni egymást, mintha egymás mellett éltünk volna két külön üvegbúra alatt, és bár vágytunk egymásra meg szerettük is egymást, de sose érhattük el a másikat. És félek is, hogy nehogy az új életemben is ez legyen, mert akkor nincs esélye, hogy együtt maradjunk.

Interjú részlet - G.G. 32 éves drogfüggő (kevert típus, polytoxicomania)

G. G.: Barátnőmmel hét évet voltam együtt. Tőle van egy lányom, aki most tizennégy éves.

I. K.: Úgy tudom van még több is.

G.G.: Igen három lányom van.

I. K.: Alkalmi kapcsolatokból?

G. G.: Nem, az a barátnőmnek a barátnője volt, amíg bent volt a kórházban {tudniillik szülni}, a barátnője felhívott a barátomhoz, és ott le akart velem feküdni. A harmadik, az meg börtönben született.

I. K.: Anyukájával hogyan ismerkedtél meg?

G. G.: Prostituált volt. Aztán már én futtattam.

Részletek G. G. Pszichiátriai szakvizsgálat és életút interjújából (III/A melléklet):

Három gyermeke van, ebből csak egy van G. nevén, aki most 14 éves lány. (...) Második gyermeke egy másik nőtől akkor fogant (egy lépcsőházban), amikor még előbb említett élettársával élt. (...) Harmadik gyermeke attól a prostituált lánytól van, akit ő maga futtatott, illetve akivel egy ideig együtt is élt. Egyik ismerősével közösen „használták” a lányt (egymásról is tudva és ebben egyetértve). Így egy darabig kérdéses volt, ki a megfogant gyermek apja.

A fenti két fiatalembernek a párkapcsolaton belüli viselkedése, magatartási mintái mind a tíz vizsgált szenvedélybetegnél megtalálható. Az önátadásra való képtelenség vagy érzelmi izolációban mutatkozik meg a kapcsolaton belül (3 fő esetében), vagy az elköteleződés nélküli felületes és hideg, elidegenedett párkapcsolatokat találunk (7 fő esetében).

4.2.7. Alkotóképesség versus stagnálás

Ha a hetedik stádiumban - *alkotóképesség versus stagnálás* – az alkotóképesség, az önmegvalósítás igényét nem sikerül kielégíteni, akkor a stagnálás itt is önértékelési zavarokhoz, az egyén saját szociális szerepének, és az életcél értelmének megkérdőjelezéséhez vezet. „Az érett embernek szüksége van arra, hogy szükség legyen rá, s az érettség egyaránt igényel iránymutatást és bátorítást attól, amit létesített, és amiről gondoskodnia kell. (...) Ha e gazdagodás kudarcba fullad, akkor a hamis bensőségesség kényszeres szükségletéhez való regresszió következik be, s ez gyakran társul a megrekedés és a személyes elszegényedés mindent átható érzésével” (Erikson 2002, 263).

Interjú részlet – B. J. 29 éves drogfüggő (heroinista)

B. J.: Húgomra kellett vigyázni. A húgom mindkét szemére vak. Általában, ha én mentem az ottani fiúgyerekekkel valahová, akkor a húgomat is vittem magammal. (...) Húgom nagyon ragaszkodik hozzám, ugye most ő is Egyiptomban él, 26 éves...

I. K.: Tehát őt kivitte anyukád.

B. J.: Ki. Mindenki kint van. (...) Édesanyámmal nem találkoztunk '95 óta. Telefonon beszéltünk egy párszor. Az utolsó telefonos élményem az volt vele kapcsolatosan, hogy: augusztus 20., az az ő születésnapja, ennek alkalmából gondoltam őt fölhívni, boldog szülinapot kívánni, hallani a hangját, és a legrosszabb az volt, hogy ő megkérdezte, hogy én hány éves vagyok.

Interjú részlet – D. Gy. 33 éves (polytoxicomania, alkoholfüggőség)

D. Gy.: '92-ben érettségiztem. Három egész nem tudom mennyi volt, pontosan nem volt négy, és utána - akkor még felvételi volt, nem úgy mint most, hogy az átlagot nézik – felvételizni kellett a Kandó Kálmán Műszaki Főiskolára. Mint elektromérnök. Nagyon szerettem ezeket a dolgokat. Ott

kezdődött el a nagyobb alkoholizmusnak az első része, hogy már mindennapos volt az alkoholfogyasztás. Többször felszólítottak II. évfolyamban második felében már, hogy alkoholszagom van, meg voltak ott diákok is, akik látták, hogy nem vagyok beszámítható. Meg hát figyelmeztettek szóban, a tanári kar összeült és szóltak, hogy jó lenne erre odafigyelni, tudják milyen háttérrel van, meg hogy az állam támogat. Erre még valamennyire emlékszem, és utána írásban is megkaptam, és utána megmondták, hogy ismételjek évet, gondoljam át az egészet, mert így nem lehet a tanulmányaimat folytatni. És akkor én mindenbe bele...tam, és akkor ott kezdődött el a lejtőm lefelé.

A vizsgált tíz főből 9-nél már a szenvedélybetegség kialakult, mire ebbe a stádiumba ért. Önmagában ez a tény is megnehezíti ennek a stádiumnak a progresszív, előremutató megélését, hiszen a drogfogyasztás és a hozzá társuló, kapcsolódó életvezetési devianciák, társas-kapcsolati nehézségek és munkahelyi, iskolai problémák itt már halmozottan jelentkezhetnek. Ez a kilenc fő az élet céltalanságának élményéről számolt be, míg az az egy fő, aki csak 31 évesen kezdett el kábítószerrel használni, és azt megelőzően üzleti sikerei voltak, csak a szerhasználat időszakára korlátozza a kudarcélményt, egyébként az élet értelmét és célját nem kérdőjelezi meg.

4.2.8. Integritás versus kétségbeesés

A nyolcadik stádiumban is - *integritás versus kétségbeesés* – igaz lehet az, hogy ha az önmegvalósítás, életcéljaink kiterjesztése sikertelen, az az egyén saját szociális szerepének, és az életcél értelmének megkérdőjelezéséhez vezet, de itt az egész addigi élettapasztalatra történő visszatekintésben, és átértelmezésben. Ha ekkor nem sikerül integrálni, kerek egészek, teljesnek és értelmesnek ítélni saját életünket, akkor a következmény a kétségbeesés. Ezt a stádiumot már nem vizsgáltam, hiszen a kutatási minta korcsoportja ennél jóval fiatalabb.

A szenvedélybetegség kialakulásának első faktoraiként tehát azokat a tartósan fennálló hiányállapotokat tekinthetjük, amelyek a pszichoszociális fejlődés különböző stádiumaiban az *egyen személyiségfejlődését* meghatározták.

4.3. A szenvedélybetegség kialakulásának további faktorai

4.3.1. A szociális faktor

A következő igen lényeges tényező a *szociális faktor*. A család a szocializáció és a pszichoszociális fejlődés elsődleges színtere. *Komlósi Piroska* (1997) G. Caplant idézve felsorolja „a család „támogató rendszer” jellegű funkcióit” (Komlósi 1997, 14-16.).

1. *A világra vonatkozó információk összegyűjtője és terjesztője.*
2. *Visszajelentő-útmutató rendszer.*
3. *A világról kialakuló kép, az életfilozófia forrása.*
4. *A problémák megoldásában eligazít és közbenjár.*
5. *Gyakorlati és konkrét segítség forrása.*
6. *A pihenés és regenerálódás színtere.*
7. *Referencia- és kontrollcsoportként hat.*
8. *Az identitás forrása.*
9. *Az érzelmi teherbírást fokozza.*

A családok diszfunkcionális működése vagy nem elégséges funkcionalitása jelentősen kihat az egyén szocializációjára, megküzdési stratégia-készletére. *Hoyer Mária* „a droghasználat kialakulásában jelentős szerepet játszó” (Hoyer 2004, 411) előzményeket a következő pontokban szedte össze:

- a szülők alkohol-, ill. droghasználata, és azzal kapcsolatos attitűdje
- a szülők érzelmi életének zavarai
- családi traumák
 - szeretett személy elvesztése
 - válás
 - szülő tartós hiánya (depriváció)
- családon belüli fizikai és/vagy szexuális bántalmazás
- a család élettörténetébe tartozó traumák (*kitelepítés, láger, munkatábor, börtön, stb.*)
- családszerkezeti sajátosságok:

- egyszülős család
- több generáció együttélése
- megsokszorozódott család (nevelőszülők)
- szülők nevelési stílusa
- családi morál, lojalitás kérdése
- jutalmazás mértéke, szerepe

4.3.2. Egyéni életút

A harmadik faktort az „*egyéni életútnak*” nevezem. Az egyén élettörténetében bekövetkezett feldolgozatlan traumatikus események erősíthetik a meglévő – a személyiségfejlődés zavaraiából, a szocializáció hiányosságaiból, a megküzdési stratégiák elégtelenségéből adódó – személyes deficitet.

4.3.3. Személyes élmény, egyéni tapasztalat

Negyedik tényezőként az *egyéni tapasztalat* az, amely mindig jelen van a szenvedélybetegség kialakulásában. Tapasztalati tanulás, *személyes élmény* arról, hogy a feszültségek és deficitesebb állapotok oldhatók, enyhíthetők vagy megszüntethetők. *Gerevich József* (2000) ebben a tekintetben pozitív és negatív megerősítést különböztet meg. Pozitív megerősítésnek nevez a normál állapotból az euphoria felé irányuló (húzás mechanizmus), és negatív megerősítésnek a kellemetlen állapotból (tünet, hiány) a normál állapot elérésére irányuló tapasztalatot.

4.3.4. Tartós stressz

Végül az egyén életében jelenlévő *tartós stressz* mint közvetlen módon ható tényező elvezet a káros szenvedély, a függőség kialakulásáig. Azok a módok, ahogyan az egyén a mindennapokban jelenlévő stresszt kezeli, a személyiségfejlődés során épülnek be az egyén megküzdési repertoárjába. A súlyos krízisekkel terhelt fejlődés ezeknek a stratégiáknak az elégtelen voltát eredményezheti.

4.4. Összegzés

4.4.1. Kutatási tapasztalatok

Az általam elvégzett kutatás eredményeit tekintve a hipotézisem első fele, miszerint a kényszeres szerhasználó személy korai fejlődésében kimutatható valamely fejlődési szakaszban történt krízis, melynek megoldatlansága vezetett végül – mint öngyógyítási kísérlet – a kémiai szerfüggőséghez, minden interjú és egyéb személyes anyag tanulsága szerint megállja a helyét, igazolást nyert.

A tíz fő közül a személyes kötődés zavarai és az elköteleződési képtelenség tulajdonképpen minden esetben kimutatható, kifejezett. Az önbizalomvesztés 9 fő esetében egyértelműen kirajzolódik, és az önértékelési zavar egy fő esetében nárcisztikus elemeket épített be személyiségébe. A döntésképtelenség, és az akaratgyenge személyiségjegyek a vizsgált esetek többségében, hét személynél nagyon markánsan jelentek meg. Beilleszkedési nehézségek 9 főnél, a kisebbségi érzés 8 esetben jelentkezik nagyon markánsan, mely az élettörténetekből egyértelműen kiolvasható. Az egyik legjellemzőbb fejlődési deficit, ami mind a tíz esetben megjelent, hogy az egyén nem képes meghatározni saját céljait, illetve társas szerepeit kialakítani, megtalálni, illetve a párkapcsolati képtelenség és a szociális izoláció, valamint az, hogy az egyén saját szociális szerepét, és az életcél értelmét megkérdőjelezi, ez kilenc esetenél írható le. Az egyes stádiumokban elszenvedett fejlődési deficitek egymást erősítve, hatványozva jelentkeznek a felnőtt életvitel kialakításának időszakában, és az egyéb faktorokkal karöltve vezetnek el a szenvedélybetegség kialakulásához.

Hipotézisem második része, miszerint az apáknak kiemelkedően fontos és meghatározó szerepe és felelőssége van ebben a folyamatban nem nyert olyan tudományos erejű bizonyítást, mint amelyet ettől a munkától vártam. A feldolgozott kutatási eredmények tükrében a fenti hipotézis megerősödött bennem, de nem látom egyértelműen igazoltnak az összefüggéseket az apai funkció-diszfunkció és a kábítószerfüggő egyén viselkedési, magatartási mintázata között.

4.4.2. Következtetések, tanulságok

A kutatás tapasztalataira támaszkodva be kellett látnom, hogy az apáknak a szervedélybetegek személyisének alakulásában betöltött szerepének vizsgálata csak oly módon lehetséges pusztán fejlődés-lélektani szempontok szerint, ha a kutatási spektrumot ki kell terjeszteni a szervedélybeteggé válás egyéb faktoraira is, úgy mint szociális faktor, egyéni életút és tapasztalat, illetve arra is, hogy ezek hogyan függenek össze az adott személy esetében, miként erősítik vagy mikor oltják ki, gyengítik egymást a fenti folyamatok.

Éppen ezért a további vizsgálódást úgy építeném fel, hogy összehasonlító vizsgálatokat végeznék szervedélybeteg és nem szervedélybeteg egyének családjainak a bevonásával. Tovább bontanám a kutatási területet, és kizárólag egy meghatározott életszakaszt, fejlődési stádiumot vizsgálnék egy személy esetében.

Az apák felelősségét morálisan azért ki merem mondani, szerepük, hatásuk vitathatatlan az egyén életében. Így hatással van az apa a jelenlétével – vagy hiányával -, hatással van azzal, amit tesz illetve azzal is, amit elmulaszt megtenni.

5. A szenvedélybetegségek kezelésének szemléleti kerete

A szenvedélybetegségek kezelésének lehetséges módjait meghatározza kialakulásuk, az addikció típusa, és a tünetek komplex, az összes életdimenziót átfogó, befolyásoló mivolta. Csak akkor várható a terápia sikere, ha a személyiség-funkciók helyreállítása mellett kezeli a szenvedélybetegség által károsodott egyéb funkciókat is. Több terápiás modell és irányzat alakult ki, sokszor ezek kombinációja, multidiszciplináris módok lehetnek a legsikeresebbek. *Viktor E. Frankl* (1997) az analitikus szemléletű pszichoterápiák (*Freud, Jung*) és az individuál-pszichológiai szemléletű (*Adler*) terápiák, valamint a viselkedésterápiák (*Allport*) mellett, azokat kiegészítve, kidolgozta a logoterápia és egzisztenciaanalízis módszerét. Áttekintve a különböző szemléletű terápiákat *Frankl* (1997) a következő összefoglalást adja:

„A pszichoanalízis számára tehát a neurózis végeredményben a tudatos, az individuál-pszichológia számára pedig a felelős Én beszűkülése” (Frankl 1997, 20).

Frankl (1997) a továbbiakban rámutat, hogy a különböző szemléleti hátterek az ember egzisztenciájának különböző dimenzióiban (biológiai, pszichikai, szellemi, szociológiai) megjelenő vetületeit vizsgálja, de egyetlen vetület sem mutatja meg magát az emberi egzisztencia komplexitását. Antropológiai emberképét így foglalja össze: „Az ember-lét azt is jelenti, hogy az ember túlnő önmagán. Az emberi egzisztencia lényege az öntranszcendencia” (Frankl 1997, 40).

A fentiekből az is következik, hogy a szenvedélybetegségek terápiájában az egyén egzisztenciájának minden dimenzióját, egymás mellett, párhuzamosan kell kezelnünk. *A biológiai dimenzió:* a szomatikus és fiziológiai tünetek, elvonási hiányállapotok, egészségkárosodások orvosi kezelése elengedhetetlen. *A pszichikai dimenzióban:* a személyiség deficitjének csökkentése, érzelmek tudatosítása, megküzdési stratégiák kialakítása és gyakorlása, motiváció erősítése, döntési kompetenciák kialakítása pszichoterápiás és viselkedésterápiás módszerekkel, csoportterápiákkal, közösségi mentálhigiéne eszközeivel. *A szellemi (spirituális) dimenzióban:* a spirituális elbizonytalanodás megszüntetése, az élet értelmére vonatkozó kérdés egyéni megválaszolásának segítése, értékek megtalálásának és internalizációjának támogatása, az egyéni életcél megfogalmazására, kialakítására való képesség elérése. *A szociális (társas) dimenzióban:* kommunikációs készségek fejlesztése, társas kapcsolatok kialakítására és működtetésére való kompetencia

elsajátítása, egyéni szociális helyzet megoldására vonatkozó kezelési módok tanulása.

Amennyiben a kezelés mindezeket a kitűzött célokat eléri, a szenvedélybetegnek már jó esélye van arra, hogy érett személyiségként önállóan és felelősen tudjon döntéseket hozni, és képes legyen irányítani az életét, természetesen annak tudatával, hogy mindig egy dinamikus, változó folyamatnak a felelős irányítója és megélője, amely folyamatnak regresszív vagy progresszív voltát leginkább ő maga határozza meg.

6. Esetbemutató a tünetek tükrében

(Forrás: Személyes interjú, zárójelentések)

K. L. 35 éves ópiát-függő férfi beteg. A váci kórház addiktológiai osztályára orvosi beutalóval érkezett. Ez a második kórházi leállási kísérlete. Az elsőt követően - két évvel ezelőtt - 6 hónapig volt szermentes. Orvosi segítség nélkül már 5-6 esetben próbálkozott, elmondása szerint ezek közül egy hozott említésre méltó eredményt, amikor nyolc-kilenc évvel ezelőtt 14 hónapig tudta tartani az abszcinenciát. Felvételnél szermentes, kezdeti elvonási tüneteket produkál. Magtartása elesett, segélykérő, együttműködő. Fizikai állapotát tekintve erős csontozatú, de legyengült, lefogyott. Vérnyomása normális.

6.1. Anamnézis:

K. L. az anyja első terhességéből született. Az anyja a terhesség utolsó hónapját toxémia miatt a kórházban töltötte. A szülés komplikációkkal zajlott, így fogós szülés volt, a köldökzsinór az újszülött nyakára (3x) és derekára (1x) tekeredett. Az újszülött a 2. napon besárgult, ezért átszállították a gyermekklinikára megfigyelésre. Az anyja 2 hónapos koráig szoptatta, azt követően tápszerez táplálást kapott. A csecsemő 5 hónapos korától az anyja visszament dolgozni, a gyermeket vidéki nagyszülei, a nagymama nővére, az anyja nővére, és annak lánya gondozták, elfogadó-támogató környezetben.

Mozgásfejlődése erős testalkatánál fogva kicsit megelőzte saját korosztályát, így egy évesen már járt.

Beszédfejlődésében is kissé megelőzte társait, tizennégy hónaposan már egyszerű mondatokban beszélt. Unokatestvére, aki ekkor járt a gyógypedagógiai főiskolára feljegyezte, hogy hány új szót mond egy nap. Ez a szám 16 hónaposan 41 volt.

A szobatisztaságot 2 éves korára elérte.

A betegségeket tekintve csecsemőkorban, egy éves koráig négyszer volt tüdőgyulladás, ezt követően immunrendszere megerősödött. Négy évesen átesett a kanyarón. 10 évesen garatmandula műtéten esett át.

A gyermek 3 ¹/₂ éves korában a szülők befejezték saját házuk építését Budapesten, és magukhoz vették a kisfiút. Az apa szigorú „porosz” nevelési stílusa, az új

környezet, óvodai beilleszkedés nehézségeket jelentett a gyermeknek. A büntető-jutalmazó környezetben a gyermek egyre visszahúzódóbb lett. Itt jelentkeztek az éjszakai vizelet-visszatartási problémák. Az éjszakákat végigaludta, de az óvodában már a napközbeni pihenők alatt ébren volt. Az óvónők egy idő után elfogadták, hogy L. nem alszik, és mesekönyvet olvastak neki, foglalkoztak vele. Az óvodában már kedvelte az elkülönült, elmélyült játékokat, kerülte a csoportos játékokat, mint ahogy a szereplést.

Iskolai tanulmányait hat évesen megkezdte. Jó eredményekkel végezte az általános iskola első osztályait, de itt is visszahúzódó volt a magatartása. Az általános iskola első osztályában derült ki, hogy látása igen rossz, de korrigálható, ezért erős szemüveget kapott. Iskolapszichológus is ekkor látta először (és tudomása szerint utoljára), mert a rossz szépírás jegyeit követően egy dolgozatra végre ötös osztályzatot kapott, és ekkor sírógörcs lett úrrá rajta. Iskolai eredményei bár mindvégig jók maradtak, a felső tagozatban enyhén visszaestek. Magatartásával az általános iskolában nem volt probléma.

12-13 évesen érdeklődési köre kitágult, egyre többet olvasott. Érdekelték a természettudományok (matematika, fizika, kémia, biológia, csillagászat), a művészetek (festészet, szobrászat, filmművészet, irodalom), és a humán tudományok közül a filozófia, vallásfilozófia. A gimnáziumban intellektuális képességeit kihasználva könnyedén ért el viszonylag jó eredményeket, de magatartásával, excentrikus viselkedésével és lázadásával nehezen illeszkedett be az akkori iskolarendszerbe. Elmondása szerint az osztály közösségében sem tudta megtalálni a helyét, noha társai kedvelték.

6.2. Addiktológiai anamnézis

Dohányzást 13 évesen kezdte. Első alkoholfogyasztás szintén ekkor történt. 16 éves korától rendszeresen fogyasztott alkoholt (heti 3-4 lakalommal). Első drogélménye 17 éves korában, intravénásan adagolt morfinum formájában. Ezt követően szinte minden drogot kipróbált, 18 éves korától rendszeresen fogyaszt ópíát-tartalmú szereket (Morphinum, ópium, hydrocodin, codeinum, „kompót”), barbiturátszármazékokkal kombinálva (Noxyron). Az első 8 és fél évben az intravénás használat volt a jellemző. Ekkor állt le otthon, orvosi segítség nélkül

(„szárazon”) 14 hónapra. Ezt követő visszaesése után már szinte kizárólag codeinumot és Noxyront használt, orálisan. Két és fél évvel ezelőtt kórházi osztályon kezelték, ezt követően kb. 6-7 hónapig volt abszcinens. Jelenlegi napi adagja: codeinum hydrochloricum 3,8 - 4,0 gramm + 18-20 tbl. Noxyron.

6.3. Pszichiátriai anamnézis

Kilenc évesen végeztek vele először intelligencia-vizsgálatot (gyógypedagógus unokatestvér – Beranek Aranka). Akkori eredménye: IQ 142. A tizennégy éveseknek szóló utolsó feladatot is elvégezte, bár időn túl. 18 évesen gyógyszeres suicid-kísérlete volt, de öngyilkossági szándék valódiságát tagadja („Csak a katonaságot akartam megúszni!”). Ezt követően rendszeres ideggondozói kezelés alatt állt (Dr. Romsauer Lajos addiktológus-pszichiáter főorvos, XV. kerületi Ideggondozó). Diagnózisa: pszichopátia schizoides, depresszív időszakokkal. Igazságügyi elmeorvos szakértői vizsgálat 20 évesen történt, (Rorschak teszt, Szondi-teszt), schizotim személyiség eredménnyel (vizsgálati eredmény nem áll rendelkezésre, az információ a betegtől származik). 27 éves korától (8 éve) codein fenntartó kezelésben részesül.

6.4. Családi anamnézis

Anyja mérnök-közgazdász, apja levéltáros (bölcész). Egy öt évvel fiatalabb fiú testvére van. Az apa tekintélyelvű nevelési módszere többször a testi fenytés alkalmazásával járt. Az iskolai jó eredmény az elvárt minimum volt, nem járt érte dicséret vagy elismerés, míg a nem 100%-os teljesítményért feddés, szidás járt. Rossz magviselet vagy engedetlenség büntetése verés. Kirívó esetben eszközzel (lovaglóstor vagy nadrágszíj), szertartásosan. A gyermek legerősebben a nagymama nővéréhez kötődött érzelmileg, aki az ifjabb testvér születésekor a családhoz költözött, és a gyerekek gondozását végezte. A kisfiú kilenc éves korában hirtelen meghalt a néni. A gyermek ekkor lefogyott, iskolai eredményei egy időre leromlottak. A szülők között az érzelmek kommunikációja gátolt volt, az apa neurotikus személyisége és depresszív hajlama miatt (megjegyzés: a beteg

értékelése). Az apa a döntések felelősségét ráhagyta az anyára, néha azonban a tekintély elvén ő hozott döntéseket, amik ellen nem lehetett fellebbezni. A jó szándékú anya nem tudta kompenzálni az apa - csapongó hangulataiból származó - következetlen viselkedését. K. L. a családon belül is visszahúzódóan viselkedett, legerősebben öccséhez kötődik. Korán önállósodott, 19 és $1/2$ évesen megházasodott. Másfél évig a szülőkkel laktak, majd 21 évesen feleségével külön lakásba költözött. Házasságuk nyolcadik évében leánygyermekük született. Kapcsolata feleségével ezt követően megromlott, a házasság tizenharmadik évében K. L. Külön költözött.

6.5. Tünetek

6.5.1. K. L. beszámolója alapján

„Vágy – készítés – növekvő feszültség – viselkedési sztereotípa – feszültségcsökkenés” (Gerevich 2000, 17.)

6.5.1.1. Kényszeres viselkedés

„Reggel ébredéskor avval kezdem, hogy az első adagot beveszem. Próbáltam már egy párszor csökkenteni vagy abbahagyni. Volt, hogy elindultam dolgozni a reggeli dózissal nélkül. Arra gondoltam, hogy megpróbálom ezt a napot anyag nélkül kihúzni. Félúton jártam, mikor ...”

6.5.1.2. Sóvárgás, szorongás

„...le kellett szállnom a buszról, hogy azonnal belőjem magam. Minden addigi gondolatom <egy tiszta napról> távoli, ködös és lényegtelen, elképzelhetetlen volt. Általában több napra előre beszereztem a szükséges anyagot. Ha már csak két napi adag volt, már ideges lettem, és azonnal beindultam, hogy megszerezem a következő négy-öt napi cuccot.”

6.5.1.3. Önértékelési zavar

„Hogy mit gondolok magamról? Nehéz megfogalmazni, mert egyrészt tisztában vagyok azzal, hogy egy csomó dologban az átlag fölött állok. De mit érek az eszemmel, ha képtelen vagyok bármit végigcsinálni? Sokmindenhez van egy kicsit átlag feletti, de semmihez nincs igazi, nagy, átütő erejű tehetségem. Kész röhej vagyok.”

6.5.1.4. Motivációs elégtelenség

„Abszolút értelmetlen ez a nyüglődés! Semmi értelme! Ha látnám a célját, az élet célját! De szorgoskodni, küzdeni, belegebbedni a munkába csak azért, hogy legyen mit enni, hogy legyen erőnk, hogy tudjunk dolgozni, és így tovább, és így tovább.

6.5.1.5. Beilleszkedési és kapcsolati zavarok (szociális izoláció)

„Világ életemben kívülállónak éreztem magam. Mindenhol UFO voltam. Sehol nem tudtam beilleszkedni. Mindig volt egy szem barátom, de soha nem voltak barátaim. A nőkkel is nehezen boldogultam. Mintha felismerték volna, hogy <Na, ez is egy UFO>! Mintha nem értették volna, hogy mit beszélek, és én nem tudtam olyan lezser semmitmondó csevelyt folytatni a kedvükért. Az utóbbi években azzal a néhány emberrel is megszakítottam a kapcsolatot, akikkel azért úgy egy társaságot alkottunk. Nem érdekel már az önzésük, meg inkább egyedül intézem az ügyeimet. Szüleimhez, ha lehet, minél ritkábban megyek. Nem akarom, hogy lássák a haldoklásomat.”

6.5.1.6. Érzelmi labilitás, depresszív tünetek

„A hülyeség kiborít. Nem bírom elviselni, ha illogikusan érvelnek, vagy értetlenül belekötnek minden apróságba. Volt, hogy letéptem a konyhaszekrény ajtaját, úgy felhúztam magam a másik értetlenségét. Máskor meg beletörődve ráhagyom a másokra, bármit mond is: <Persze, rúgjál belém! Hát számít?>”

6.5.1.7. Fiziológiai dependencia

(Addiktológiai osztályon történt obszerváció és terápia alapján)

Orrfolyás, fokozott nyáleválasztás, gyengeség, később enyhe tremor. Fokozott (kényszeres) motorikus aktivitás, sápadt bőr. Erős izzadás. 4. és 5. napon négy GM-roham. Alvás-zavar – teljes alvási képtelenség (34 nap). Gyógyszeres támogatás a kórházi detoxikáció (41 nap) ideje alatt, az elbocsátás előtti héten folyamatosan csökkentve: Depridol 200 mg/nap, Rivotril 4x0,5 mg, Andaxin 3x 3 tabl., Heminevrin 3x1 tabl., Pipolphen 3x1 tabl., Zolofit napi 1 tabl., Dormicum este 1-2 tabl., Tegretol 2x1 tabl. A 9-10-11. napon este az elalvás megsegítésére Leponex növekvő adagban (200-400-600 mg), eredménytelensége miatt és a toxikáció elkerülése érdekében adagolása leállítva.

6.5.1.8. Az antiszociális viselkedés (értékek negálása, normákkal szembeni ellenállás)

„Mi az, hogy jó? Vagy fontos? Munka? Miért? Alkotás? Miért? Családi idill? Miért? Utódokat nemzeni? Miért? Nincs olyan érték, amire ne lehetne szkeptikusan rákérdezni. És tudja, mi a helyzet? A szkeptikus kérdésekre nincs is megnyugtató vagy kielégítő válasz!”

6.5.1.9. Kockázatkereső magatartás, önsorsrontó viselkedés

„Amíg még nem voltam így lerobbanva, szerettem kirándulni meg ilyesmi. Feleségemet kiborítottam mindig, mert ha megláttam egy sziklatornyot vagy kisebb szakadékot, azt én tuti, hogy megmásztam. Ilyen kockázatokra gondol? Vagy arra, hogy nem nagyon törődtem a mindennapos <halálveszéllyel>, amit a szúrás jelent? Igaz, nem nagyon érdekelt, hogy meghalok vagy sem. Egy értéktelen életet elveszíteni? Nem nagy tragédia.”

6.6. A szociális munkás feladatai és lehetőségei

6.6.1. Az eset kapcsán és a szenvedélybetegekkel végzett munkában általában

K. L. segítségkérőn érkezett az (addiktológiai) osztályra. Változtatni akar életvitelén, noha ezt pillanatnyilag reménytelennek tartja. Mivel motivált és együttműködő, a szociális munkásnak – a rendszeres látogatásokon és segítő beszélgetéseken túl – helyet kell találnia egy hosszú távú, bentlakásos drogterápiás otthonban. Fel kell mérnie és mobilizálnia kell a család támogató erőforrásait. A hiányzó papírok beszerzésében is segíthet, és a kezelőorvossal való folyamatosan tartania kell a kapcsolatot. A segítő beszélgetésekben támogatnia és erősítenie kell a beteg meglévő motivációját, és oda kell figyelnie a kliens esetleges mentális és hangulati változásaira.

Fontos elkülöníteni a szenvedélybetegekkel való munka különböző szintjeit, hiszen más és más lesz a feladat is, amit a szociális munkásnak el kell végeznie. Ily módon külön kell beszélnünk a megkereső programokról, amelyek a szociális munka módszertanából elérési programként ismertek. A szociális munkás feladata itt az, hogy az érintetteket bevonja az ellátás körébe, megakadályozza a súlyos krízishelyzetek kialakulását, információt nyújtson a lehetséges ellátási formákról, és ami a legfontosabb, hogy kapcsolatot alakítson ki a szerhasználókkal.

A következő ellátási szint az úgynevezett alacsonyküszöbű ellátások, melyek igénybevételéhez nem kell teljesülnie semmilyen feltételnek, bárki bekerülhet erre az ellátási szintre. Több célja lehetséges, de elsősorban az ártalomcsökkentés körébe tartozó szolgáltatásokat soroljuk ide. Fenntartó kezelések (metadon program), tūcsere program, belövő szobák (jelenleg Magyarországon ilyen kezdeményezést még nem találunk). A szociális munkás feladata itt az ártalomcsökkentés fiziológiai és egzisztenciális vonatkozásain túl a mentális támogatás, a segítő kapcsolat elmélyítése, motiváció felmérése és erősítése, információk gyűjtése (kutatások, érintettségi vizsgálatok) és nyújtása. Leglényegesebb itt is a bizalmi kapcsolat erősítése és fenntartása.

Bár sok alacsonyküszöbű szolgáltatást maguk a drogambulanciák is nyújtanak, mégis a következő ellátási szinthez sorolom ezeket az intézményeket,

hiszen itt már a fentiek mellett egyéni és csoportos foglalkozásokra is van lehetőség. A szociális munkásnak, aki a drogambulancián dolgozik, az egyik lehetséges feladat az eddig leírtakon túl, hogy szervezze, irányítsa ezeket a csoportokat. Az új klienseknek be kell mutatnia ezeknek a csoportoknak a működését, tájékoztatnia kell őket arról, hogy mi és miért történik ezeken a csoportfoglalkozásokon, és továbbra is a személyes kapcsolat ápolása a szociális munkás tevékenységének a „sarokköve”.

A drogambulanciák fölött az ellátás rendszerében a kórházak addiktológiai osztályait találjuk, bár mostanában egyre több ilyen osztályt zártak be, így már szinte csak a pszichiátriai osztályok maradtak fenn a szenvedélybetegek kezelésének kórházi szintjén. A kezelés célja itt a detoxikáció, a fizikai függőség megszüntetése. A szociális munkás feladata a kórházi osztályon a motiváció fenntartása, látogatás, személyes beszélgetések, információ nyújtása a további lehetőségekről, illetve elintézni, hogy a kliens bekerülhessen az általa kiválasztott ellátási formába.

Az ellátási „piramis” következő szintje a hosszú távú bentlakásos drogterápiás otthonok. Itt a kezelés célja már a tartós absztinencia elérése, illetve a józan életvitel kialakításához szükséges képességek és készségek fejlesztése. Hosszú távú bentlakásos otthonban a szociális munkás az otthon terápiás modelljének a protokolljait követve a személyes kapcsolatokon keresztül tudja segíteni a szenvedélybetegek felépülésének folyamatát. Segítő beszélgetéseken túl vezeti a csoportokat, szemináriumokat tart, de a szociális ügyintézés is az ő feladata. Segélyeket intéz, igazolásokat ír a bíróságnak, ügyészségnek, rendőrségnek vagy a pártfogói felügyelőknek. Tárgyalásra kíséri a bentlakó fiatalokat, illetve megszervezi az orvosi vizsgálatokra való eljutást.

A következő, legfelső szintje az ellátásnak a reszocializációs szint. Ide tartoznak a félutas házak, védett szállók illetve védett munkahelyek. Itt a cél a felépült szenvedélybeteg társadalomba való visszailleszkedésének a támogatása, segítése. A szociális munkás feladata, hogy lelkiileg támogassa a védett szálló vagy félutas ház lakóit, erre csoportokat szervezzen, információval lássa el a lakókat az önsegítő csoportok (NA, AA) összejöveteleiről. Segítse őket a munkakeresésben, a szociális ügyintézésben, a tájékozódásban. Figyelemmel kell kísérenie a lakók pszichés változásait. Védett munkahelyen ugyanezek a feladatok várnak a szociális munkásra, de ezek mellett pályázatírás, gazdasági szervező munka is az ő vállát nyomja.

6.6.2. Együttműködés a szakemberek között a szenvedélybetegekkel végzett munkában

A fentiekből az is kitűnik, hogy a szenvedélybetegekkel végzett szociális munka során több szakterület képviselőjével kell együttműködnünk. Legtöbbször és legszorosabban az orvossal, pszichiáterrel, pszichológussal kell közösen munkálkodnunk, de sokszor találkozunk vagy beszélünk kórházi adminisztrátorral, önkormányzati, bírósági, ügyészségi ügyintézővel, rendőrrel és pártfogói felügyelővel, foglalkoztatási ügyintézővel, vagy iskolatitkárral.

Az helyzet és az elintézendő ügy határozzák meg a szükséges beavatkozási módokat, illetve tevékenységeket, és hogy milyen együttműködés lehetséges az adott esetben. Szociális ügyintézés más feladatokat ró a szociális munkásra, mint az igazságügy valamelyik szintjével való közös munka. Érdekképviselő mellett feladatunk lehet még akár a tanulmányi lehetőségek felkutatása, az iskolába való bekerülésben nyújtott segítség is.

A terápiás otthonokban a szociális munkás teamben dolgozik. A teamnek része a belgyógyász orvos, a pszichiáter szakorvos, a klinikai szakpszichológus illetve a szociális munkás, a mentálhigiénikus és a lelkesz is. Fontos jellemzője a munkánknak a MRE KIMM Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonában, hogy rendszeresen, minden hét keddjén munkatársi megbeszélést tartunk. Itt adódik lehetőség az aktuális operatív kérdések megbeszélésére, illetve minden második teamen esetmegbeszélő csoportot is tartunk. Emellett egyéni és team szupervízió is segíti a munkánkat. Nagyon sok információt és segítséget kapunk a munkánkhoz az intézmény pszichiáter szakorvosától. Az ő általa felvett életút interjú és pszichiátriai szakvélemény sok információval szolgál számunkra egy-egy esettel kapcsolatban. A szakpszichológus MMPI teszt-kiértékelése szintén egy újabb támpont. Nagyon fontos, hogy minden reggel van egy úgynevezett röpstáb, ahol a napi információk megosztására és a napi munka megtervezése történik.

Felhasznált irodalom

Cole, Michael – Cole, Sheila R. (2003): *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest

Erikson, E. H. (2002): *Gyermekkor és társadalom*. Osiris Kiadó, Budapest

Frankl, Viktor E. (1997): *Orvosi lélekgondozás*. UR Könyvkiadó, Budapest

Frenkl Sylvia – Rajnik Mária (2005): *Életesemények a fejlődéslélektan tükrében*. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet és Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest

Gerevich József (2000): Az addiktológia sprektuma. In: Németh Attila – Gerevich József (szerk.): *Addikciók*. Medicina Könyvkiadó, Budapest

Hoyer Mária (2004): A droghasználó és a család. In: Buczholczné Szombathy Mária – Midling Andrea (szerk.): *Mozaik I*. Semmelweis Egyetem TF és Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest

Komlósi Piroska (1997): A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In: Gerevich József (szerk.): *Közösségi mentálhigiéné*. Animula, Budapest

Pável Magda (2002): Általános pszichopatológia. In: Pável Magda – Ónody Sarolta – Vikár György (szerk.): *Életesemények lelki zavarai I*. Semmelweis Egyetem TF és Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest

Ratkóczi Éva (2003): *Életesemények lelki zavarai II*. Semmelweis Egyetem TF és Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest

Süle Ferenc (1996): *A Jungi mélylélektan napjainkban*. GyuRó Technik Kiadó, Szokolya

Süle Ferenc (1997): *Valláspatológia*. GyuRó Art-Press, Szokolya

Takách Gáspár (2003): Alkoholizmus, drogfüggőség. In: Török Szabolcs (szerk.): *Életesemények lelki zavarai III*. Semmelweis Egyetem TF és Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest

Ajánlott irodalom

Aronson, Elliot (1994): *A társas lény*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest

Buda Béla (1993): *Empátia... a beleélés lélektana*. Ego School BT., Budapest

Buda Béla (2003): „Szabálytalan” családformációk – és pszichoszociális segítségük. In: Embertárs, 2003. dec., 1. évf. 4. sz. p. 47-59.

Ferenczi Zoltán (2001): *Drog és vallás*. Magyarországi Református Egyház Kálvin János Kiadója, Budapest

Fónagy Péter (2003): *A kötődés generációs átvitele*. In: Thalassa, 2003. 14. évf. 2-3. sz. p. 83-106.

Fonagy, Peter – Target, Mary (1998): *A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében*. In: Thalassa, 1998. 9. évf. 1. sz. p. 5-43.

Frankl, Viktor E. (2006): *Értelem és egzisztencia*. JEL Kiadó, Budapest

Gyökössy Endre (1989): *Magunkról magunknak*. Református Zsinati Iroda Sajtóosztálya, Budapest

Hézszer Gábor (1996): *Miért? Rendszerszemlélet és lelkipozíciós gyakorlat*. Kálvin Kiadó, Budapest

Kály-Kullay Károly (2003): *Szeressük-e a drogosokat?* In: Embertárs, 2003. ápr., 1. évf. 1. sz. p. 72-75.

Lewin, Kurt (1975): *Csoportdinamika*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest

Napier, Augustus Y.: *A törékeny kapcsolat*. Animula Kiadó, Budapest

Nemes Ödön (2004): *Az igazi gyógyulás felé vezető út – Gondolatok a lelkipozícióról*. In: Embertárs, 2004. júl., 2. évf. 2. sz. p. 111-119.

Nemes Ödön (2006): *Párbeszélgetés*. Harmat – Új Ember, Budapest

Rácz József (1999): *Addiktológia. Tünettan és intervenciók*. Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest

Rácz József és munkatársai (2000): *A drogkérdésről – őszintén*. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest

MELLÉKLETEK