

AZ ESZTERHÁZY KÁROLY FŐISKOLA  
NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLÁJÁNAK  
KIADVÁNYAI

I.



TANULMÁNY  
„A PSZICHIÁTRIAI- ÉS SZENVEDÉLYBETEGSÉGGEL  
KÜZDŐK CSALÁDTAGJAIVAL KÉSZÜLT  
INTERJÚK” ALAPJÁN

EGER, 2014

*Ludányi Ágnes*

Tanulmány  
„A pszichiátriai- és szenvedélybetegséggel küzdők családtagjaival  
készült interjúk” alapján



*Ludányi Ágnes*

Tanulmány  
„A pszichiátriai- és szenvedélybetegséggel küzdők  
családtagjaival készült interjúk” alapján



Líceum Kiadó  
Eger, 2014

Készült a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet,  
TÁMOP-5.4.1-12/1-2012-0001  
számú kiemelt projekt megbízásából

*Lektorálta:*

Dr. habil. Szilágyi Klára, PhD  
egyetemi docens

**ISBN 978-615-5250-51-4**

A kiadásért felelős  
az Eszterházy Károly Főiskola rektora  
Megjelent az EKF Líceum Kiadó gondozásában  
Igazgató: Czeglédi László  
Felelős szerkesztő: Zimányi Árpád  
Műszaki szerkesztő: Nagy Sándorné

Megjelent: 2014. január

Készült: az Eszterházy Károly Főiskola nyomdájában, Egerben  
Felelős vezető: Kérészy László

# **TANULMÁNY**

## **„A PSZICHIÁTRIAI- ÉS SZENVEDÉLYBETEGSÉGGEL KÜZDŐK CSALÁDTAGJAIVAL KÉSZÜLT INTERJÚK” ALAPJÁN**

A részkutatás célja az volt, hogy a pszichiátriai betegek számára nyújtott közösségi ellátásban dolgozók segítségével interjú készüljön a pszichiátriai betegek családtagjaival. Az interjúkkal a pszichiátriai betegek környezetéről kívántunk információt szerezni, valamint a szolgáltatások igénybevitelével kapcsolatos ismereteket feltárni, és a pszichiátriai betegek családtagjainak igényeiről tájékozódni.

### **INDOKLÁS**

Ha mentális beteg van a családban, akkor annak a családnak mint rendszernek a működése karakteres jellegzetességeket mutat. A kutatásban feltettük, hogy ezek az eltérések a vizsgálat során tetten érhetők, leírhatók, és kidolgozhatóak rájuk a megfelelő társadalmi válaszok.

A családtagok bevonását az interakcionális szemlélet támogatta, miszerint a családon belüli kapcsolatok és folyamatok önálló entitásként tekinthetők, és nem az egyének viselkedése, intrapszichés jellemzői a problémák vizsgálatának az egységei. Az utóbbi évtizedekben egyre inkább elfogadott a szociális és a terápiás munkában is, hogy az egyéni viselkedések mindig adott környezetben valósulnak meg, ahol sajátos kölcsönhatások működnek, és ezért a problémák „helymeghatározását” újra definiálták a releváns szakmák. A problémákat ma már nem személyhez, személyekhez kötik, hanem egy interaktív kölcsönhatásokon alapuló rendszer részeként tekintik.

Családkutatások bizonyítják azt is, hogy azokban a rendszerekben, ahol mentális beteg él, ott rendszer-diszfunkciók konstatálhatók, és az ún. tünet-hordozók mellett élő tagok is veszélyeztetettek valamilyen mértékben. (Nem ritka jelenség, hogy valamelyik ellátási formában sikereket érnek el a beavatkozások, és gyógyul a kezelést igénybe vevő családtag, de ezzel párhuzamosan felbukkan egy másik családtagnál egy újabb tünet. Így biztosítja a rendszer, hogy az adott családra jellemző korábbi és egyben sajátos egyensúlyi állapot visszarendeződjön.)

A veszélyeztetettség azzal a következménnyel jár, hogy protektív metódusok nélkül ezek a tagok csak korlátozottan képesek stabilitást és valódi egyensúlyt provokálni a családi rendszerben. Intézményes támogatás, professzionális segítség nélkül csak deficitesen tudnak megküzdeni a helyzetükkel. Mindez azt jelenti, hogy maguk a családtagok is igényelni fognak valamilyen szolgáltatást, másfelől pedig a pszichiátriai betegek környezete maga is feszültséggel lesz terhelt. Pszichológiai és rendszerdinamikai hatása ennek az lesz, hogy a pszichiátriai betegek is beállítják az észlelésüket a feszültségben élő családtagokéra, és ezzel a gyógyulási vagy viselkedéskorrekciós esélyük nagymértékben csökken. Ennek társadalmi és gazdasági következményei egyaránt kedvezőtlenek.

Még egy gondolatsor szól a családtagok vizsgálata mellett. A népesség mentális állapotát vizsgáló stressz-kutatásokban, előkelő helyet foglal el az a státus, amikor mentális beteg él egy családban. Fontos megválaszolni azt a kérdést, hogy ez a családi státus járhat-e úgynevezett eustresszel, vagyis olyan mentális immunserkentő hatással, amely a tagok számára egy jobb életminőséget garantál, vagy distressz formájában csak zavart, szorongást és kiégés-közeli állapotot generál a rendszerben.

## **A TEREPMUNKA BEMUTATÁSA**

A kvalitatív kutatás során pszichiátriai betegek családtagjaival készítettünk strukturált interjúkat. A családtagok esetében a rokonsági fokot nem kötöttük meg. Tíz intézményben összesen 50 interjú készült, intézményenként öt. A mintavétel során törekvés volt, hogy az intézmények ellátási típusa, fenntartója, területi elhelyezkedése és az ellátottak száma szerint reprezentálja az intézmények teljes körét. Az alábbi táblázatok a minta régió, településtípus és fenntartó szerinti megoszlását mutatják.

### **Megoszlása területileg**

Budapest	2
Dél-Alföld	1
Dél-Dunántúl	1
Észak-Alföld	2
Észak-Magyarország	1
Közép-Dunántúl	1
Közép-Magyarország	1
Nyugat-Dunántúl	2

## Településtípus szerint

Főváros	2
megyeszékhely	4
város	4

## Fenntartó szerint

egyházi	2
önkormányzati	4
civil	4

Az interjút az intézmények dolgozói készítették el, intézményvezetői egyeztetést és szakmai felkészítést követően, 2013. május–július időszakban.

Az intézményvezetők saját hatáskörükben delegáltak szakembereket a kutatáshoz.

## Az interjúra való felkészítés menete, és tapasztalatai

Az interjúra való felkészítés menetét azért érdemes bővebben kifejteni, mert egyfelől megismerhetők belőle azok a szakmai elvek, amelyekkel ez a kutatási rész-elem készült, másfelől pedig a gondozókkal történő beszélgetések is szolgáltatnak adatokat az intézményekről, és közvetve a kliensek életminőségéről is.

Első lépésben szándékunk volt, hogy az interjút készítő szakemberek megismerjék a kutatás célját és jelentőségét, és a feladatvégzésre elköteleződjenek. Meghatároztuk az együttműködés kereteit, a határidőket, és megállapodtunk a technikai részletekben (diktafon használata, határidők stb.). A felkészítés során képet kaptunk az intézmények működési sajátosságairól, adott esetben nehézségeiről, a kliensekkel, a kliensek családtagjaival való kapcsolatáról, az intézmény presztízsről, elfogadottságáról. Kivétel nélkül valamennyi intézményről elmondható, hogy a gondozók rendkívül sok információval rendelkeztek a kliensek életkörülményeiről. Észlelhető, hogy mindenre kiterjedő figyelemmel építettek fel a kapcsolatokat a kliensekkel. Ha nem városi intézményről volt szó, akkor a szakmai kapcsolaton túl, más élethelyzetbeli eseményekről, gondokról is tudtak a gondozók. A kliensek családtagjainak bemutatását árnyaltan tették, jó szakmaisággal. Ennek köszönhetően az interjúalanyok kiválasztását lehetett annyiban irányítani, hogy lehetőleg több betegség típusba tartozó pszichiátriai beteg családtagjával készülhessen interjú.



Az interjúzók az alábbi szempontok alapján sorra vették a szóba jöhető betegek családtagjait, akiket bevonhatónak ítélték a kutatásba az alábbi szempontot alapján:

- mennyire együttműködő a család;
- melyik intézményi szakembernek/gondozónak van olyan kapcsolata a családokkal, amely a legteljesebb bizalomra épül, és az elfogadást már nem kell külön megdolgozniuk;
- mennyi beszélgetés előzze meg a tényleges interjút;
- hogyan parafrázálják az interjú-kérdéseket, hogy relatíve alacsony intellektus mellett is érvényes adatokhoz jussanak.
- Azt is tisztázni kellett, hogy a pszichiátriai beteggel hogyan közölgék a családtagok az interjú célját, hogy az számukra elfogadható legyen, és ne befolyásolja negatívan a beteggel végzett munkát. Erre vonatkozóan nincs generálisan érvényes módszertani útmutató, ezt családonként kellett kidolgozni, a beteg diagnózisának, és viselkedésének megfelelően.

A gondozók felkészítése során cél volt az is, hogy minden szakmai elvet közősen értelmezzünk az interjút végzőkkel, és konszenzust teremtsünk azok jelentése fölött.

Ennek érdekében a felkészítés során az alábbiakat emeltük ki:

Kértük, hogy megfelelő fizikai környezetben történjen az interjú, ne legyen semmilyen zavaró tényező, hiszen ezzel mind a feladatnak, mind a két fél kapcsolatának értéke növelni volt. Az interjút végzőnek biztosítania kellett az interjúalanyt a titoktartásról.

A felkészítésnél azt is kértük, és megbeszéltük, hogy egy rövid, de érthető indoklást célszerű adni a kutatásról, az interjúról, annak felhasználásáról, természetesen a megkérdezett családtag níveljének megfelelő verbalizmussal. Inkább annak kiemelését tartottuk fontosnak, hogy a megkérdezettek segítségként értelmezzék részükről a feladatot, amivel hozzájárulnak más ilyen helyzetű családok életminőségének javításához.

Kérés volt az gondozók felé az is, hogy elsősorban az attitűdre vonatkozó kérdéseknél, ne árásszák el az interjúalanyokat úgynevezett „segítő” kérdésekkel, hanem tudjanak kivárni, és csak a megfelelő pillanatban továbblépni a kérdésekkel. Kezdő hibának szokták tekinteni a szociális szakmákban azt a jelenséget, hogy a tapasztalatlanok nem szeretik a csöndet a kliensekkel való munkában. Ezzel sok értékes belső munka hallhatóvá tételét akadályozzák meg. Ily módon sok információ elveszik. Megbeszéltük, hogy akkor is van pszichológiai értelemben történés, ha éppen nem beszélnek az interakcióban lévők.

Hangsúlyos kérés volt az is, hogy ne ígérjenek a kérdezők az interjúalanyoknak szolgáltatásbeli, egyéb segítséget átgondolás nélkül. Erre azért volt szükség, mert a négy szemközti helyzetek általában nagyobb intimitással járnak, mint például egy csoport helyzetet. Ilyenkor nagyobb a nyomás arra, hogy a felek közötti pszichológiai távolság csökkenjen, így ezzel párhuzamosan az irreális vállalkások esélye nőhet.

Felhívtuk a figyelmet arra is, hogy a pszichiátriai betegről **ne adjon** a kérdező olyan információt a családtagnak, amit szakmai munkája során kapott, vagy tudott meg a betegről, és amelyet ő nem feltétlenül a családtagokkal kívánt megosztani.

Feladatuk volt még az interjú végző szakembereknek, hogy maguk válasszák ki a potenciális családtagokat, kérjék fel őket, és mindemellett biztosítsák az önkéntességet, bizonyos kérésekre pedig fogadják el a válaszok elutasítását.

Ahogy a későbbiekben az interjúk anyagait elemezzük, látható lesz, hogy feltevésünk igazolódott, a gondozók találkozásai a kliensek családtagjaival nem pusztán az interjú felvételére voltak alkalmasak. Egyfelől ez is megtörtént, válaszoltak az interjúkérdésekre, másfelől azonban a csak rájuk irányuló figyelem megtapasztalása, a gondjaikról való érdeklődés hitelessége azzal a következménnyel járt, hogy a megkérdezettek érzelmileg bevonódtak, vállalták gyengeségeiket, vagy adott esetben tehetetlenségüket, és nem egy esetben kinyilvánították, hogy az intézmény nélkül nem tudnának megküzdeni a helyzetükkel. Ez a többletfunkció mentálhigiénés hatású, és olyan adatokat is szolgáltat, amelyek informatívak.

Még egy jelenséget kell említeni az interjúra való felkészítés tapasztalataival kapcsolatban. A gondozók több pszichiátriai beteggel kapcsolatban elmondták, hogy magát a diagnózist a családtagok nem mondják ki, nem vállalják. A rendelkezésre álló iratokból természetesen kiderül a diagnózis, de a családtagok nem azt használják, hanem az „érzékeny nagyon”, „lelki betegsége van”, „másként viselkedik, de normális” definíciókat. Ezért az interjúk egy részében elhangzik a diagnózis, más esetben, ha a gondozók úgy ítélték meg, hogy ezt kerülniük kell, ott nem. Úgy tűnik, hogy ez leginkább az autisztikus tünetekkel élők és a személyiségzavaros, vagy borderline betegek családtagjaira jellemző. A vizsgálat szempontjából – ami a családtagok attitűdjének feltárását is célul tűzte ki – ez azért is informatív, mert az a viszonyulás tükröződik benne, hogy még kimondani sem lehet a betegség nevét, mert akkor valóságossá válik. Az „érzékeny” „lelki beteg” mentálisan befogadható, de az idegen kifejezés félelemkeltő, és a teljes bizonyosságát, végérvényességét jelenti a betegségnek. Ezek az értelmezések a családtagok belső történéseire vonatkoznak. Másik értelmezés az lehet, hogy például az „érzékenység” definíció vállalható a külvilág előtt, míg a medicinálist szégyen övezi. A családtagoknak küzdési feladatuk van a beteggel való együttélés megoldásában, aminek egyik kritériuma, hogy elfogadják a betegség létét. Az elfogadás kapacitást szabadíthat fel az előbb említett

segítéshez, és erre a betegeknek szükségük van. Ha ez nem valósul meg, akkor a többi protektív eljárás is hiteltelenné válhat.

### **Az interjú struktúrája, főbb kérdésköreinek bemutatása**

1. A mentális betegek családjainak szocio-kulturális státusára vonatkozó kérdések a következők voltak: községben vagy városban élnek a kiválasztott interjúalanyok, milyen iskolai végzettségük van, milyen a jövedelmi helyzetük, család-szerkezetük, foglalkozási státusuk, nemük, etnikai hovatartozásuk, vallásuk.
2. Az ellátási formákra, intézményekre vonatkozó kérdések köre arra kereste a választ, hogy honnan értesültek a családok a vizsgálatba bevont intézményről, milyen más intézményeket vettek/vesznek még igénybe ezen kívül, azokkal mennyire elégedettek, milyen szükségleteik, igényeik vannak még a szolgáltatásokkal kapcsolatban abból a célból, hogy a napi élet-terheik csökkenjenek. Kérdés volt még, hogy az érintett célcsoport családja milyen környezeti forrásból kapott vagy szerzett információt, illetve képesek-e a családok külső támogató ágenseket mozgósítani.
3. Az interjúk harmadik nagyobb egységében az került fókuszba, hogy mi jellemzi a családtagok attitűdjét a szolgáltatásokkal, az adott betegséggel és a beteg családtag ellátásával kapcsolatban. Ennek elemzése az ún. gyógyulási prognózis szempontjából lényeges, mert esetfeldolgozások tanulsága szerint gyengíti a szolgáltatások hatékonyságát, ha az azt igénybevevők családtagjai nem bíznak az adott szolgáltatásban.

Az interjú kérdések meghatározásakor, az interjú struktúrájának felépítésekor figyelembe vettük, hogy a családterápiákban használatos kérdéstípusokat is használjunk, még akkor is, ha a vizsgálatnak nem volt egyfajta gyógyítást, terápiát előkészítő funkciója. Az interjúk előkészítésében és annak kidolgozásakor számolni kellett azzal, hogy ha kapcsolatba lépnek a szakemberek a betegek családtagjaival, akkor közöttük bizalmon alapuló együttműködés alakul majd ki, és ha nem is deklarált funkció a támogatás, segítség és részvétel a család életében, mégis lesz ilyen mellékhatása. Ezt az interjúk több esetben igazolták is. Éppen ezért szerepeltek úgynevezett lineáris kérdések, amelyek szükségesek voltak a probléma fókuszának a tisztázásához, és jellemzőjük, hogy nem hoznak felszínre jelentős egyéni különbségeket, de segítik a bevonódást.

Az úgynevezett reflektív kérdések pedig arra voltak hivatottak, hogy a vizsgálat implicit céljainak megfelelően az esetlegesen új nézeteket, szempontokat felszínre hozzák. Ezek pusztán kimondása már fejthet ki generáló hatást ahhoz,

hogy bizonyos esetekben elfogadást, vagy akár új megoldást találjanak a családok. A „mit tanultak a beteggel való együttélésből, gondoskodásból” kérdés például azt az új szempontot hozhatja be, hogy nem csak veszteségeik és nehézségeik vannak a beteggel való együttélés kapcsán, hanem saját személyiségük építését, és családjuk fejlődését is megélhetik.

## **AZ INTERJÚK FELDOLGOZÁSA**

### **Általános szociológiai adatok**

Az interjúalanyok között megközelítőleg fele-fele arányban vannak a nők és a férfiak. Összehasonlítva a szenvedélybetegek családtagjaival készült interjúk adataival, tendenciaként elmondható, hogy a társadalmi szempontból legalizált, orvosok által megerősített pszichiátriai betegszerep elfogadottabbnak tűnik, mint a szenvedélybetegség, és a megoldásához a nők és a férfiak egyformán hozzájárulnak. A beteg családtaggal való feladatok megosztása és a problémamegoldás közös terhe evidens, együtt vállalnak részt benne a nők és a férfiak is. Ez markáns különbség a szenvedélybetegekkel való összehasonlításban. Feltehető, hogy a társadalmi elfogadottsága a pszichiátriai betegeknek nagyobb, morális ítélkezés nem kíséri őket, szemben a másik vizsgált csoporttal.

Kórkép tekintetében összefoglalóan a következő diagnózisúak családtagjaival készültek interjúk:

- szkizofrénia,
- paranoid szkizofrénia,
- szkizoaffektív rendellenességek,
- bipoláris affektív zavar mániás, vagy
- depressziós epizóddal,
- depresszió,
- borderline személyiségzavar,
- generalizált szorongás,
- mentális retardáció
- suicid kísérlet(ek)

A megkérdezettek felét 8 osztályos és szakmunkás végzettségük teszik ki. A másik felében egyenlő arányban oszlanak meg az érettségizettek, illetve a főiskolai vagy egyetemi végzettségűek. Iskolai végzettség tekintetében reprezentálva van minden kategória.

Feltűnően magas a megkérdezettek között az öregségi nyugdíjasok száma, a minta mintegy fele, a többiek rokkant nyugdíjból vagy közmunka programban

szerzett jövedelmükből élnek. Az aktív keresők száma minimális. Ezért nem meglepő, hogy az anyagiakra vonatkozó válaszok több kérdéskörben is megjelennek. (Pl. emelt szintű családi pótlék elvesztése, félelem a jövőtől a pénz romlása miatt, a kevés, de biztos jövedelem elvesztésétől való félelem stb.)

Négyötöd arányban hívőnek vallják magukat az interjúalanyok, de nagyrészt hozzáteszik, hogy vallásukat nem gyakorolják. Ez relatíve magas arány, de a várakozással ellentétben az erőforrásokra vonatkozó kérdésekre adott válaszokban mégsem jelennek meg a vallási vagy bibliakörök mint támogató közösségek, és a „kitől kapnak segítséget, kire számíthatnak a beteggel való együttélés könnyítésében” kérdésre adott válaszokban sem. Feltételezhető ezek alapján, hogy aktív hitéleti közösségek nincsenek a megkérdezettek családjainak tágabb környezetében. Az is elmondható a válaszok alapján, hogy civil támogató rendszer elenyészően kevés a családok környezetében, ezért az egészségügyi és szociális intézmények jelentősége és felelőssége is megnő.

A rokonsági fok tekintetében a következő mutatkozik: nagy számban szülők vállalták az interjút, akiknek a gyermekük pszichiátriai beteg. A „gyermek” ebben az esetben természetesen nem kiskorút jelent, hanem felnőtt korú beteget, ami magyarázza a relatíve sok nyugdíjas korú interjúalanyt. Gyakoriság szerint a házastárs, élettárs a következő, és testvér, szülő vagy unoka fordul elő még néhány esetben.

Kérdésként szerepelt, hogy a megkérdezettek családjában, „velük egy háztartásban van-e kiskorú”, de a válaszok alapján ez nem jellemző.

Az önmagukat roma identitásúnak vallók szintén nem jellemzőek.

## **Intézményre vonatkozó adatok**

Annak, hogy az intézményeknek kik a fenntartói, a válaszok alapján nem volt relevanciája. Ez azt is jelentheti, hogy sem a finanszírozás-, sem a szervezeti struktúra-, sem a működésbeli eltérések nem olyan erősek, hogy azok a szakmai komponenseket lényegesen befolyásolnák. Az a magyarázat is helytálló lehet még, hogy az interjú fókuszában a családok rendszerének pszichodinamikai sajátosságai kerültek, és ezek érzéketlenek a fenntartó típusára.

A pszichiátriai betegek számára nyújtott közösségi ellátásról a családok első-sorban és nagy számban a pszichiátriai gondozóból, ideggondozóból, pszichiátriáról, háziórvostól, azaz az egészségügyi ellátórendszerből értesültek. Betegtársakat is említenek mint információforrást, de ezek a kapcsolatok is egészségügyi környezetből származnak. A magasabb iskolai végzettségűek az előbbieken túlmenően az internetet és családtagokat jelölnek meg információforrásként. Pszichiátriai betegek esetében érthető, hogy maguk a betegek nem kerestek intéz-

ményre vonatkozó információkat. A szkizofrének azért nem, mert a kórképnek jellemzője a praktikus valósághoz kötődő deficit, a depressziósok pedig a vezető tünetük szerint indítékszegények, inaktívak, így ők sem keresnek intézményeket. Személyiségzavar, vagy mániás epizódban lévő pszichiátriai betegek aktivitása nagyobb lehet, de tervezés, adaptációs készség hiánya miatt ők is alkalmatlanok erre. Gyakori, hogy ugyanazon családból már más családtag is kapott közösségi ellátást, és így a kliens–intézmény diád már begyakorolt együttműködésben van. Többen elmondták a megkérdezettek közül, hogy családtagjuk már 5-10-13 éve veszi igénybe a közösségi ellátást. Egy esetben a családtag (anya) volt kliens a közösségi ellátásban, szülőcsoportot látogatott, majd a pszichiátriai beteget is be tudták „dolgozni” a rendszerbe.

Az egészségügyi ellátásról néhány esetben nyilatkoztak elítélően a kérdezettek, de összességében az állapítható meg, hogy nagyon erősen kötődnek ezekhez az intézményekhez is, és a szociális intézményhez is. Legendás orvos-személyiségek iránti háláról számolnak be az interjúalanyok, akikhez ugyanolyan erős a kötődésük, mint a szociális ellátóhoz. Akik elégedetlenek voltak, inkább a bürokratikus nehézségeket említették. Például felvetik, hogy akiket már évtized óta kezelnek, azoknak miért nem könnyebb a bejutás a kórházba.

A betegeknek olyan mobilitása látszik, ami a közösségi ellátás és az egészségügyi intézmények között zajlik. Néhány esetben, a Máltai Szeretetszolgálat, a Karitas, a Gyámhivatal, és a Családsegítő Intézet szerepel még kontaktintézményként. Sűrűség szerint ebben a sorrendben.

A szolgáltatásokkal kapcsolatos igények különböző szükségletekre utalnak: vannak családok, ahol az intézmények földrajzi elhelyezkedése okoz problémát, mert például időben nehéz megközelíteni tömegközlekedési eszközzel, vagy anyagilag az odajutás nehézséget okoz, de volt az adatközlésekben plusz ebédre, jogi tanácsadásra, földbérletre (ahol a beteg dolgozhatna) vagy speciális munkahelyre vonatkozó igény is. Többen kértek volna olyan munka-lehetőséget, amelyet képzettség nélkül is lehet végezni – valamilyen egyszerű manuális tevékenység-formát –, amellyel jelképes összeget is kereshetnének a betegek. „*nem kellene, hogy sokat keressen, csak érezné, hogy fontos*”.

Speciális ugyan, de felmerült igényként, hogy a családtagok „négy szemközt” beszélgethessenek a közösségi szolgáltatást végző intézmények szakembereivel. Ez annak tükrében még nyomatékosabb, hogy a harmadik egységben feltett kérdésre, miszerint „kivel tudja megbeszélni a problémáit”, nagyon szűkös kapcsolati hálót említettek az adatközlők. „*Milyen jól elbeszélgetett velem, jó lenne, ha több ilyen is lehetne*”, „*nekünk is jó elmondani a bajunkat, és jó, ha valaki meghallgat*”. A bevezetőben erre utaltunk a négy szemközti helyzet intimitásával kapcsolatban.

Ehhez kapcsolódóan van még egy kérdés, az „igényelne-e hozzátartozói csoportot, segítené-e, ha másokkal megoszthatná a beteg családtaggal kapcsolatos dilemmáit, érzéseit” kérdésre a megkérdezettek fele nemmel válaszolt. Az in-

doklások abban foglalhatók össze, hogy „úgysem tudnának segíteni a többiek, ezt nekünk kell megoldani.” Több értelmezési lehetőség is adódik abból az el-  
lentmondásból, hogy igényük lenne a szakemberekkel való kapcsolattartásra,  
beszélgetésre, de ahol ezt felkínálják, igaz ugyan, hogy csoportos formában, ott  
már az elutasítás jellemző inkább. Egyrészt annak a vállalása, hogy a beteg csa-  
láddal való együttélésben övék a felelősség („*nem megyek csoportba, mert  
ezt a helyzetet nekem kell egyedül megoldani*” közlés variánsokkal térnek ki),  
másrészt feltesszük, hogy elhárításként, önvédelemből teszik. Mások kríziseinek  
és nehézségeinek a befogadását már nem bírják el a megkérdezettek. Utóbbi  
változat azt mutatja, hogy nem megkönnyebbülést hozna számukra az, hogy  
másokkal osztoznak a közös sorsban, tartanak az erősebb bevonódástól, és ezt a  
pszichés terhet már nem vállalják. Négyszemközti helyzetben átélik, hogy a  
figyelem csak az övék, és csak a saját családi nehézségeik tematizáltak.

Egy esetben a teljes feladás diktálta a csoport elutasítását, ahol a betegnek a  
gyermek halt meg, és az interjúalany állítása szerint ebből soha nem fog kigyó-  
gyulni, „*ezt az egész család tudja*”.

Az intézményekre vonatkozó kérdésekre adott válaszok abban különböztek a  
kistelepülésen élők és a városban élők között, hogy az előbbieket bizonyos szol-  
gáltatásról úgy vélték, hogy az számukra elérhetetlen. Mivel az egészségügyi  
intézmények szolgáltatásaira is gyakran van szükségük, így az utazások és bizo-  
nyos specialista elérése nehezített számukra. A „*Pesten minden könnyebb*”  
megfogalmazás mutatja leginkább, hogy a fővároshoz, vagy egyáltalán a na-  
gyobb városokhoz reménykeltő hiedelmeket kötnek a megkérdezettek. Ez még  
azokban az interjúban is megmutatkozott, ahol az egészségügyi szolgáltatásról  
maximális elismeréssel nyilatkoztak a válaszadók. Úgy látszik, hogy valamiféle  
remény maradt a gyógyulással kapcsolatban, hogy ha lenne egy jó specialista,  
akkor a beteg viselkedése is változna. Hogy ebben sok az irracionális, azt a kö-  
vetkező kérdésre adott válasz is igazolja: a „milyen szolgáltatásra lenne még  
igényük” kérdésre nem voltak konkrét válaszok, elégedettséget fejeztek csak ki.  
Azok az interjúalanyok, akik valamelyik „pesti” specialista vágyakoztak, a  
későbbi „mivel lenne elégedett” kérdésnél elmondták, hogy „*ne romoljon az  
állapota, mert tudom, hogy meggyógyulni úgysem fog*”. Valószínű, hogy racio-  
nális szinten befogadták, hogy kicsi a valószínűsége a gyógyulásnak, de a csa-  
dávárás öngyógyító vágyként ott van bennük. Ez nem a gyógyulásról szól, ha-  
nem az életmód, életforma terhe ellen. Ezt a pszichológiai állapotot még egy  
válaszkör tovább erősíti, a veszteségek, félelmek, jövő blokkban, nevezetesen, a  
„*nekem már így kell mindig élnem*” közlés.

Összességében rendkívül pozitívak az intézményekkel kapcsolatos vélekedé-  
sek, bizalmat és együttműködést tapasztalnak a professzionális segítők részéről.

Nem nagy számban, de vannak olyan félelmek is az interjúban, amelyek az  
intézmények átalakulásához, megszűnéséhez köthetők. „*Bizonytalan a rendszer,  
a politika, nem tudom, meddig lesz meg az intézet*” Érdemes arra odafigyelni,

hogya a vizsgált családok relatív stabilitásához a közösségi ellátás nagymértékben hozzájárul. Elmondják, hogy az intézmény nélkül rendkívüli nehézségekkel kellene számolniuk. Ennek megváltoztatása csak pontos és biztonságot adó információt követően ajánlott. Igen sérülékeny rendszerekről van szó, a legkisebb biztonságvesztést is újabb krízisként élhetik meg a családok.

Az egyik interjúalany úgy fogalmazza ezt meg, hogy „*ha rosszat álmodok, azt álmodom, hogy megszűnik az ellátó*”.

## **A családtagok attitűdje, viszonyuk a pszichiátriai beteghez**

Több kérdés volt hivatott feltárni a betegekkel kapcsolatos attitűdöket. Igaz ugyan, hogy nem volt célja a kutatásnak a pszichiátriai betegség okainak feltárása, hiszen ebben az orvostudománynak sincsenek minden esetben egyértelmű magyarázatai, kérdésként mégis elhangzott az interjú során, mert attitűdbefolyásoló tényezőnek tekinthetjük.

A megkérdezettek elsősorban örökletesnek tekintik az adott kórképet, akaratgyengeségnek, személyiségbeli hibának nem, ha a kérdés direkt módon hangzik el. („*Minnek vagy kinek tulajdonítja a betegség kialakulását?*”) Az interjúk során viszont ehhez képest gyakran teszik felelőssé a beteg családtag „*akaratgyengeségét*”, és nem ritka az a vád sem, hogy „*nem is akar változni*”.

A „felelősség a betegség kialakulásával kapcsolatban” kérdés szintén ezt erősíti: nem neveznek meg felelősöket az interjúalanyok, hiszen „örökölte”. A beteg gyógyuláshoz szükséges akaraterejét valamilyen formában mégis megemlítik a beszélgetésben. Egy-egy válaszoló családtag vetíti csak a felelősséget perfekcionista apára, vagy olyan iskolai rossz élményre vezet vissza, ami egyben a betegség kezdetét is meghatározta, vagy valamilyen tárgyvesztésre, válásra, halálra, gyászra utal. Mindezek alapján elmondható, hogy a betegséghez köthető attitűd-szerkezet inkoherens, mert az attitűd kognitív eleme, azaz örökletesként való felfogása a teljes elfogadás és odafordulás felé kellene hasson, az affektív eleme viszont elégedetlenség-érzést, tehetetlenséget, szorongásokat, félelmeket mutat. Kérdés, hogy az attitűd harmadik eleme, amely az attitűd tárgyával kapcsolatos viselkedésekkel azonosítható, milyen mértékben adekvát a betegség diktálta elvárásokkal. Valószínűsíthető, hogy ebben az affektív komponens válik dominánssá.

Érdekes a depressziósok családjainak vélekedése is. Ők kevésbé hivatkoznak öröklésre, sokkal nyíltabban utalják ezt a beteg döntési körébe, „*ő hajsolja bele magát*”, „*ő nem tud parancsolni magának*”, „*nem szedi össze magát*” közlésekkel. Ez egybeesik a depressziósok általános társadalmi megítélésével. A passzivitás, a küzdés teljes hiánya még az egészségügyben dolgozókból is intoleráns viselkedést vált ki, ha nem a pszichiátria a szakterületük. Ezt a gondozók kétféle



módon is megerősítették. Egyrészt ismerik a munkájuk kapcsán a családokat, és tapasztalják ezt, másrészt minimális türelmetlenség részükről is tapasztalható.

A családtagok magáról a betegségről – amíg az nem vált családjukban akuttá – nem sok ismerettel rendelkeztek. Nehezen küzdöttek meg a latin kifejezések sokaságával, és a beszélgetésekben is inkább a viselkedéses jellemzőkkel azonosítják a betegség lényegét.

Sok beteg családjának azzal is meg kellett küzdenie, hogy a betegek számára biztonságot nyújtó otthoni megszokott környezetből a közösségi, nappali ellátásra motiválttá tegyék a betegeket. Ahogyan erre már kitértünk, nem evidencia a betegek számára – különösen, ha nincs betegségtudatuk –, hogy segítő szolgáltatásokat vegyenek igénybe, vagyis a saját igényeiket az egészségesektől megszokott módon képviseljék. Az egyik interjúalany arról a folyamatról számol be nagyon szépen, hogy mennyi rábeszélés és gyözködés kellett ahhoz, hogy a biztonságos otthonból el tudják vinni a beteget a közösségi ellátásba, aztán amikor ez sikerült, akkor ott dolgozó egyetlen személyhez kötődött a beteg, hosszabb idő után már maguk a programok váltak érdekessé. A biztonságsszükséglet pszichiátriai betegekre jellemző sajátosságát mutatja ez a folyamat, és a szocializáció kezdeti, gyermekkorra jellemző mintázatát idézi.

Normál személyiségalakulás és fejlődés mellett, az úgynevezett mezőváltások pszichés igénybevétellel járnak, de az új erőterben relatíve gyorsan elérkezik a biztonság megszerzése, és az új helyzet definiálása. Minél érettebb és integráltabb egy személyiség, annál gyorsabban adaptálódik a környezethez. Mivel a betegeknek éppen ez a vezető tünete, így számukra ez a folyamat érzelmileg intenzívebb is, és időben is extendált. Mindezt a családtagoknak végig kell követniük türelemmel, és azzal a tudással is, hogy minden sürgetés és türelmetlenség újabb biztonságvesztéssel jár, ami még távolabbra helyezi a beteget a kívánt akciótól. Ilyen háttérre utalnak azok a közlések az interjúkból, hogy *„állandóan velem szeretne lenni”, „soha nem akar kimozdulni otthonról”, „azt szereti, ha ott vagyok mellette”*.

A magasabb iskolai végzettségűek az információkat a betegségről és az ellátási lehetőségekről mind begyűjtötték, és ez erősítette a beteg családtagjuk elfogadását, mert minél többet olvastak, informálódtak ezekről a kérdésekről, annál nagyobb volt a megértés bennük. Az interjúk szerint, alapos és hiteles információ nagyobb mértékű elfogadást eredményez, mint az információhiány. Igaz, hogy a gondolatsor azzal indult, hogy a magasabb iskolai végzettségűeknek van elsősorban olyan igényük, hogy megértsék a családjuk történeteit, és ezért az elfogadásuk nő a sokszor bizarr, vagy rendellenes viselkedésekkel szemben: *„tudom, hogy nem tehet róla, nem engem akart bántani, csak rosszabb napja volt”*.

A veszteségekre vonatkozó kérdésre elsősorban anyagi asszociációik vannak a válaszolóknak. *„Ha keresne, könnyebb lenne”, „az ő pénze kiesik a családi*

*kasszából”, „pénz dolgában van veszteség, tudja, a gyógyszerek”, „sokba van a sok jövés-menés”.*

Veszteségként életmódbeli komponenseket is közölnek, például hogy nem hagyható magára a pszichiátriai beteg, ezért *„nem utazhatok”, „nem nyaralhatok”, „nem tudok elmenni kirándulni”,* stb. vagyis, a beteg felügyeletét, ellátását nem tudják átadni más személyeknek. Ez komoly élettér- beszűkülést jelent a családtagok számára, ami feszültséget generálhat a rendszerben. Volt olyan válaszoló, aki ezt az önfeláldozást én-erősítőként fogta fel: *„büszke vagyok rá, hogy én gondozom és nem az állam, amíg bírom, eszembe sincs beadni, csak azt kérném, hogy amikor tényleg beteg, akkor vegyék be, és ne kelljen bizonygatnom, hogy rosszabbul van, mikor ötféle skizofréniája van. Maguk mindig elhiszik, amit mondok, a kórházba nem.”*

A veszteségek körének még egy típusa van az anyagiak és a gondozás miatti időbeli veszteség mellett, ez pedig a beteg családtag „üresen” maradt szerephelyének a betöltése: *„nekem kell gondolkodni helyette”* (közlő a nagymama, és a lánya a beteg), *„már megszoktam, de mindent én csinálom a feleségem helyett, mindent, amit az asszonyok szoktak, de már észre se veszem”* (értelemszerűen a férj a közlő, és a feleség beteg), *„rossz, hogy a gyerekek dolgát se tudom vele megbeszélni”* (a közlő és a beteg házastársak).

A veszteségek mellett a helyzetből adódó félelmekre is rákérdeztünk. Ezekből a válaszokból az olvasható ki, hogy erősek az egzisztenciális félelmek – ezt az anyagiak kapcsán már jeleztük –, és az is szorongásforrás, hogy a családtagok távollétében milyen váratlan esemény következhet be a betegeknel. Az előbbire példák: *„az ország nem arra tart, hogy biztos legyen a munkám, és akkor mi lesz velünk”, „nem tudjuk megvenni a tüzelőt”.* A második kategóriába tartozó válaszok: *„amikor ő mélyponton van, akkor félek elmenni otthonról, mert nem tudom, mire képes”, „attól félek, hogy jön a telefon, hogy szaladjak haza, mert baj van”, „attól félek, hogy nem kapok olyan munkát, hogy rá tudjak nézni napközben, pedig nekem így kell keresni”, „félek, hogy bántani fogja az otthon maradtakat”.* Ez utóbbi közlés átvezet azoknak a betegeknek a családi jellemzőire, ahol a betegség miatt váratlan indulatkitörések, agresszió tapasztalható. Nehézséget okoz a családoknak ezzel megküzdniük, mert a szokásos stratégiák, amelyeket a szocializáció során megtanulnak a személyek az agresszióval szemben, a betegek esetében nem hatékonyak. Többnyire inadekvátak, nem köthetőek a realitáshoz, váratlanul lépnek fel, és nagy intenzitásúak. Az egyik interjúalany például elmondta, hogy a szomszédjuk kutyájának az ugatása vált ki időnként agressziót a betegnél, és ezt kezdetben nem is tudták azonosítani. Az agressziónak mind a verbális, mind a fizikai formájával meg kell küzdeniük a családoknak. Még súlyosabb a helyzet ott, ahol a gyógyszerek bevételét a betegek megtagadják. Ezt elég sokan tartották problémának.

A „beteggel való együttélésből mit tanult” kérdésre szinte minden válaszadó az együttérzést, összetartozás érzését, a másokra való figyelmességét, türel-

met, elfogadást, alkalmazkodást fogalmazza meg: „*megtanultam figyelmesebb lenni*”, „*sokkal türelmesebb lettem*”, „*tudom, hogy a családra mindig számíthatok*”, „*összetartóbbak lettünk*”. Ezek komoly erőforrások a családban, de ez a kapacitás is kimerülhet.

Az interjú végén szerepelt egy olyan kérdés, hogy öt év múlva milyennek látják a megkérdezettek a családjukat. A családterápiákban „előreccatolásnak” nevezik azt a technikát, amikor elképzeltetik a kapcsolatok alakulását a jövőben. Különösen ott tekintik ajánlottnak ezt a metódust, ahol krónikus beteg van a családban, mert ott a jövőre vonatkozó anticipációk szűkösek.

Az interjúk igazolták az előbbieket, mert a jövőre vonatkozó kérdésekben azok a félelmek jelentek meg, amelyek a kérdezettek életkorából adódtak. Ilyen mondatok hangzottak el: „*attól félek, hogy nem lesz, aki gondoskodik róla*”, „*csak a haláltól félek, mert akkor ki vigyáz a gyerekekre*”; „*vigyáznom kell magamra, mert ki gondoskodik majd a gyerekemről*”, stb. Ezekben a mondatokban altruista magatartás figyelhető meg, nem a saját sorsa vagy életnehézsége miatt aggódik a válaszadó, hanem a beteg jövője miatt. Elgondolkodtató, hogy miközben az intézmények iránti teljes bizalmat kifejezték az interjúalanyok, a végleges intézményi ellátástól mégis erős a félelmük. A félelmek másik csoportjára az jellemző, hogy rendkívül sötéten látják a jövőt, helyenként depresszívek a közlések a családtagok részéről is: „*még rosszabb lesz*”, „*akkor jön a fekete leves*” „*nem várok én már semmi jót*”. A jövőre vonatkozóan van egy harmadik formáció is, amikor valójában úgy válaszolnak a megkérdezettek, hogy nem válaszolnak: „*ilyeneken nem szoktam gondolkodni*”, „*azt én nem tudom*”, „*ezen még sose gondolkodtam*”.

Az egészséges egyéni és családi működést is az jellemzi, hogy a motivált cselekvési terv kidolgozásában a jövőképek szerepet tulajdonítanak a tagok. Ha ez hiányzik olyan mértékben, mint ahogyan a harmadik válaszcsoporthoz mutatja, akkor csak a jelenben folynak akciók, amelyeket spontaneitás jellemez, de ez egyben a kiszámíthatatlanság is. Ez utóbbi pedig a rendszer egyensúlyára kedvezőtlenül hat.

A jövővel kapcsolatban, illetve a betegség alakulásával kapcsolatban tehát az a legjellemzőbb, hogy az állapot fixálódását várják a családtagok, a teljes gyógyulásban már nincs bizalmuk, és csak néhányan remélik a tünetek enyhülését.

Az egészségügyi ellátórendszer és a közösségi ellátásban dolgozók is azt a státust igyekeznek elfogadtatni a családtagokkal, amelyben a betegek éppen vannak. A gyógyulás lehetőségét az egészségügyben irrealitásnak és hamis illúzió-keltésnek vélik, így nem kommunikálják a családtagok felé, amit aztán a szociális ellátásban is akceptálnak.

Mivel a családok több intézményt vesznek igénybe saját támogatásukra, az többszörös elköteleződéssel jár, ami viszont elkerülhetetlenné teszi az intézmények közötti konzultációt. Ezt a jelenséget a kiterjesztett család fogalmának be-

vezetésével tárgyalják, és kutatásuk hasznos információkat szolgáltat adott családok problémamegoldáshoz.

A kiterjesztett család státusát a pszichiátriai betegek esetében legalább kettő, de inkább több intézmény tartja fenn. Az interjúk alapján korrekt információátadás, információcsere van az intézmények között, de valódi tartalmi, szakmai együttműködésre nincs adat. *„Ott szölkak, hogy ide jöhetünk”* mondja a pszichiátria, *„mondták a közösségibe hogy ezzel a betegséggel csak a professzor foglalkozik”*, stb.

Bánásmódra, a beteggel való együttműködésre utaló instrukciót keveset kapnak a családok az egészségügytől, és arról sincs információjuk az intézményeknek, hogy egy másik szakma képviselője milyen célok mentén szervezi a munkáját. A közösségi ellátásban különböző programokat, tevékenységeket kínálnak fel a betegeknek, amelyek eltérő mértékben ugyan, de hozzájárulnak az állapot fenntartásához vagy javuláshoz. Ha a közösségi ellátók felé például javaslat érkezne arra vonatkozóan is, hogy egy foglalkozás tervezésénél hogy lehet figyelembe venni a betegek monotonia-tűrését, telítődési jellemzőit, fáradását, manuális készségeit, a zene hatását stb., akkor az valóban tartalmas együttműködés lehetne. A betegek foglalkoztatása az intézményekben és a családokban is jelentős komponense az állapot stabilizálásának. Az úgynevezett élményoldásnak a gyógyító hatását az interjúkban is elmondják, nyilván más szavakkal: *„ha ott vagyok veled és beszélgetek vagy játszom, akkor semmi baj nincs veled az égvilágon”*, *„akkor lesz nagyon mérges, ha nem veled foglalkozok”*. A családokban az együttélés során rátanulnak a családtagok spontán módon. A példákban látható, hogy a családi interakciók szereplői nem szimmetrikus kapcsolatban vannak egymással, hanem valamennyi családot a komplementer kapcsolati mintázat jellemzi. Nem azonos a partnerek részvétele, hanem mindegyikük akciója a másikénak a kiegészítése, vagy kontrasztja. Mivel abban a speciális helyzetben vannak a családok, hogy pszichiátriai beteg van közöttük, így a betegen kívül mindenkinek hozzá kell igazítania a viselkedéses akcióját. Ez a saját igények és szükségletek feladásával jár, nem lehet belőle kilépni, mert a partner egyedi és sérült konstrukciója ezt megakadályozza.

Összefoglalóan elmondható, hogy azok a családok, akik pszichiátriai beteggel élnek együtt, sajátos működési módban, dinamikában élnek, azokkal a jellemzőkkel, amelyeket korábban leírtunk. Kivétel nélkül valamennyi családra elmondható, hogy rájuk a családi életciklus modell nem érvényes. A szociális szakmákban az életciklusok mentén írhatók le jelenségek, és a hozzájuk tartozó beavatkozási formák is. A modell alap gondolata érvényes, nevezetesen, hogy a családok állandó változási folyamat szerint haladnak. Ezt a folyamatot a külső tényezők is befolyásolják (intézmények, iskolák, munkahelyek, környezet, barátok stb.), de belső tényezők is, úgymint a készségek, igények, eltérő minőségű szükségletek. Leírhatók a folyamatban az átmenetek sarkalatos pontjai, mert az átmenetek után, mindig egy új struktúra alakul ki, és ez a rendszer minden tagját

érinti. Újratárgyalják a rendszeren belüli viszonyokat, hierarchiát, a határokat, szabályokat újradefiniálják, és ha ez elmarad, akkor törvényszerű a problémák megjelenése. Az interjúkban résztvevők családjai azonban más ciklusokkal élik ezt a folyamatot, teljesen átírják. Az átmeneteket nem a normál külső-belső tényezők szabályozzák, hanem a betegség jellemzői. Amikor egy házaspárnak tegyük fel az „elhagyott fészek” ciklusban meg kellene alkotnia, hogy gyerekek nélkül újra férj és feleségként határozzák meg magukat, akkor ők a felnőtt, de beteg gyermekük felé olyan akciókat indítanak, amelyeket a gyerekek öt, vagy tegyük fel tíz éves korában. De el lehet mondani a megkérdezettek életkora miatt azt is, hogy ők már a nyugdíjas, vagy öregkor életciklusban vannak, de működésük hasonló azzal a ciklussal, amikor még iskolások voltak a gyerekeik. Állandó felügyelet, gondoskodás, figyelem, aggodás jellemző rájuk. Az életciklus modell azt is mutatja, hogy normál esetben, ha feszültséggel terhesek is az átmenetek, de a folyamatnak mégis van egy előrehaladó, várható, vágyható tendenciája. A betegek családjai, mint azt láttuk az interjúkból is, nem várnak a jövőtől különösebben semmit, nem terveznek, a jövővel való foglalkozást vagy hátrítják, vagy szorongást kelt bennük. Mindez persze nem jelenti azt, hogy súlyos betegítő tényező lenne a családtagokra a hozzátartozójuk állapota, mert a hétköznapi hősiességet jól csinálják. Inkább azzal kell számolnia a velük foglalkozóknak, hogy új életciklus modellre van szükség, amely sajátosan ezekre a családokra igaz, és ezekhez a ciklusváltásokhoz társít adekvát válaszokat. Ennek kidolgozásához jó alapot nyújtanak az interjúk, mert körvonalazzák például azt, hogy a betegség megjelenésétől kezdve végigjárja a családi rendszer a normál gyász-munka szakaszait (tagadás, kétségbeesés, felelőst keresnek, beletörődnek, befogadják a ténytet). De ha az érzelmi viszonyt elemezzük, akkor az interjúk alapján az is látszik, hogy a legintenzívebb érzelmek felől, a fokozatos terápiás „átkeretetés” is lezajlik, az enyhébb, de még befogadható érzelmi attitűd felé. A családok között természetesen van különbség abban a tekintetben, hogy éppen melyik folyamatrészben vannak, de ezek ismeretében lehet a szolgáltatásokat sikeresen tervezni.

## JAVASLATOK A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK CSALÁDJAIVAL VALÓ SZOCIÁLIS MUNKA FEJLESZTÉSÉRE

1. A releváns intézményekkel való kapcsolattartást és információcserét újratervezni.
2. A gondozók rendszeresebb, és kistélepüléseken is elérhető szupervíziójának általánossá tétele.
3. A megfogalmazott igények beépítése a szolgáltatásokba (jogi, hozzátartozói személyes ellátás stb.).

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Barnes, Gill Gorell (1984) *Család, terápia és gondozás*. Animula Kiadó, Budapest.
- Berg, Insoo Kim (1991) *Konzultáció sokproblémás családokkal*. Animula Kiadó, Budapest.
- Byng-Hall, John (1995) *Munkám családi szkriptekkel*. Animula Kiadó, Budapest.
- Minuchin, Salvador (1974) *Családok és családterápia*. Animula Kiadó, Budapest.
- Stewart, Ian -Van Joines (1987) *A TA-MA*. Grafit Kiadó, Budapest.
- Vallejo-Nágera, Juan Antonio (1997) *Szemtől szemben a depresszióval*. Háttér Kiadó, Budapest.



## TANULMÁNY

# „A SZENVEDÉLYBETEGEK CSALÁDTAGJAIVAL KÉSZÜLT INTERJÚK” ALAPJÁN

A szenvedélybetegséggel küzdők és környezetük felmérését, társadalmi jellemzőik bemutatását és a szolgáltatásokhoz való hozzájutásuk módjainak, lehetőségeinek, esetleges akadályainak tisztázását szolgáló kutatás három komponensből áll. A harmadik komponensben a szenvedélybetegek családtagjaival készítettünk interjúkat. Jelen tanulmány eme utóbbi komponens elemző bemutatását tartalmazza.

A családtagok bevonása a kutatásba azért is indokolt, mert az salutogenezis modell szerint az egészséget/betegséget csak rendszerszemléletben értelmezhetjük, az ember és környezete közötti összhang, koherencia függvényében. A koherencia átélése azt jelenti, hogy a személyek bírnak olyan beállítódással, hogy értik a saját belső világuknak és környezetüknek a működését, abban komfortérzetük van, és átélik, hogy képesek kontrollálni a világ történéseit. Ez pszichológiai értelemben a belső kontroll-attitűddel mutat azonosságot. A személyek eltérést mutatnak abban a tekintetben, hogy az egészség–betegség kontinuum mentén hol helyezkednek el. Az elhelyezkedési státusuk – túl a személyes komfortérzeten – hat az ő társadalmi pozíciójukra is, de meghatározza azt is, hogy milyen társadalmi válaszok adhatók erre a státusra. Szendélybetegek esetében konstatálható egyfajta intrapszichés egyensúlyvesztés, és leírhatók azok az intézményes válaszok is, amelyeket feljűk a társadalom küld.

A kutatásnak nem volt célja a szenvedélybetegségek kialakulásának, okainak és súlyossági fokának elemzése. Esetűnkben a szenvedélybetegeknek és családjaiknak a szolgáltatásokhoz és a szociális rendszerhez való kapcsolata releváns, így nem tettűnk különbséget excesszív ivók, alkoholisták, krónikus alkoholisták között, ahogyan az alkalmi szerhasználók vagy függők között sem. Társfüggőség, egyéb viselkedéses addikció vizsgálata sem volt cél, de az interjúk tartalma enged következtetni koalkoholista, illetve kodependens személyekre a családban. Erre a részletes elemzésnél még kitérűnk. A társ- és drogfűggést ugyanis egy betegségsoportha sorolják, ezzel mintegy tágítva az addikciós spektrumot, és innen eredeztethető a kodependencia addikcióként való felfogása.

Ha a szenvedélybetegekre úgy tekintűnk, mint egy rendszer tagjaira, akkor indokolt a családtagoknak – mint ugyanazon rendszer tagjainak – a vizsgálata is. Az elfogadott tény, hogy a család mint nyílt rendszer folyamatosan változik, és a fejlődés során időről időre újraszerveződik. Azokban a rendszerekben, ahol szenvedélybeteg él, ott egyfelől rendszer-diszfűkciók konstatálhatók, másfelől az ún. tűnethordozó mellett élő tagok is veszélyeztetettek valamilyen mértékben. Ez a veszélyeztetettség azzal a következménnyel jár, hogy protektív metódusok,



vagyis intézményes segítségnyújtás és támogatás nélkül ezek a tagok csak korlátozottan képesek stabilitást és egyensúlyt teremteni a családi rendszerben. Stresszre ezek a családok általában túlterhelődnek, és kaotikus formában működnek.

## A VIZSGÁLAT MENETE

A kvalitatív kutatás során szenvedélybetegek családtagjaival készítettünk strukturált interjúkat. A családtagok esetében a rokonsági fokot nem kötöttük meg. Tíz intézményben összesen 50 interjú készült, intézményenként öt. Az intézmények közül négy alacsonyküszöbű, hat pedig közösségi ellátást végző intézmény volt. Az alábbi táblázatok a minta régió, településtípus és fenntartó szerinti megoszlását mutatják.

### Megoszlása területileg

Budapest:	2
Dél-Alföld:	1
Dél-Dunántúl:	1
Észak-Alföld:	2
Észak-Magyarország:	1
Közép-Dunántúl:	1
Közép-Magyarország:	1
Nyugat-Dunántúl:	1

### Településtípus szerint

főváros:	2
megyeszékhely:	4
város:	3
nagyközség:	1

### Fenntartó szerint

egyházi:	4
önkormányzati:	2
civil:	4

A mintavétel során törekvés volt, hogy az intézmények ellátási típusa, fenntartója, területi elhelyezkedése és az ellátottak száma szerint reprezentálja az intézmények teljes körét. Az interjúkat az intézmények dolgozói készítették el, intézményvezetők egyeztetést és szakmai felkészítést követően, 2013. május-

július időszakban. Az intézményvezetők saját hatáskörükben delegáltak szakembereket a kutatáshoz. Kérés volt az intézményvezetők felé, hogy olyan munkatárs készítse az interjút, akinek van legalább egy éves munkatapasztalata, és vállalja az interjúra való személyes felkészítést is.

Az interjú kérdéseit három fő kategóriába soroltuk az alábbiak szerint:

1. Általános szociológiai adatok felvétele: falu-város, iskolázottság, jövedelmi helyzet, család-szerkezet, foglalkozási státus, nem, etnikai hovatartozás, vallás.
2. A nő, férfi, lakhely, anyagi státus, foglalkozási status, családszerkezet elemeket azért tartottuk fontosnak, mert a kutatásra építve, különböző segítő, támogató korrekciókat lehet végrehajtani két területen is: a szolgáltatások területén és a mentálhigiénés, szakmai beavatkozások esetében is. Az intézmények szakemberei különféle munkaformákban végeznek tevékenységeket: egyéni esetkezelésben, csoportban, vagy terápiában, és ezeknek a szakmai továbbfejlesztése lényeges, hiszen mozgásban, változásban lévő társadalomban élő kliensek esetében a beavatkozási repertoárt is folyamatosan kell adaptálni az új igényekhez. A kutatásnak tehát volt olyan törekvése, hogy racionalizálást és szakmai minőségnövelést indukáljon. Az interjúk mindezt igazolták, más-más problémátípus körvonalazódott a beszélgetésekben, amelyek majd a beavatkozások, segítő eljárások módozatainak finomítását igénylik.

A hit és az etnikai hovatartozás kérdése szintén az előzőekben leírt szakmai szolgáltatások alakításához tartozó adatok. A hívók esetében kimutatták (pl. a daganatos betegeknél vagy a szívűtéten átesetteknél stb.), hogy a megküzdés hatékonyabb. A szenvedélybetegekkel való szociális és egészségügyi munkában, de a szenvedélybeteg családtagjaival végzett munkában is ez egy figyelembe veendő faktor lehet.

Az etnikai hovatartozás kérdésében pedig a szerhasználatlalt kapcsolatos sajátos kulturális attitűd ismerete és a családi támogató rendszer működési sajátosságainak ismerete lehet hasznosítható a gyógyulási folyamat támogatásában. Eltérő kultúrájú családokban ugyanis más-más személy lehet fontos a problémamegoldásban. Kultúra-közi vizsgálatok bizonyítják, hogy vagy az apák, vagy az anyák, vagy az apák anyja, vagy az anyák férfi testvére az a személy, akit a családok erőtartálékainál figyelembe kell venni, mert ők a dominánsak, vezetők a rendszerben.

3. A szociális ellátórendszerre vonatkozó ismeretek feltárásához, a jelenlegi intézménybe jutás körülményeire és az intézményekkel való elégedettségre kérdeztek rá az interjút készítő szakemberek. Elsősorban arra kerestünk választ, hogy a környezeti erőforrások mobilizálá-

sára milyen mértékben képesek a családok. Kitért az interjú arra is, hogy milyen az információ-szerzési aktivitása a családnak, milyen forrásokból merítenek információt a szenvedélybeteggel való együttélés során, elégedettek-e az igénybe vett szolgáltatásokkal, és milyen igényeik lennének még, amelyet jelenleg nem kapnak meg. Az a kérdés is idetartozott, hogy ha lehetőségük lenne a családtagoknak, akkor járnának-e olyan hozzátartozói csoportba, amelyet formálisan szerveznek, és ezek a csoportok abban homogének, hogy valamennyiük családjában van szenvedélybeteg. Ennek megválaszolása hozzájárulhat a szociális szolgáltatások bővítéséhez, illetve a módszertani tudásanyag bővítéséhez is a szakemberek számára.

4. A harmadik nagyobb egység feltárta a család attitűdjét magához a szenvedélybeteghez, illetve viszonyát az intézményekhez. Ezt az ún. gyógyulási prognózis szempontjából tartottuk lényegesnek, mert esetfeldolgozások tanulsága szerint gyengíti a szolgáltatások hatékonyságát, ha az igénybevevő családtagjai nem bíznak az adott szolgáltatásban, vagy maguk nem minősítik gyógyíthatónak az adott szenvedélybetegséget. Pszichológiai és rendszerdinamikai hatása ennek pedig az lesz, hogy az érintett szenvedélybetegek is beállítják az észlelésüket a családtagok negatív nézeteire, és ezzel a gyógyulási vagy viselkedéskorrekciós esélyt nagymértékben csökkentik.

Ebben a harmadik kérdéscsoportban vártunk arról is információt, hogy a családtagoknak milyen szükségleteik vannak, amelyeket esetlegesen az ellátórendszer nem ismert fel, vagy nincsenek rá szolgáltatások. A tanulmány „javaslatok” részében erre még részletesebben is kitérünk.

Feltevésünk volt, hogy az interjúk választ adnak arra kérdésre, hogy miben látják a családtagok a legfontosabb működési zavart: pl. a betegség következtében kialakult anyagi terhek okozta nehézségekben, a betegség miatti kommunikációs félreértésekben, a családi alegységek, szövetségek, koalíciók nehezített együttműködésében, izolációban, vagy éppen a határok nélküli családi alakzatban.

Klinikai tapasztalatok vannak arról, hogy szenvedélybetegek családjában komoly kommunikációs és érzelmi sivárság, valamint empátia-hiány konstataható, merev, zárt rendszerben élnek ezek a családok.

Lényegesnek tartottuk azt is, hogy milyen rokonsági relációban van a megkérdezett interjúalany a beteggel. Más működési mód jellemző ugyanis azokra a családokra, ahol az idősebb korosztály szenvedélybeteg, (ez általában alkoholfüggőséget jelent az interjúk szerint) és más, ha az utódok érintettek, azaz a szülő az interjúalany és a gyermeke szenvedélybeteg. (Itt jellemzően szerhasználók, drogfüggők a családtagok, és erre szintén volt több interjú-adat.)

Ha a hozzátartozó szenvedélybeteg magának a kérdezettnek a gyermeke, akkor a szülők igényei kideríthetők, feltárhatók. Éltünk egy olyan hipotézissel

ezzel kapcsolatban, hogy napjainkban a szülőknek csak minimális információik vannak a fiatalok alkohol- és droghasználatáról, azaz több felvilágosító, informatív szolgáltatásra lenne szükség. Ha a gyermek a beteg, akkor ebben a családi dinamikában azzal is meg kell küzdenie a szenvedélybetegnek, hogy ő a bűnbak a családban, amit viszont szégyenérzet kísérhet, hiszen átéli, hogy egyedül ő nem „kompatibilis” egy tiszta rendszerrel.

Ha maguk a szülők, tartósan vagy epizodikusan érintettek voltak, például nekik maguknak is volt alkoholproblémájuk, akkor ismereteik feltehetően vannak, de az érintettség miatt a családi egyensúlyteremtéshez kellően nem tudnak hozzájárulni. Pontosabban, a családi diszfunkció nem a szenvedélybeteg gyermek tüneteivel együtt jelent meg, hanem a szülők már korábban olyan viselkedéses mintát adtak, amely kódolta az utódok viszonyát is a szerekhez.

Azt feltételeztük még, hogy ha az interjúalanyoknak a felmenői szenvedélybetegek, akkor a szocializációs deficit miatt más jellegű támogatást igényelnek, vagy legalábbis sajátosabb családi viszonyrendszer körvonalazódik. Kérdésünk volt, hogy a gyermekszerepben lévő interjúalanyok milyen hatékonyságot tulajdonítanak saját szerepüknek, milyen támogatást akarnak, vagy tudnak adni a beteg családtagnak, maguk hogyan minősítik a tünetet, mi jár számukra szenvedésnyomással. Ezeknek az eseteknek ugyanis általában van egy, a gyermekvédelem kompetenciájába tartozó síkja: a családtagok már átéltek konfliktusokat, megtapasztalták a biztonság hiányát a felmenőkkel, így az ő stressztűrő kapacitásuk valószínűleg korlátozottabb. Ebben a családi formációban általában az ún. parentifikáció jelensége fordul elő, ami azt jelenti, hogy a gyerekek szülői szerepet vesznek fel, mert átélik a gondozás és biztonság hiányát, így átlépik a szülői alrendszer határát, és pszichológiai értelemben ők lesznek a kontrolláló szülői szerep betöltői.

Összefoglalóan elmondható, hogy a legfőbb kérdés az volt, hogy az interjúalanyok hogyan látják saját szerepüket a családban, milyen öndefinícióik vannak a szenvedélybeteg körüli szerepükről, hogyan vesznek részt a problémamegoldásban, milyen erősségeik vannak, és milyen támogatást tudnak felajánlani a beteg családtagnak.

Rokonsági foktól függetlenül az interjúval kívántuk azonosítani, hogy az úgynevezett problémás családi alakzatok közül melyek a jellemzőek. Van-e a mintában szereplők családjában például bántalmazó szülő, perfekcionista szülő, szertartásos, rituális szülő? Ez a tény – függetlenül attól, hogy ki a szenvedélybeteg, és ki az interjú alany – olyan működési sajátosságokat generál, amely az ellátó-rendszer számára értékes információ.

Attitűd-meghatározónak tekintettük a szenvedélybetegségekre vonatkozó oktulajdonítást is. Kérdés volt az interjúk során, hogy kinek tulajdonítják a szenvedélybetegség kialakulását, és neveznek-e meg felelősöket. Más lesz a családi erőterben a szerepe a szenvedélybetegnek akkor, ha őt tekintik egyedüli felelősnek a tünetek kialakulásáért, és más akkor, ha a „betegség” címke relatív fel-

mentését élvezik. Az interjúk információiból arra is szerettünk volna válaszokat kapni, hogy inkább külső kontrollós attitűd jellemzi-e a családot, azaz külső felelősöket keres, vagy saját felelősségi körükbe tartozónak érzik a tagok a betegség megjelenését, és így belső kontrollós attitűddel ellenőrzésük alá, saját hatáskörükbe utalják azt. Ez az utóbbi forgatókönyv bizonyítja a családi konstrukciós modell létjogosultságát. Magát a világról alkotott képet, a konstrukciót, egyének sajátosságaként fogták fel korábban, azonban ezt a kutatások alapján kiterjesztették a családokra is. (Logikailag ez azzal analóg, amit a gestalt pszichológia mond az emberi csoportokról, hogy az több, mint a tagok összessége, önálló entitásként kell értelmezni.) Röviden ez azt jelenti, hogy a család, ugyanazon pszichológiai erőterben élve, saját működését megkonstruálja, amivel kvázi kijelöli a családtagok szerepeit is. Ha vannak „rendes szülők” a családban, akkor ez a pozíció már foglalt, és csak a „rossz” szerep helye marad üresen. A konstrukció leírása így két szinten tehető meg: adott az értelmezési szint a „rendes szülővel és a rossz, drogos gyerek definícióival, és van egy akció szint, amikor a rendes szülő szid, fegyelmez, moralizál, tilt, fenyeget, stb., a rossz gyerek pedig megszökik, elviszi a pénzt, beszív, berúg, stb. Az értelmezési szint és az akció szint ok-okozati spirálként tartja fenn önmagát. A családtagok értelmezései vezérlik az akcióikat, és az akciók erősítik az észlelést, azaz az értelmezés helyességét. Több interjúban volt hallható, hogy a családok „mindent próbáltak, sokat tettek a szenvedélybetegért, rendesen bántak vele, minden megvolt, és mégis ezt az utat választotta”. Ez parafrázálva azt jelenti, hogy „nálunk rendesebb, önfeláldozóbb, önzetlenebb ember nincs, és a hálátlan mégis rossz úton jár”. Az interjúk ezt a családi mintázatot igazolták, elhangzott, hogy különféle korrekciós megoldásokat próbáltak már ki, volt büntetés, próbálkozás a megértésre, majd az ignorálás. Néhány esetben a teljes feladáshoz jutottak el a családtagok. Érdeemes itt megjegyezni, hogy minden akció – az előbb leírt konstrukciós modell alapján – csak elsőfokú változást eredményez, megoldást nem dolgoz ki.

A családok jövőjére vonatkozó kérdéscsoportban szerepelt az a kérdés is, hogy milyen változással lennének elégedettek a tagok. A teljes gyógyulást, a helyzet javulását, vagy az adott jelenlegi állapot fenntartását várják-e. A teljes gyógyulásba vetett hitük a családtagoknak sajnos olyan „elégedetlenség-kétségbeesés-reménykedés” cirkulációba viheti a családot, amely inkább fenntartja a tüneteket, semmint segítené a családi problémamegoldást. Érzelemlátványos, nem pedig problémaközpontú működési módot eredményezne. Ide tartoztak a veszteségekre, félelmekre és a személyes tanulásra vonatkozó kérdések is.

A jövőre vonatkozóan az az explicit kérdés szerepelt még az interjúban, amely a család öt év múlva elképzelt állapotára vonatkozott. Feltevésünk volt, hogy a válaszok több összefüggésre is rámutathatnak. Egyfelől arra, hogy milyen kapacitást észlelnek a családi rendszerben, mennyit gondolnak ebből saját kontrolljuk alatt tarthatónak, mennyit tulajdonítanak a véletlennek, a kiszolgáltatottságot, vagy az irányítást élék-e meg.

## AZ INTERJÚK FELDOLGOZÁSA

### Általános szociológiai adatok.

Elsősorban nők vállalták az interjút, ami az elemzés szempontjából nem elhanyagolható tény. A családi rendszerben, az intézményekkel való kapcsolatteremtésben, a kapcsolattartásban a nők szerepe domináns. Adódik itt egy összehasonlítás a pszichiátriai betegek családtagjaival készült interjúk alanyaival kapcsolatban. A velük készült interjúkban a férfiak és nők aránya kiegyenlített volt, viszont az alkohollal, droggal érintettek családjából gyakorlatilag csak a nők vállalták az együttműködést. Az a tendencia látszik, hogy a „nem klasszikus” betegekkel való együttélésben, a nők jelenléte erőteljesebb, mint a férfiaké, legalábbis azon a felületen, amelyik a család külső kapcsolatait jelenti.

Az iskolai végzettséget tekintve nagy számban a nyolc osztály és a szakmunkás végzettség a jellemző, és igen kis számban vannak felsőfokú, főiskolai vagy egyetemi végzettségűek.

Jellemzően, munkahellyel rendelkező családtagokról van szó, de közmunkaprogramban és részmunkaidőben való foglalkoztatás is megjelent a mintában. Munkanélküli családtag elhanyagolhatóan kevés volt.

A rokonsági reláció a következő képet mutatja sűrűség szerint:

- gyermeke a szenvedélybeteg
- férje a szenvedélybeteg
- testvére a szenvedélybeteg
- szülője a szenvedélybeteg
- nagybátyja, vagy más, nem egy háztartásban élő tag a szenvedélybeteg

Ha a megkérdezetteknek a gyermeke szenvedélybeteg, akkor ez elsősorban drogfogyasztást, füvezést jelent, ha pedig a szülő szenvedélybeteg, akkor az inkább alkoholfogyasztást, ami szintén egyfajta elemezhető mintázatát mutatja a betegségnek. Azokban az esetekben, amikor a szülők számolnak be az interjúkban a gyermekeik szenvedélybetegségéről, akkor kirajzolódik egy életkori rituálé, ami modern kori jelenségként ismert. Jellemzően nincsenek életkorhoz köthető rituálék a mai társadalomban felnőtt fiataloknak – mint például a felnőtté avatás rituáléja az archaikus társadalmakban –, és így pórituálékat találnak ki. Együtt rúgnak be, együtt szívják el az első füves cigarettát, stb. Ebben tudattalanul benne van az a bátorság, hogy megszegik a szabályt, amelyet a felnőtt világ diktál, de egyben át is léphetnek abba a játéktérbe, amely a felnőtteké. Amikor a megkérdezett interjúalanyok a kortársak egyértelmű felelősségét hangsúlyozzák

(„*barátok vitték bele mindenbe, nem volt ő rossz gyerek*”), akkor ennek háttere valójában a kreált pótrituálé, és az a törekvés is, hogy családon kívüli felelőst találjanak. Az alábbiakban néhány példán keresztül bemutatjuk a családi szkriptek és rokonsági fok összefüggését.

Az egymásról, a családtagokról való gondoskodás strukturálisan és mentálisan ép családok esetében is tanulási folyamat eredménye, de a már korábban bemutatott parentifikált gyerekek esetében határátlépés történik, mert túlterhelődnek feladattal. Ha a korán átvett szülői szerep-elem az identitás részévé válik, akkor ez a jellemző az egyén egész élete folyamán megmarad. A túl korai felnőtté válás és a félelemkeltő szülői viselkedés miatt ezek a személyek úgynevezett **korrektív szkriptek**et alakítanak ki későbbi, saját családjukban. „*Én láttam mi az, hogy alkoholista mellett felnőni, a saját családomban ilyen nem lesz, az biztos.*” „*Mindig rá kell nézmem, mert sose tudom, hogy milyen állapotban találok anyámat.*” A példában benne van a szerepcsere is, a gyermek gondozza és kontrollálja a szülőt, de felismerhető az úgynevezett korrektív szkript is. Amitől szenvedtek gyermekkorukban, azt korrigálják, és a saját családjukban az „ellenszkriptet” dolgozzák ki.

Mivel a személyek óhatatlanul is hozzák magukkal a szüleikkel való együttélésből nyert tapasztalatokat, vannak akik **replikatív szkriptek** formájában ezt a tapasztalatot újraalkotják a saját családjukban. Erre is volt példa az interjúkban: „*az apja is ivott, nem csoda hogy a férjem is iszik*”, vagy az „*apja ivott, de legálább nem drogozott*”, „*ezt látta, ebbe nőtt fel*”.

Akár replikatív, akár korrektív szkriptekről van szó, mindkettő transzgenerációs hatásnak tekinthető, amely explicit vagy implicit módon, de nagy számban kimutatható a megkérdezettek családjában.

A szociális munkában ezzel a jelenséggel számolni kell, mert kimutatott, hogy a nem biztonságos kötődéskapcsolatok hálózata a családban nagy eséllyel viszi kóros irányba a tagokat. Inkoherens vagy ambivalens kapcsolati stílus mellett, sok energiát fektetnek a tagok azokba a dilemmákba, hogy mi lett volna, vagy mi lenne helyes a családjukban, ki milyen előzményeket élt át, kinek milyen referenciapontjai voltak, stb., de valódi megoldásokat nem dolgoznak ki.

Ha a szenvedélybeteg hozzátartozó házastársa vagy élettársa a válaszadóknak, akkor jó esélyük van a tranzakcióanalízis szerinti játszmáknak, ami hiteltelen szerepvállalással és sajátosan torz kommunikációval azonos. A „*hiába szídom, nem hallgat rám, pedig én mindent megtettem érte, mondták is a faluban*” típusba tartozó közléseknek a pszichológiai jelentése egészen más, mint a szavak jelentése.

A megkérdezettek nagy százaléka hívőnek tartja magát, de hozzáteszik, hogy vallásukat nem gyakorolják.

Magyar és roma származású családtag egyaránt bekerült a mintába, de a roma adatközlők száma minimális. Itt kell megjegyezni, hogy a „milyen etnikumhoz

tartozónak érzi magát” kérdést, a válaszolók nagy része úgy értelmezte, hogy ez kifejezetten a roma etnikumra vonatkozik. Több válaszoló úgy fogalmazott, hogy „nem tartozom etnikumhoz”. Az etnikai hovatartozás kérdése a vizsgált kultúrkörben romát jelent. (Ezt az interjút készítő gondozók is megerősítették, a magnófelvételt megelőző kötetlenebb beszélgetés tapasztalataként.)

Az is megállapítható, hogy a szenvedélybetegek családjában, velük egy háztartásban relatíve kevés kiskorú gyermek érintett, ami egyfelől annak köszönhető, hogy vagy az idősebb szülő a szenvedélybeteg, és így nem feltétlenül egy háztartásban élőkről van szó, másfelől már a kamaszkor végén, kora felnőttkorban vált ismertté a szenvedélybetegség, és nincs kisebb testvér a családban. Ez a tény gyermekvédelmi szempontból sem elhanyagolható, hiszen a szociális és gyermekvédelmi ellátások holdudvarában létezik egy látens klientúra, akiknek az azonosítása prevenciós szempontból lényeges lenne. Az intézményes segítségnyújtás akkor indul el, amikor egy-egy intézmény-profilnak megfelelő tünetegyüttes és a hozzá kapcsolódó személyek aktivitása megjelenik. Vagy a kliensek maguk kérelmezik az ellátást, vagy az intézmény ajánlja fel a segítségét. Ez időben zajló folyamatot jelent, ami a valódi prevenciós lehetőségek körét leszűkítheti. (Tény például, hogy a gyermekbántalmazás latenciája magas Magyarországon is, és a bántalmazottak családjában gyakran van szenvedélybeteg.)





## INTÉZMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

Az adott intézménybe kerülésről az interjúalanyok elmondták, hogy a kórházak, egészségügyi intézmények sokat tettek azért, hogy a megfelelő szociális ellátásról értesüljenek a betegek és családjaik. Ebben a kérdésben azonban különbség mutatkozik nagyközségben és városban élők között. Nagyközségben élők esetében gyakori, hogy a gondozók keresik fel a családokat, és elmondják az igénybe vehető lehetőségeket. Ez sokszor a személyes kapcsolatrendszeren belül zajlik. Az idevonatkozó interjúkban a tegeződéses forma is jelzi, hogy a szakember–kliens viszonyt átszínezi az egy településen élőkre jellemző sokféle szerepkapcsolat. A kliensek körét már a felkészítés idején is úgy emlegették a gondozók, hogy *„osztálytársam volt,”* *„az utcánkból ismerem,”* *„dolgoztunk együtt”* stb.

Városon inkább intézményes segítséget kérnek és kapnak a szenvedélybetegek és családjaik, és az internetes keresés is városon jellemző. Itt lényegesen kevesebb a kliens–szakember reláción kívüli kapcsolat-forma. Abban az esetben mutatkozott csak sajátos kliens–szakember kapcsolat, ha már hosszú ideje tart a szakmai együttműködés, vagy már más családtag is érintett volt korábban. Ezért tartalmaz a javaslat olyan továbbképzési formát, ahol az tematizálható, hogy a segítő–beteg, segítő–családtag kapcsolatokban mint egységben a határokat hogyan őrizhetik meg a szakemberek. Az ellátás sikerét, hatékonyságát befolyásolja ugyanis, hogy a szereppartnereknek milyen előfeltevései vannak a másik félről. A relatíve nagyobb pszichológiai távolság a kliensben növeli a segítőnek tulajdonított kompetenciát, mint ha például egy olyan személlyel dolgozna, akit ismer az „utcából”, vagy az „iskolai osztályából”. Ezt a feltevést alátámasztják még az interjúknak azok a részletei, ahol az egészségügyben szerzett tapasztalataikat mutatják be a megkérdezettek. Az egészségügy hagyományosan hierarchizáltabb, mint más intézmények, ami az igénybe vevőkben olyan képzeteket vált ki, hogy professzionális és megfellebbezhetetlen útmutatást kaptak. A szociális ellátásban, főként a humanisztikus pszichológia térhódítása miatt, ez a távolság a tanácskérő és tanácsadó (szociális szakember–kliens) között lényegesen kisebb, időnként feloldódik, aminek vannak következményei a szakmai munkára. A pszichológiai távolság kérdésköre önismereti, szakmai képességfejlesztési csoportokban eredményesen feldolgozható.

Az arra a kérdésre adott válaszok, hogy igényelnének-e az intézmény részéről a hozzátartozók számára szervezett csoportos munkát, szeretnének-e olyan személyekkel találkozni, akik hasonló körülményekkel küzdenek, két kategóriába sorolhatók. Vagy a teljes elutasítás, vagy a teljes odafordulás jellemző. Az elutasítók válaszaiban parafrázálhatók, hogy *„az én problémámon úgy sem tud segíteni senki”*, vagy *„nem akarom senkinek elmondani, szégyellem”*. Feltéte-

lehető, hogy a zártabb, izolált családokra jellemző ez a megoldás, illetve azokra a családokra ahol a titok be van építve a működésbe. Ez összhangban van két szakirodalmi megfigyeléssel. Az egyik, hogy az izolációban élő családok kommunikációja torzul a külvilág felé is, és rendszeren belül is. A másik megfigyelést a társadalmi traumatizáltak családjaiban észlelték (elsősorban a holokausztot túléltek családjaiban), hogy maga a titok és az ezzel járó bizonytalanság okoz neurotikus tüneteket, de a család mégis konszenzusos abban a kérdésben, hogy a külvilág felé nem kommunikálnak semmit. Ez még inkább távolítja a családot a más társadalmi alrendszerektől. Megfigyelhető volt ennél a kérdésnél, hogy bizonytalan válaszadó elhanyagolható számban volt, a „nem is tudom, talán” válaszok minimálisak, vagyis relatíve stabil családi struktúra és működés a jellemző. Mindkét esetben más beavatkozási forma adekvát a szolgáltatásokat végző segítők részéről.

A megkérdezettek nagy számban elégedettek a szolgáltatások nyújtotta segítséggel, egyetlen negatív jelzés volt csak az egyik családsegítő központra, de abban az interjúban is azonnal hozzátette a kérdezett, hogy „a szenvedélybetegekhez nem ők értenek”.

Nagy támaszt látnak a megkérdezettek az egészségügyi szolgáltatásokban. A kisebb településeken a családorvosban, nagyobb településeken az addiktológiai és a pszichiátriai intézményekben. Az irántuk megnyilvánuló bizalom kiemelkedően magas.

Más intézményi ellátásra vonatkozóan elvárást nem jeleztek a megkérdezettek, így a szükségletek feltárása erősen korlátozott az interjúk alapján. Ez tekinthető úgy is – és ezt jelzik is az interjúkban –, hogy elégedettek a szolgáltatással, amelyet egy adott intézmény nyújt, de azt is, hogy nincs tudomásuk arról, hogy milyen igényeik lehetnének még. Az interjút végző intézménnyel valamennyi válaszadó elégedett, de ezzel az adattal óvatosan kell bánni. Nem az vonható kétségbe, hogy ezek az intézmények nem dolgoznak megfelelően, hanem inkább azt kell figyelembe venni, hogy az interjúalanyok áttételesen éppen ebben az intézményben vesznek igénybe szolgáltatást, valamint ők azok, akik vállalkoztak az interjúra, vagyis feltételezhetően jó a kapcsolatuk a vizsgált intézménnyel.

Az interjúra való felkészítéskor felmerült a szakemberek részéről, hogy ismernek a településükön olyan szenvedélybetegeket, akik nem vállalják a betegségüket, noha a családtagjaik már szorgalmazták a segítségkérést mind az egészségügy, mind a szociális intézmények irányába. Lépéseket tettek, segítségért fordultak, de a szenvedélybeteg motivációja nélkül ellátásra nincs mód, a családtagoknak pedig nincsenek eszközeik. Négy esetben a most leírt szenvedélybetegek családtagjaival történt interjú, abból a megfontolásból, hogy a kutatás célja a szenvedélybetegek és környezetük közötti összefüggés feltárása volt. Ebben a célkitűzésbe azok a szenvedélybetegek is beletartoznak, akik a szakirodalmi változás-modell szerint a prekompatív fázisban vannak. Ebben a fázisban a kliens nem akar változni, mert az ivás vagy a szerhasználat szubjektív élménye

meghaladja annak költségeit. Az esetükben csak a kényszer lehetne az egyetlen eszköz, de annak sikeressége a kliens betegségnyomása nélkül erősen kétséges. A családtagokkal való szociális vagy egészségügyi munka azonban esélyes lehet arra, hogy az elszánás szakaszáig eljusson a függő. Az ilyen kliensekkel végzett interjú azokról a nehézségekről számol be, amelyekkel a betegek tagadása jár. „*Hagyjuk békén ő nem beteg*”, „*nem megy sehová, mert neki így JÓ*” típusú mondatok szerepelnek nagy gyakorisággal. A családtagok ugyan azt állítják, hogy ők már mindent megpróbáltak, de azért ebben van egy olyan tanulságos elem, amelyet érdemes kifejteni. A „minden megpróbáltam” valójában nem többféle közelítési módja a problémának, hanem ugyanaz a mintázat, ugyanaz a módszer, csak időben és intenzitásban talán eltérően. A próba valójában az arra való rábeszélésből állt, hogy kezeltesse magát, mert ez így nem maradhat. Ennek a közlésnek valószínűleg volt többféle verbális alakja, többféle intenzitású affektív kísérője, de ez ettől még nem több módszer alkalmazása, hanem az ugyanaból még többet elvéne használata. Módszertani javaslat lehet, hogy a megfelelő szolgáltatást ki kellene dolgozni az ellátáson kívüliek családjaira is.

### **A családtagok attitűdje, viszonya a szenvedélybetegséggel küzdőhöz**

A hozzátartozók számára szervezett támogató csoportokat városon inkább elfogadják a megkérdezettek – mint egyik lehetséges mentálhigiénés támogatást –, de községekben jellemzőbb a szenvedélybetegség ténye miatti, vagy maga a szenvedélybeteg viselkedése miatti szégyen érzése. Ez főként az alkoholbetegek esetében jellemző. Ez összefüggést mutat a felelősség kérdésére adott válaszokkal. Azokban az interjúkban ugyanis, ahol a szenvedélybetegséget valójában morális címkével látják el, vagyis akaratgyengésnek, jellemhibának minősítik, ott a szégyenérzet adekvát reakció a családtagok részéről. A betegség státussal együtt járó környezeti felmentést ezekben az esetekben a családtagok nem adják meg. Az „*ő tehet róla*”, „*magának köszönheti*”, „*ő a felelős*” válaszok ezért gyakoriak. A sajnálat érzése, amit szintén megfogalmaznak, már segítő aktivitást jelent, és támogató attitűd kiváltódását a szenvedélybeteg irányába. A pszichológiai csoportba „járás” Magyarországon még mindig azzal a stigmával jár, hogy nem normális, vagy bolond az illető, így a hozzátartozói csoporttól való idegenkedés érhetőbb.

Arra a kérdésre, hogy miben látják a szenvedélybetegség okát, jellemzően kortársakat jelölnek meg a családtagok, ha a gyermekükről vagy testvérükről van szó. Valamelyest tényleg magyarázható ez a képlet, hisz a szerhasználatban érintett népesség, életkorból adódóan kortársmezőben él, ezért jön természetesen ez az oktulajdonítás. Nem is volt a megkérdezettek között olyan, akinek kamasz vagy ifjúkorban lévő családtagja volt, és ne említette volna a kortársak szerepét.

Ez a jelenség más mentális vagy szomatikus tünet esetében is tipikus, a társas környezet magyarázatot keres a jelenségre, és azt leegyszerűsíti. A kortársak szerepe valóban nagy, több kutató modern kori, vagy nyugati kultúrára jellemző felnőtté avatási szertartásként tekint az első berúgásra, az első szerhasználati élményre. Ugyanakkor a multikauzális felfogás szerint egyetlen faktor nem elegendő a tünet kialakulásához, a megértéshez szükséges még a családi, nevelésbeli, rendszerdinamikai, kötődésbeli faktorok ismerete is. A családtagok azonban a rendszer tagjaként nem tudnak árnyaltabb elemzést végezni saját rendszerükben, így adódik a kortársak felelőssé tétele.

Összességében tehát elmondható, hogy nem személyiségre, nem családi működésre, hanem külső ágensekre vonatkozó attribúcióik vannak a megkérdozetteknek. Ha ezt figyelembe véve szolgáltatásokat tervezünk, akkor fontos cél lehet a belső kontroll attitűd felé való törekvés elérése.

Magasabb iskolai végzettségűeknél megfigyelhető, hogy a „kulturális változást, stresszel teli életmódot, bizonytalan világot” használják magyarázatképpen, ami csak a szavak szintjén más, mint a kortársak felelőssé tétele, de mintázataiban ugyanaz. A „világ” a felelős, mert „*kiszámíthatatlan*”, „*nincs munka*”, „*nem lehet előre haladni*”, „*külföldre kell menni*”, „*mindenki úgy boldogul, ahogyan tud*”, „*nem segítik egymást az emberek*”, stb.

Azokban a családokban, ahol a szenvedélybeteg öngyilkosságot kísérelt meg, ott az önvád, büntudat erősen kimutatható az interjúkban. A „*mit rontottunk el*” kérdést teszik fel a szülők, és így maguk is támaszigényesek. A szuicid kísérlet, bármely családtag követi is el, krízisként értelmezhető a rendszerben, ami azzal jár, hogy a családtagok érzelemvezéreltté válnak (ld., büntudat, lelkiismeret furdalás, önvádolás, kétségbeesés, tehetetlenség érzése stb.), a problémamegoldásaik nem konstruktívak. Amíg a súlyos érzelmi zavar jellemzi a családot, addig a racionális konstrukciók kidolgozására képtelen. Ebben a fázisban a segítő beavatkozások hatékonysága sem kielégítő, főként, ha azok nem a legadekvátabbak.

Az interjúk alapján az látszik, hogy mivel az anyák az adatközlők, jellemzően két stratégiájuk van a szenvedélybeteggel való együttélésben. Az egyik stratégia szerint az anya feladja, és már nem küzd a gyermeke szenvedélybetegsége ellen. Elmondják az interjúalanyok a feladáshoz vezető folyamat főbb ciklusait, és ezek hasonlóságot mutatnak a tárgyvesztések utáni szakirodalmi szakaszokkal. Elmondják, hogy először tagadást („*ez velünk nem fordulhat elő*”) dühöt, tiltakozást („*miért pont minket ér ez, mivel érdemeltük ki*”) éreztek, aztán az érzelmek intenzitása csökkent, bánattá, szomorúsággá változott, és a végén a beletörődés következett („*nem tudok mit csinálni*”, „*az ő élete, mit csináljak?*”). Ezek a szakaszok normál tárgyvesztés, halál-feldolgozás esetén egy új kapcsolati struktúra kialakulásához vezetnek, ami már adaptív. Szendvedélybetegek esetében azonban ez a beletörődés maladaptív, mert az ivás, drogozás felhánytorgatását

ugyan már nem használják fegyverként a szülők a beteggel szemben, de mellette a segítő támogatást és a gyógyulásra vonatkozó erőfeszítést is visszavonják.

A másik anyai stratégia a szenvedélybeteg koalícióba hívása. Együtt titkolják a többi családtag elől a tünetet, családi játszmák alakulnak ki, a családi rendszert nem a szövetségek, hanem az ellenséggéppel terhelt koalíció tartja fenn. Ez mind a szerhasználókra, mind az alkohollal élő szenvedélybetegek családjára érvényes.

Valamennyi vizsgált család esetében megfigyelhető a szerepek átrendeződésének jelensége. A dezorganizáció abban érhető tetten, hogy a család nem számol a változásokkal, tehetetlenül áll a válság ténye előtt, új struktúra és szereprendszer kialakítására még nem képes. A korábbi, válság előtti egyensúlyi állapot megtartására törekcszenek, és ehhez pszichológiai segítséget nem kapnak. Ha az intézmények csak a szenvedélybeteggel vannak kapcsolatban, nála adott esetben lassú gyógyulást érnek el, de maga a teljes egység nem változik. Ha minden rendszertag a megszokott módon működik, akkor csak első fokú változás érhető el.

Alkoholbetegséggel küzdők családjában, ahol az élettárs vagy férj a szenvedélybeteg, gyakori, hogy a környezet hozzájárul, hogy ne legyen betegségtudata a szenvedélybetegnek. Ez nagyközségben és városon is előfordul, hogy értékrendbeli okok miatt, a férfiak alkoholbetegségét a környezet felmenti. Ahogyan az egyik interjúalany elmondja: *„az anyósom szerint a férjem nem iszik többet, mint más férfi, de ha igen, akkor annak én vagyok az oka”*. Ha a szenvedélybeteg a férj, és a referens személyek nagy részének felmentését, támogatását ő élvezi, és csak a feleség az „üldöző”, akkor jó eséllyel rögzülnek a viselkedéses tünetek, az intézmények minden beavatkozása ellenére is. Ebben az esetben is csak elsőfokú változás következik be.

Figyelemre méltó az is, hogy magáról a szenvedélybetegségről rendkívül kevés információval rendelkeztek a megkérdezettek addig, amíg a családjukban ez nem vált problémává. Sem a veszélyeket, sem a figyelmeztető markereket nem vették észre, és elmondásuk szerint csak a probléma megjelenésekor kezdtek információkat gyűjteni. A válaszokból az a folyamat is kiténik, hogy magát a szenvedélybetegséget kezdetben jellemhibának, „akaratgyengeségnek” minősítették a családtagok, de miután egyre több ismeretük volt ezzel kapcsolatban, inkább a betegségként való felfogás felé tendáltak. Mindez a szerhasználókra, függőkre érvényes, mert a községekben az alkoholistákra, a korábban leírt morális címkézés igaz. Az információhiány azért is beszédes adat, mert az országban nagy erőfeszítések történnek például dropprevenció területén, mégis van egy korosztály az interjúk szerint – a 45-55 évesek –, akik a saját ismereteiket ebben a tárgykörben elégtelennek vagy kevésnek definiálják. A *„semmit nem tudtam a drogozról”* válaszok igen gyakoriak.

Másik tipikus válaszreakció még itt, hogy *„nem találkoztam vele, a mi családkban senki nem volt még szenvedélybeteg”*. Ez arra utal, hogy a megélelt,

átélést tekintik egyetlen információ-forrásnak, ezt tekintik autentikusnak. A közvetlen családi és szűkebb települési közösségben megélt élmények köré szerveződik a világ megértése, és nem hatnak a reklámok, a média, egyéb ismeretterjesztő formációk.

A veszteségre vonatkozó kérdések kapcsán elsősorban anyagi veszteséget értenek a megkérdezettek, illetve a munkavégzésre való alkalmatlanságot, de ezt is a jövedelem kiesésre fordítják. *„Nem bánom, ha minden így marad, csak legalább dolgozna és pénzt keresne”* vagy *„csak maradna meg a munkája, hogy legalább a pénzünk meglegyen”*.

Az érzelmi, vagy kapcsolati veszteségeket a következő választípusok reprezentálják:

*„Rossz látni, hogy egyre mélyebbre süllyed, és elhagyja mindenki”* (a beteg iránti aggódás)

*„Megromlott az egész családban az összetartozás”* (a családért való aggódás)

*„Nem bírom nézni, hogy jön haza részegen”* (saját rossz élmény feletti elkeseredés)

Arra a kérdésre, hogy mit tanultak a szenvedélybeteggel való együttélés során a megkérdezettek, nagyon tanulságosak a válaszok. Nagy számban azt fogalmazzák meg tanulságul, hogy a családtagok figyelme egymás iránt nőtt, olyan összefogásra készítette őket ez a helyzet, amely korábban nem volt jellemző a családjaikra, és hogy azokat a problémákat, amelyek a családban mint rendszerben a napi működés során adódnak, nem szabad hallgatással vagy negálással kezelni, hanem valami hatékonyabb problémamegoldást kell alkalmazni. Erre a megbeszéléseket tartják alkalmasnak, de feltehető, hogy ennek a mikéntjét nem ismerik. *„Meg kell beszélni a problémákat, nem kell elhallgatni semmit, nem kell megvárni, amíg itt a baj”*.

Arra a kérdésre, hogy mivel lennének elégedettek, nagy számban a teljes gyógyulást fogalmazták meg az interjúalanyok. A szakmai felfogás ezzel kapcsolatban egészen más, ezért ebben is lehet teendőjük a szakembereknek. Információadás a szenvedélybetegség természetéről, valamint a nézetek, attitűdök alakítása. Kódolhatja ugyanis a kudarc-érzést a családtagokban a teljes gyógyulás anticipálása, türelmetlenné teheti őket, végül a reménytelenséghez vezethet.

Az interjúk végén egy olyan kérdés szerepelt még, amely a jövőképre kérdezett rá: arra, hogy milyen elképzelésük van a családtagoknak az öt évvel későbbi életükre, családjukra vonatkozóan. Ebben nagy óvatosság jellemzi a megkérdezetteket, mert legtöbbször a *„ne legyen rosszabb”* választ adják különböző variánsokban, ami természetesen további elemzést igényel. Egyfelől mert konkrét stratégia, cselekvési terv nem jelenik meg sehol, másfelől azért, mert egyfajta belenyugvást, manifesztált állapotot sugall, ami a szenvedélybetegség prognózisa szempontjából nem kedvező.

Az emberek életéhez a társadalmi helyzetük, gazdasági viszonyaik kínálnak lehetőségeket és célokat, és a hozzájuk vezető utat is legitimálják vagy elzárják.

A jövőre vonatkozó kérdések alapján az látszik, hogy a munkához való hozzáfé-  
rést tekintik célnak a megkérdezettek, de ugyanakkor már mellé is teszik, hogy  
„*ezt senki sem tudja*”, mennyire sikerül. A munkavállalásra való törekvés a  
szenvedélybeteggel kapcsolatban is és a megkérdezettekkel kapcsolatban is di-  
lemma volt. Állandósult kudarcként élik meg a hiányát, az egzisztenciális nehé-  
zségeket, kialakul az ún. célhiányos állapot, és nem indul akció részükről. Ebben  
a kérdéskörben is hárul feladat a szociális terület szakembereire.

A munkahelyhez jutás vágya mellett, a teljesen kilátástalan jövőkép is megje-  
lenik: „*ebből a betegségből (alkohol) ezer közül egy, ha kigyógyul*”, „*lenullázó-  
dunk*”, „*nem is lesz már család*” közlésekben aktivitás, cél, tervek, konkrét  
megoldandó feladatok nincsenek. Az ő mozgósításuk már inkább terápiás mun-  
kát igényel.



## **JAVASLATOK AZ INTERJÚK ALAPJÁN A SZENVEDÉLYBETEGEK ELLÁTÁSÁRA VONATKOZÓAN**

- Szülőcsoportok számára a felvilágosító tevékenységet érdemes erősíteni, hiszen a nagyon korai felismerés fontossága vitathatatlan, ugyanakkor az interjúalanyok ismeretei a drogokkal kapcsolatban minimálisak.
- Szoros összefüggésben az előzővel, de már problémával küzdő családok esetében olyan csoportok működtetése, ahol a szenvedélybetegekkel való bánásmód, attitűd-alakítás kerül fókuszba, hiszen az interjúk alapján sok a családtagokban a betegség természetéhez képest irreális elvárás, a harag, a düh érzése az „akaratgyengeség” miatt.
- Rendszeres igényfelmérés a családtagok körében.
- Konfliktus-megoldási stratégiák tanítása az iskolákban.
- A helyi közösségek erősítése, amelyek alternatív programokat kínálnak.
- Alkoholbetegek esetében kidolgozni a családi rendszer együttes bevonásának lehetőségét.
- A jövőtervezés elemeinek tanítását célszerű programmá tenni, célkitűzést, a tervezést, alternatívák mérlegelésének képességét, és a cselekvési aktivitást motiválni abban a lehetőség-körben és realitáskontroll mellett, amelyben a kliensek élnek.
- Önismereti vagy szakmai képességfejlesztő csoportok indítása a szakmai szereptisztázás céljából.
- Szülőcsoportok szélesebb körű megismertetése a függőségek formáival, felismerésével, igénybe vehető szolgáltatásokkal.
- Szociális munka a pre-kontemplatív állapotban lévők családtagjaival.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Albert-Lőrincz Enikő (2004) *Önpusztító lázadás*. Scientia Kiadó, Kolozsvár.
- Buda-Kopp Mária (szerk.) (2001) *Magatartástudományok*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Bugán Antal (szerk.) (2002) *A kapcsolati egyensúlyok szerepe az egészséges alkalmazkodásban*. Didakt Kiadó, Debrecen.
- Rácz József (1998) *Ifjúsági (szub) kultúrák, intézmények, devianciák*. Scientia Humana, Budapest.
- Rácz József (1999) *Addiktológia*. Hiete Kiadó, Budapest.
- Ritter Ildikó (szerk.) (2000) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Ifjúsági és Sportminisztérium Szakmai Kiadványa, Budapest.
- Rüdiger Dahlke (1996) *A lélek nyelve a betegség*. Magyar Könyvklub, Budapest.
- Skrabski, Árpád, Kopp Mária, Rózsa Sándor, Réthelyi János (2004) A koherencia, mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika* 5(1), pp. 7–25.
- Stewart, Ian-Van Joines (1987) *A TA-MA*. Grafit Kiadó, Budapest.



## Tartalom

<b>Tanulmány „A pszichiátriai betegséggel küzdők családtagjaival készült interjúk” alapján .....</b>	<b>5</b>
<b>Indoklás .....</b>	<b>5</b>
<b>A terepmunka bemutatása .....</b>	<b>6</b>
Az interjúra való felkészítés menete, és tapasztalatai .....	7
Az interjú struktúrája, főbb kérdésköreinek bemutatása .....	10
<b>Az interjúk feldolgozása .....</b>	<b>11</b>
Általános szociológiai adatok.....	11
Intézményre vonatkozó adatok.....	12
A családtagok attitűdje, viszonyuk a pszichiátriai beteghez .....	15
<b>Javaslatok a pszichiátriai betegek családjaival való szociális munka fejlesztésére .....</b>	<b>21</b>
<b>Felhasznált irodalom.....</b>	<b>21</b>
<b>Tanulmány „A szenvedélybetegek családtagjaival készült interjúk” alapján.....</b>	<b>23</b>
<b>A vizsgálat menete .....</b>	<b>24</b>
<b>Az interjúk feldolgozása .....</b>	<b>29</b>
Általános szociológiai adatok.....	29
<b>Intézményre vonatkozó adatok .....</b>	<b>33</b>
A családtagok attitűdje, viszonya a szenvedélybetegséggel küzdőhöz .....	35
<b>Javaslatok az interjúk alapján a szenvedélybetegek ellátására vonatkozóan .....</b>	<b>40</b>
<b>Felhasznált irodalom.....</b>	<b>41</b>

