

Budapesti Corvinus Egyetem

Szociológia Ph.D. program

Társas kapcsolathálók és alkoholizmus

Társadalmi támogatás szerepe az Anonim Alkoholisták felépülésében
és visszaesésében

Ph.D. értekezés

Zsákai Szilvia

Budapest, 2008

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Szántó Zoltánnak, aki éveken keresztül figyelemmel kísérte, ösztönözte munkámat, hasznos tanácsaival, ötleteivel, és önzetlen segítségével hozzájárult a disszertáció elkészítéséhez.

Köszönettel tartozom tézistervezetem bírálóinak, Utasi Ágnesnek és Szabó Laurának, hogy észrevételeikkel és építő kritikájukkal segítettek a megfelelő irányba terelni a kutatásomat.

Köszönöm tanárainknak Hrubos Ildikónak, Lengyel Györgynek, Bartus Tamásnak és Juhász Pálnak, a disszertáció előző változataihoz fűzött megjegyzéseiket, segítve ezzel kialakítani annak végső formáját.

Köszönöm a kutatási módszerekkel kapcsolatban az előrelépés segítségét és a biztató támogatást Hegedűs Ritának és Moksony Ferencnek.

Végezetül szeretném megköszönni családomnak azt, hogy a disszertáció megírása során mindenben számíthattam rájuk.

Nélkülük PhD dolgozatom nem készült volna el.

Köszönöm!

TARTALOMJEGYZÉK

I. BEVEZETÉS.....	9
I.1. TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA.....	9
I.2. MI A CÉLJA A KUTATÁSNAK? (ÉS MI NEM?)	10
I.3. A DOLGOZAT FELÉPÍTÉSE	12
II. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	14
II.1. AZ ALKOHOLIZMUS, MINT TÁRSADALMI PROBLÉMA MAGYARORSZÁGON ..	14
II.1.1. Adatok az alkoholizmusról.....	26
II.1.2. Az alkoholbetegség kezelésének intézményrendszere	32
II.1.3. Társadalmi támogatás lehetséges szerepe az alkoholprobléma enyhítésében.....	40
II.2. TÁRSADALMI KAPCSOLATHÁLÓ ÉS TÁRSADALMI TÁMOGATÁS	47
II.2.1. Társadalmi támogatás	47
II.2.2. Társadalmi támogatás kettős természete.....	63
III. EMPIRIKUS VIZSGÁLAT.....	70
III.1. A KUTATÁS SZEMPONTJAI.....	71
III.2. HIPOTÉZISEK	73
III.3. CÉLCSOPORT VIZSGÁLAT.....	75
III.3.1. Anonim Alkoholisták.....	77
III.4. MÉRÉS.....	81
IV. HIPOTÉZISEK VIZSGÁLATA	87
IV.1. EGORA VONATKOZÓ ELEMZÉS.....	88
IV.2. ALTEREK ADATAINAK ELEMZÉSE	91
V. EREDMÉNYEK, KÖVETKEZTETÉSEK	114
V.1. EREDMÉNYEK AZ EGORÓL	114
V.2. EREDMÉNYEK AZ ALTERRŐL.....	114
V.3. HIPOTÉZIS EREDMÉNYEK	118
VI. FÜGGELÉK.....	123
1. KÉRDŐÍV	123
2. EMOCIONÁLIS, SZOCIÁLIS, INSTRUMENTÁLIS DIMENZIÓK MEGHATÁROZÁSA FŐKOMPONENS ELEMZÉSEL.....	127
2.1. emocionális dimenzió	127
2.2. szociális dimenzió.....	128
2.3. instrumentális dimenzió.....	129
3. ERŐS ÉS GYENGE KÖTÉSEK KIALAKÍTÁSA FŐKOMPONENS ELEMZÉSEL.....	130
IRODALOMJEGYZÉK.....	131

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. Táblázat: Egy főre jutó alkoholfogyasztás	28
2. táblázat: Alkoholisták száma	29
3. Táblázat: Nyilvántartott és gondozott alkoholisták száma korcsoport és nem szerint	31
4. Táblázat: A vizsgált célcsoport meghatározása	76
5. Táblázat: AA tagok kor szerinti megoszlása É-Amerikában	78
6. Táblázat: AA tagok családi állapot szerinti megoszlása É-Amerikában	79
7. Táblázat: AA tagok józan időszakának megoszlása É-Amerikában	79
8. táblázat: A függő változó meghatározása	87
9. Táblázat: Az egok nem szerinti megoszlása	88
10. Táblázat: Az egok lakóhely szerinti eloszlása	88
11. Táblázat: Az egok józanság időtartamának megoszlása	89
12. Táblázat: Az egok visszaeséseinek megoszlása (AA előtt és után)	89
13. Táblázat: Az egok italozási időtartamának megoszlása	89
14. Táblázat: A támogató kapcsolatok számának megoszlása	90
15. Táblázat: A támogató kapcsolat típusainak megoszlása	92
16. Táblázat: A támogató kapcsolatok időtartamának megoszlása	92
17. Táblázat: A támogató kapcsolatok gyakoriságának megoszlása	93
18. Táblázat: A támogató kapcsolatok szorosságának megoszlása	93
19. Táblázat: A megromlott támogató kapcsolatok megoszlása	94
20. Táblázat: A támogató kapcsolatok visszaesésre vonatkozó megoszlása	94
21. Táblázat: A támogatás típusok megoszlása, emocionális dimenzió	95
22. Táblázat: A támogatás típusok megoszlása, instrumentális dimenzió	96
23. Táblázat: A támogatás típusok megoszlása, szociális dimenzió	96
24. Táblázat: A dimenziók erősségének megoszlása	98
25. Táblázat: Multifunkcionalitás és a támogató kapcsolat jellege	99
26. Táblázat: Az emocionális dimenzió és a támogató kapcsolat jellege	99
27. Táblázat: A szociális dimenzió és a támogató kapcsolat jellege	100
28. Táblázat: Az instrumentális dimenzió és a támogató kapcsolat jellege	101
29. Táblázat: A három dimenzió és a támogató kapcsolat jellege	102
30. Táblázat: Szociodemográfiai jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései	102
31. Táblázat: Alkoholizmus időtartama és a vizsgált célcsoport összefüggései	103
32. Táblázat: A kapcsolatháló jellemzői és a vizsgált célcsoport összefüggései	103
33. Táblázat: Életkori jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (rég)	104
34. Táblázat: Életkori jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (új, 50 év alatt)	104
35. Táblázat: Életkori jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (új, 50 év felett)	104
36. Táblázat: Férfi jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (rég)	105
37. Táblázat: Női jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (rég)	105
38. Táblázat: Férfi jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (új)	105
39. Táblázat: Házasság és a vizsgált célcsoport összefüggései	106
40. Táblázat: Ellendrukkerek száma és a vizsgált célcsoport összefüggései	106
41. Táblázat: Ellendrukkerek kapcsolat típusa és a vizsgált célcsoport összefüggései	107
42. Táblázat: Nem rokoni kapcsolatok aránya és a vizsgált célcsoport összefüggései	108
43. Táblázat: Rokoni kapcsolatok aránya és a vizsgált célcsoport összefüggései	108
44. Táblázat: Megromlott rokoni kapcsolatok aránya és a vizsgált célcsoport összefüggései	109
45. Táblázat: A támogató környezet mennyisége és a vizsgált célcsoport összefüggései	109
46. Táblázat: A józanság utáni támogató környezet és a vizsgált célcsoport összefüggései	110

47. Táblázat: A józanság előtti támogató környezet és a vizsgált célcsoport összefüggései	110
48. Táblázat: Erős és gyenge kötések meghatározása az idő dimenzió bevonásával	112
49. Táblázat: Erős és gyenge kötések dominanciája	113

Mottó:

„Az ember iszik egy italt, aztán
az ital iszik egy italt, aztán
az ital megissza az embert.”
(kínai bölcsek tanítása)

"Az alkohellelens küzdelem kikerült a közvélemény fókuszából - a kábítószer-
probléma elhomályosítja azt a tényt, hogy továbbra is az alkohol az első számú
addiktológiai probléma." (WHO)

I. Bevezetés

I.1. Témaválasztás indoklása

Doktori disszertációmban két különböző kutatási területet kapcsolok össze, a problémás alkoholfogyasztást, és a hozzá kapcsolódó visszaesést, valamint a személyes kapcsolatháló által nyújtott társadalmi támogatást. Ennek a két kutatási területnek az egymással való kapcsolatát vizsgálom, vagyis a visszaesés és a társadalmi támogatást nyújtó személyes kapcsolatháló közötti összefüggéseket.

Miért fontos a két különböző kutatási terület és ezek összefüggéseinek a vizsgálata?

Számos szakember véleménye egyezik abban, hogy a szervezetlenség és a pénzhiány miatt Magyarországon az alkoholizmus nagyságát nem követi az alkoholpolitika, az állami törekvések nem elégségesek az alkoholizmus megoldásához, alulfinanszírozottak az addiktológiára szakosodott egészségügyi szakintézmények. Az alkoholprobléma hatékony megoldását tovább nehezíti az összehangolt intézkedések hiánya az állami szervek és az egészségügyi szféra között.

Előzetes kutatásaim és a szakirodalmak ebben a témában azt bizonyítják, hogy az alkoholbeteg - hasonlóan más szenvedélybeteghez - nincs tisztában, sőt tagadja saját betegségét. Kezelésére ezért csak akkor kerül sor, mikor már megjelennek az alkohol okozta szervi és biológiai elváltozások (májzsugor, emésztőrendszeri rák, hasnyálmirigy betegségei és szívinfarktus), nyilvánvaló fizikai tüneteik vannak. Ám ekkor is csak tüneti kezelést kapnak, megoldják a szervi problémáikat, de magát az alkoholfüggőséget nem orvosolják. A különböző pszichiátriai gondozókban általában 3-6 hét a kezelés maximális időtartama. Belátható, hogy

ez kevés idő ahhoz, hogy érdemben változás történjen magával a szenvedélybetegséggel kapcsolatban.

Miért az Anonim Alkoholisták körében végeztem a kutatásom?

A szakirodalom egyetért azzal, hogy ha az aktív kezelést nem követi utókezelés, szinte törvényszerű a visszaesés. Megfelelő utógondozás nélkül az intézetből való távozás után a beteg magára marad, ráadásul a régi miliójébe kerül vissza. Elmondható, hogy valójában az a ritkább, ha a beteg mindezen körülmények ellenére egyensúlyi állapotát meg tudja őrizni, vagyis absztinens marad. Ezért elsődleges fontosságú a vizsgált kérdés szempontjából az utógondozás. Problémát jelent azonban, hogy utánkövetéses vizsgálatot (follow-up studies) a mai napig nem végeznek Magyarországon, így hatékonyságáról nem állnak rendelkezésre adatok.

Az alkoholbetegek kezelésében a leghatékonyabb eszköz a csoporthoz való kötődés kialakulása, mint például az **anonim alkoholisták** csoportjai, ugyanis a szenvedélybetegségek kialakulása szempontjából alapvető jelentőségű a kötődési igény kielégítetlensége. (Kopp, 1998)

I.2. Mi a célja a kutatásnak? (és mi nem?)

Kutatásom célja megvizsgálni a kapcsolathálózati jellemzők és a társadalmi támogatás közötti összefüggéseket az alkoholbetegek visszaesésével kapcsolatban, olyan vizsgálattal, amely kutatja a kapcsolatháló támogatásának hatását, valamint a visszaeséssel kapcsolatos gyenge/erős kötéseket dominanciáját. A személyes kapcsolatháló szerepe kiemelkedően fontos az alkoholbeteg kezelésénél, így kutatásom is erre a területre koncentrálódik, különös tekintettel az utógondozásra, amely egyértelműen alulkutatott témának számít Magyarországon. Legfontosabb célnak azt tartom, hogy rámutassak az összefüggésekre az

alkoholbeteg visszaesése és a személyes kapcsolatait által nyújtott társadalmi támogatás között.

Számos egészséggel és betegséggel kapcsolatos kutatás bizonyította, hogy azok az emberek, akik kiterjedt személyes kapcsolatrendszer (partner, barátok, családtagok, stb.) által nyújtott érzelmi és anyagi (kézzelfogható) támogatásban részesülnek, jobb egészségi állapotban vannak, mint azok, akiknek hiányos a támogató hálózata. Ennek ellenére alig néhány kutatás foglalkozik az alkoholbetegség kezelésével összefüggésben a társadalmi támogatás vizsgálatával.

A megfelelő támogatás eléréséhez erőfeszítéseket kell tenni a segítséget nyújtó emberek felé, ugyanis nincs semmi biztosíték arra, hogy a ténylegesen szükséges, megfelelő támogatást kapják a rászorulóknak a kapcsolataiktól. A kapcsolatok többsége – de közel sem mindegyik – támogatónak tűnhet, ám egyáltalán nem biztos, hogy valóban az. Több kutatás által bizonyítottan kevésbé támogatók például a gyenge kötésű kapcsolatok.

A társadalmi támogatás egyik lehetséges megközelítése, hogy objektív vagy szubjektív a támogatás, vagyis ténylegesen nyújtott vagy kapott, illetve a kérdeztől által érzékelt, egyéni megítélés szerinti támogatásról van szó. Disszertációmban az utóbbi megközelítést vizsgálom.

A társadalmi támogatást nyújtó személyes kapcsolathálókat a kutatások többségében egyéni, kapcsolati vagy kapcsolatháló szintjén vizsgálják, meghatározzák a támogatás mértékét, hogy kiktől kapnak az emberek segítséget, bizonyos kapcsolatok milyen típusú segítséget képesek és hajlandóak nyújtani, stb. Kevés az olyan kutatás, ami a társadalom jelenségeit próbálja magyarázni a társadalmi támogatást nyújtó személyes kapcsolathálóval összefüggésben.

A PhD disszertációmnak nem célja a társadalmi támogatást nyújtó személyek szociodemográfiai vizsgálata, valamint a közöttük levő kapcsolatok feltérképezése, kizárólag a visszaeséssel összefüggésben szerepelnek a kutatásomban.

Nem országos reprezentatív felmérés készítése a céloom, hanem egy általános kép kialakítása a felépülő alkoholbetegekről, illetve rajtuk keresztül a támogató kapcsolatháló szerepéről, ami segítheti, de egyben gátolhatja is a visszaesést, és amiről hazánkban nem készült még felmérés.

„Az ilyen típusú kismintás vizsgálatok jellemzője, hogy nem arra szolgálnak, hogy statisztikai becsléseket generáljanak a vizsgált változók megoszlásáról a teljes népességben. Ezekkel az úgynevezett „kísérletekkel” nem statisztikai becsléseket tesznek a mért jelenségek valószínű kiterjedésére és/vagy mértékére, hanem elméleti összefüggéseket validálnak, azok közötti kapcsolatok feltárása tesznek kísérletet. A későbbiekben, nagymintás vizsgálatok keretében mód van az eredmények validálására és konfirmálására, kiinduló hipotézisként használva a kismintás experimental design vizsgálatokban bizonyított elméleti összefüggéseket”. (idézi szó szerint Szabó, 2003, 18 p.)

I.3. A dolgozat felépítése

Disszertációm bevezető része után a második fejezetben a kutatás során használt fogalmakat, és koncepciókat tisztázom, valamint bemutatom a téziseim szempontjából legfontosabb kutatási eredményeket az alkoholizmus, mint társadalmi probléma, illetve a társadalmi kapcsolatháló és támogatás témakörében.

A harmadik fejezetben bemutatom kutatásom célját, problémafelvetését, az ehhez kapcsolódó hipotéziseimet, majd rátérek a vizsgált célcsoport, a kutatási, illetve az adatelemzési módszer ismertetésére.

A „hipotézisek vizsgálata” című negyedik fejezet tartalmazza a minta (ego és alter) demográfiai jellemzőinek bemutatását, és a körükben végzett kutatási adatok ismertetését.

A disszertáció záró fejezetében kiemelem a kutatás lényeges megállapításait, valamint összefoglalom a kutatási kérdésekre adott válaszaimat.

II. Szakirodalmi áttekintés

II.1. Az alkoholizmus, mint társadalmi probléma Magyarországon

Az alkoholizmus fontos társadalmi probléma. Minden magatartászavar, minden deviáns viselkedésmód érthetetlen a környezet számára, és mindig felveti a kérdést, hogy miért ilyen a másik ember, mit érez miközben így viselkedik. Ez a kérdés gyakran el is hangzik, és csak fokozza az értetlenséget, ha a válaszból az derül ki, hogy az illető maga sem tudja megmagyarázni indítékait. Majd ez az értetlenség meg nem értésbe, vagy negatív előítéletbe csap át. A humanisztikus gondolkodás nem fogadja el ezeket az ítéleteket, azt feltételezi, hogy a személyiségében beteg vagy deviáns ember maga sem tudja mi hajtja, mi készíteti; így érdeklődéssel és figyelemmel fordul a probléma felé, megpróbálva egy mélyebb megértési síkot megfogalmazni.

Az alkoholfogyasztás széles körű elterjedését részben a történelmi hagyomány segítette elő, részben a táplálkozással összefüggő felhasználás, részben pedig a népi gyógyszerként való alkalmazás. Az alkohol évszázadokon át a házi patikák része volt, hiszen bizonyos esetekben értágító hatása miatt előnyös és tünetenyhítő, a szorongásoldó hatása miatt pedig nyugtató volt. Napjainkban újra elterjedt az a nézet, hogy a kismértékű, rendszeres borfogyasztás – különösen a vörösboré – védő hatású a szívinfarktus, és a rosszindulatú daganatok ellen. Az alkoholipar viszont felerősíti a pozitív hatásról szóló híreket, mert a mértékletesség, az ésszerű fogyasztás kiemelése lehetővé teszi számára a piaci pozíciók megtartását. Az alkohol mindenestre az ünnepségek, társas együttlétek szinte elengedhetetlen kelléke lett a családokban, a háztartásokban pedig a jólét, a modern életforma jelképévé vált. (Bálint, 1981)

Az alkoholfogyasztás társadalmi megítélése hazánkban ellentmondásos. Elnéző a társasági, sőt a káros mértékű fogyasztással, valamint a lerészegedéssel szemben,

viszont a betegségfolyamat mélyülésekor – kontrollvesztés rendszeressé válásakor, a családi, anyagi problémák, a munkahelyi, viselkedési zavarok megjelenésekor – a társadalmi megítélés hirtelen megváltozik. A korábbi toleráns magatartás az ellentétébe csap át és nem szánalmat és segíteni akarást vált ki, hanem elutasítást, megvetést, kiközösítést. (Levendel, 1991)

Az alkoholizmus fogalma túldefiniált, hiányzik az egységesen elfogadott definíció. Az Alkoholokkal Kapcsolatos Kifejezések Szótára (Dictionary of Words about Alcohol, 1968) közel 15 oldalon tárgyalja az alkoholizmus, alkoholista, addikció és addiktív szavak definícióit; az alkoholizmusra vonatkozóan hozzávetőleg 60 definíciót találunk. Az alkoholizmus fogalma helyett a WHO vezette be 1980-ban az alkoholfogyasztással összefüggő problémák fogalmát (alcohol related problems). Ez tágabb, mint az alkoholizmus fogalma, mivel azt feltételezi, hogy az alkohol problémákat okozhat olyan emberek életében is, akik orvosi értelemben még nem számítanak alkoholistának. Ezek a problémák súlyosak lehetnek az egyénre, a közvetlen környezetére és a társadalom egészére nézve is, mint például az alkoholos befolyásoltság miatti balesetek, bűnözés és szabálysértés, valamint a családi problémák vonatkozásában. (Andorka, 1994)

Jellinek és számos neves szerző, a WHO, valamint a legismertebb nemzetközi alkoholizmus elleni szervezet, az ICAA meghatározásait figyelembe véve a javasolt definíció:

„Alkoholbetegnek tekintjük azokat az egészségügyi ellátásra szoruló szeszital-fogyasztókat, akik alkoholfogyasztásuk következtében személyiségi, magatartási, társadalmi, életvitelbeli vonatkozásban súlyosan sérültek, az alkohollal pszichikus függőségbe kerültek, vagy/és szomatikusan is károsodtak.” (Levendel, 1991)

Kutatásom főleg az alkoholizmus kezelésére – azon belül is az utógondozásra - irányul, ezért fontosnak tartom megemlíteni az orvostudomány által alkalmazott diagnosztikus megközelítési rendszert, ezen belül is az orvosi definíciót, ami elsősorban a függőségen alapul (az ivásról való lemondás és a mérsékelt fogyasztásnál maradás képtelenségén).

Ehhez a meghatározáshoz tartozó diagnosztikus kritériumok:

- abnormális vagy kóros ivási szokások,
- testi (szomatikus) károsodások,
- pszichoszociális károsodás,
- pszichés függés.

Az alkoholprobléma ilyen megközelítéséhez tartozó megoldási irányok:

- attitűdváltoztatás, prevenció,
- adekvát orvosi ellátás,
- támogató szociális háló, az állami, önkormányzati, egyházi és nonprofit szociális szféra összehangoltsága és elérhetősége,
- önségítő csoportok, társadalmi önszerveződések, egyesületek létrejötte.

Szociológiai vonatkozások

A deviáns magatartásformák elemzésében és kezelésében elengedhetetlen a komplexitás, a sokoldalú interdiszciplináris szemléletmód, valamint a szociológiai, pszichológiai és pszichiátriai tudás és tapasztalat összekapcsolása. A deviáns magatartások különös egybekapcsolódásokat mutatnak; a gyermek- és ifjúkori elhanyagoltság rendszerint a korai alkoholizáláson és/vagy drogfogyasztáson keresztül a kriminalitás felé vezethet; a bűnözés és az öngyilkosság esetében gyakori az alkohol jelenléte; a depresszió és a neurózis pedig általában az alkoholon, illetve a gyógyszerfüggőségen keresztül jut el az öngyilkossági kísérletig.

A deviáns magatartásforma a szociális tanulás elmélet megközelítésében olyan kiscsoportos szinten létrejövő tanult viselkedés, ami szerepmodellek közvetítésével történik. Az elmélet szerint a tanulási folyamat első lépése a megfigyelés, majd az utánzás, a társas megerősítés és végül az ismételt kipróbálás következik. A pozitív megerősítés akkor hatékony, ha a szerepmodellek példáján keresztül sikerül az alkohol kedvező élettani és társas hatásait kiemelni, - ellazító,

nyugtató hatás, valamint a csoportkohézió fokozódása, azaz nagyobb népszerűség a baráti körben. (Akers-Cochran, 1985, idézi Pikó, 1995)

A szociális-kognitív tanulási elmélet a barátok és a szülők viselkedésének fontosságát hangsúlyozza. A megerősítésnek nem kell közvetlennek lennie, elég a megfigyelés vagy az, ha egyszerűen hallanak az adott szerről. Egyaránt fontos a negatív és a pozitív hatás, akár a szertől való eltávolodás is elérhető a szerepmodellek példáján keresztül. (Bandura, 1986, idézi Pikó, 1995)

A szociális fejlődés elméletében a kötődés, és annak meggyengülése kap kiemelt szerepet. Az alkohol kipróbálásával kapcsolatban nagy jelentősége van a szülőkkel, a családdal való kötelék, illetve a társadalomhoz való kötődés meggyengülésének. (Pikó, 2000) A társadalomhoz való kötődés csökkenésének, a szociális kontroll elméletet alapul véve, három fő oka lehet. Gyakran előfordul, hogy a vágyak, és lehetőségek nem fedik egymást, ezért a vágy szimbolikus kifejezőeszközeihez nyúlnak, mint például az alkohol vagy a cigaretta. A szociális környezet összetartó ereje is meggyengülhet, ha nincs útmutatást és jövőperspektívát nyújtó intézmény, vagy közösség. A szocializáció során közvetített értékrend stabilitása, és a társadalmi értékekkel való azonosulás mértéke is meghatározó tényező lehet. (Elliott-Huizinga-Menard, 1989, idézi Pikó, 2000) A szociális ökológiai modell megközelítése szerint az egyén és környezete közötti kapcsolat harmóniája borulhat fel, ezáltal okozva zavart az egyén életében. (Kumpfer-Turner, 1991; Jessor-Donovan-Costa, 1991)

Társadalmi integráció, életesemények vonatkozása

Durkheim (2000) társadalmi integráció, és anómia fogalma, valamint az öngyilkossági rátákra vonatkozó eredményei és magyarázatai a mai napig a legkülönbözőbb megbetegedések magyarázatára is alkalmazhatók. Eredeti hipotézisét követve – a gyenge társadalmi integrációnak az egészségre gyakorolt hatása – számos kutatás vizsgálta már a társadalmi támogatás és a megbetegedések közötti kapcsolatot. Alapfeltevésük az, hogy a társadalmi

támogatás erőssége a szociális integráció mértékének fontos jelzője, ezáltal képes arra, hogy meghatározza a megbetegedésekre való fogékonyság mértékét is.

A legtöbb kutatás arra a megállapításra jutott, hogy az életesemények és a társadalmi támogatás kapcsolatban vannak egymással, de ennek a kapcsolatnak a természete még vitatott. Elképzelhető, hogy a társadalmi támogatás az életeseményektől függetlenül hatást gyakorol a megbetegedésekre, de az is lehetséges, hogy a kettő kiegészíti egymást. Létezik olyan vélemény is, hogy a társadalmi támogatás ún. „ütköző” (buffer) szerepet tölt be a negatív életeseményekkel kapcsolatban, vagyis redukálja a negatív hatást egyfajta pozitív élmény által. (Najman, 1993)

A probléma általános okai

Feltételezhető, hogy a negatív életesemények több betegség etiológiájában is fontos szerepet töltenek be. A gyász például a depresszió tüneteire emlékeztető reakciókat von maga után. Az életesemények mérésével kapcsolatos problémák és a társadalmi támogatáshoz való viszonyuk további vitákra adhat okot, de kétségtelenül jelentős a szerepe az emberek közérzetének alakulásában.

A hagyományos közösségek felbomlása, az értékek átadásának sérülése, anómiás állapothoz vezethet, ami gyakoribbá teszi az értékvesztett, céltalan lelkiállapot magatartási megnyilvánulási formáit, vagyis a különböző deviáns magatartásformák megjelenését. (Durkheim, 1978) Az utóbbi évtizedek vizsgálatai rámutattak, hogy az öngyilkossági magatartás, alkoholfüggőség, és a dohányzás esetében fontos tényező a depressziós, céltalan lelkiállapot. (Herrera-Castenido és munkatársai, 1996; Rihmer és munkatársai, 1995) Az anómia, és a deviáns magatartásformák kapcsolatának vizsgálatakor, a Seligman (1975, idézik Kopp és munkatársai, 1998) által leírt tanult segítség-nélküliséget, tanult magárahagyottság lelkiállapotot („learned helplessness”) a depressziós állapot legjobb tanuláselméleti modelljének tekinthetjük. Nem a biológiai tényezők jelentik a legfontosabb szerepet, hanem elsősorban a kiüresedett, reményvesztett lelkiállapot a jellemzője. (Kopp és munkatársai, 1997) Nehéz élethelyzetekben,

egy átalakuló társadalomban a stresszt egészen másképp éli át az, aki bízhat családjában vagy munkatársaiban. Ez az állapot akkor vezethet egészségkárosodáshoz, ha nem ismerik a megoldás módját, ha túl sok és megoldhatatlannak látszó helyzetbe kerülnek, ha azt a társadalmat, amelyben élnek, kiszámíthatatlannak, és kontrollálhatatlannak érzik, s ha nincsenek eszközeik a nehéz helyzetek megoldására. Depressziós lelkiállapothoz vezet, ha tartósan fennáll ez az életérzés. Számos vizsgálat bizonyította, hogy átalakuló társadalmi feltételek között rendkívüli mértékben nőhet a depressziós tünetegyüttes gyakorisága, a reménytelen lelkiállapot szorosan összefügg a társadalmi hatásokkal, illetve az egyes társadalmi csoportok és az egyén megbirkózási képességével. (Kopp és munkatársai, 2002)

Kopp és munkatársai megállapítása, hogy a magyar lakosság körében a szociális-gazdasági különbségek a depressziós tünetegyüttes közvetítésével a betegnapok magasabb számához, azaz az észlelt egészségi állapot rosszabbodásához vezetnek. (Kopp és munkatársai, 1997) Felmérésük eredményei alapján a magyar lakosság egészségromlásának hátterében a depressziós tünetegyüttes áll, melynek legfontosabb összetevői a bizalom hiánya és a fokozott teljesítménymotiváció. Két felmérésben is azonos módon rákérdeztek egy 0-3-ig terjedő skálán, hogy nehéz élethelyzetben kinek a segítségére, milyen mértékben számíthatnak. Az észlelt támogatásról szólt a kutatás, vagyis arról, hogy saját megítélésük szerint mennyire számíthatnak segítségre. A kérdés általános, nem csupán az anyagi segítségre vonatkozott. Az eredmények azt mutatták, hogy az emberek Magyarországon magukra hagyottnak érzik magukat. Ha az ember úgy érzi, hogy céljai elérésében senkire sem számíthat, hogy a legbiztosabb senkiben sem bízni, akkor sokkal gyakrabban éli át a kontrollvesztés, a krónikus stressz állapotát, amely a depresszió legfontosabb veszélyeztető tényezője. Ha egy ember nem képes leszokni a dohányzásról, vagy ha káros módon és mértékben iszik vagy táplálkozik, akkor az esetek túlnyomó többségében ezek a magatartásformák a stressz leküzdésének nehézségeire, gyenge azonosságtudatra, önértékelési és megbirkózási problémákra vezethetők vissza. (Kopp és munkatársai, 2002)

A szociális kohézió egészségügyi jelentősége szerint egészségi állapotunk szempontjából alapvető, hogy saját helyzetünket hogyan minősítjük, értékeljük. (Lazarus, Folkman, 1984; Bandura, 1982) Az észlelt társadalmi támogatás mértéke a szociális kohézió leggyakrabban használt mérőfaktora. A valahová tartozás korai élménye központi idegrendszeri stressz csökkentő, általános biztonságérzettel, bizalom attitűddel jellemezhető, míg ennek hiánya biológiai sérülékenységgel, pl. csökkent immunkompetenciával jár. (Fónagy, 1996) A szenvedélybetegségek kialakulása szempontjából alapvetőnek tartják a kötődési igény kielégítetlenségét, ez a magyarázata annak, hogy alkoholbetegek kezelésében a leghatékonyabb eszköz a csoporthoz való kötődés kialakulása, mint az **anonim alkoholisták** csoportjai. (Kopp és munkatársai, 1998)

Kopp és munkatársai a 16 év feletti, magyar népeiséget életkor, nem és terület szerint reprezentáló 1988 és 1995 évi kutatási eredménye szerint az észlelt társadalmi támogatás mértéke Magyarországon rendkívüli csökkenést mutatott. A munkatársaktól 60%-kal, a rokonoktól és a szülőktől várható támogatás mértéke pedig csaknem egynegyedével csökkent a két időpont között. A házastárstól és a gyermektől kapott támogatás mértéke nem változott. Az emberek nem kapták meg azt az érzelmi vagy gazdasági segítséget, amit vártak, így elhagyatottnak, kiszolgáltatottnak érezték magukat.

A Hungarostudy 2002 keretében tizenkétezer-hatszáz 18 év feletti, magyar népeiséget életkor, nem és terület szerint reprezentáló embert kérdeztek le, és azt tapasztalták, hogy az észlelt társadalmi támogatás csökkenésének folyamata megfordult, a szülőktől, rokonoktól várható támogatás mértéke megközelíti, a barátoktól kapott támogatás pedig ugyanolyan mértékű, mint az 1988-as adat. A munkatársaktól várható támogatás, 2002-ben magasabb volt, mint 1988-ban. Növekedett a szomszédoktól várható támogatás mértéke is. A házastárstól kapott támogatás mértéke 2002-ben az előzőkhöz képest emelkedett, és nőtt azoknak az aránya, akik úgy érzik, hogy nehéz helyzetben hivatásos segítők támogatására is számíthatnak. Az adatok arra utalnak, hogy a társadalom átalakulásának nehézségei, a munkanélküliség, az anyagi helyzet romlása 1988 és 1995 között a társadalmi tőke nagyfokú csökkenését okozta, ám ez a folyamat 1995 és 2002

között megfordult. Kopp és munkatársai vizsgálati eredményei azt mutatják, hogy a magyar társadalomban elindult a társadalmi tőke és kohézió megerősödésének folyamata, vagyis egyértelműen jobb a helyzet e tekintetben, mint 1988-ban volt. (Kopp és munkatársai, 2002)

A társadalmon belüli bizalom, feltétele a gazdaság kiegyensúlyozott működésének. (Andorka, 1996; Fukuyama, 1995) A gazdasági fejlődés a közmegegyezés, és a közös értékek elfogadása nélkül elképzelhetetlen. A társadalmon belüli bizalom létrejötténél, és az anómiás jelenségek visszaszorításánál alapvető fontosságú, hogy a kötődés, a bizalom képessége kialakulhasson. (Kopp és munkatársai, 1998) Az egyik legjelentősebb egészségvédő faktor a stabil párkapcsolat. A magyar lakosság körében az elkerülhető halálozás gyakoribb a magányos férfiak között, a házastárs elvesztése - különösen fiatalabb korban - igen súlyos egészségi kockázati tényező. (Stroebe és munkatársai, 1997) A bizalom mindkét nem számára a legfőbb egészségvédő tényező, a halálozási különbségeket a nők esetében a kölcsönösség, míg a férfiak esetében a civil társadalomban való részvétel csökkenti nagyobb mértékben. (Kopp és munkatársai, 2002)

A probléma párkapcsolati okai

Utasi kutatásában az állandó párkapcsolattal rendelkezőkről azt feltételezte, hogy boldogabbak, mint a társ nélküli egyedülállók. Eredménye alapján bizonyítható, hogy kiugróan magas, mintegy kétszeres a társ nélkül, állandó partner nélkül élők között, az önmagukat boldogtalannak érzők aránya a boldogokhoz képest. Az adatok meggyőzően igazolják, hogy a boldogságérzés nagyobb eséllyel jellemzi azokat, akiknek van társa, vagy állandó partnerkapcsolata, mint a társtalan, állandó partner nélküli egyedülállók. Vagyis az egyedülálló életforma kisebb eséllyel biztosít boldogságforrásokat az egyén számára.

Az állandó partner hiányából adódó társtalanság csak egyik lehetséges oka a csökkenő boldogságérzésnek, eredményezheti életfeltételi hiány/hátrány

halmozódása, mint például az idős korral gyakran együtt járó betegségek, az elhaló, vagy ritkuló baráti és rokoni kötelek, illetve a szegénység.

Az egyedülálló nők többsége megromlott, tönkrement párkapcsolatból kilépett „elvált” egyedülálló, olyan illúziót veszített ember, aki már volt házas. A harmincas férfi egyedülállók között a nőkhöz képest feleannyi az olyan egyedülálló, aki korábbi házastársi kapcsolatát válással bontotta fel, vagyis nem az illúziót veszített elváltak, hanem a jövőben inkább bízó „nőtlenek” dominálnak. A harmincas egyedülálló nők párkapcsolati esélye, boldogságforrása és életfeltétele - az egyedülállóvá válás strukturális különbözősége miatt - lényegesen kedvezőtlenebb, mint a férfiaké. A gyermekével egyedül élő szülők körében egyértelműen a harmincas nők dominálnak a férfiakkal szemben, ugyanis a legfeljebb néhány éves gyereket a válást követően a jog többnyire az anya felügyeletére bízta. A vizsgálat alapján elmondható, hogy az egyedülálló harmincas nők túlnyomó többsége nem „szingli” hajadon, hanem gyermekét egyedül nevelő anya, miközben a hasonló korú egyedülálló férfiak túlnyomó többsége még független, nőtlen.

A kutatás adatai meggyőzően igazolták, hogy jelentős a különbség az eltérő életfeltételekkel – iskolai végzettséggel, települési környezettel, gyerekekkel vagy anélkül – élő egyedülálló harmincas nők párkapcsolati és munkaerő-piaci esélyében. Az életesélyek határozott egyenlőtlensége mutatkozik az egyedülálló férfiak és egyedülálló nők életformájának struktúrájából.

A legfiatalabbak és a legidősebbek korcsoportjaiban található a legtöbb egyedülálló. Ebbe a rétegbe tartoznak a fiatalok közül a házasságot még nem kötött nőtlenek/hajadonok, az idősek közül pedig az özvegyek. A középső korcsoportokban (30–50 évesek) fele az egyedülállók aránya a szélső korcsoportokéhoz képest. Az életkor emelkedésével növekedés indul, és a 60-as éveikben járóknak már újra közel fele egyedülálló. (Utasi, 2002)

A probléma családi okai

2002-ben a közép-kelet-európai országokban készült összehasonlító vizsgálat a családi konfliktusokkal kapcsolatban. Magyarország mellett Lengyelország, Oroszország és Bulgária vett részt a vizsgálatban. Magyarországon 1516 főt kérdeztek meg, a családi konfliktusok gyakoriságáról, a vitában résztvevő családi állásáról és a nők otthoni bántalmazásáról. A kutatást nehezítette, hogy a kérdésben szereplő „családi vita, konfliktus, veszekedés, félreértés” tág fogalmak, amelyen mindenki mást ért, vagyis amit az egyik családban veszekedésnek tekintenek, azt lehet, hogy máshol csak jelentéktelen nézeteltérésként kezelnek. Fontos azt is figyelembe venni, hogy a kérdezett személy válasza mérlegelésekor azokra az emlékeire támaszkodik, ahol maga is résztvevője volt valamely családi vitának.

A magyarok között a legnagyobb az aránya azoknak a családoknak, ahol előfordulnak viták, függetlenül azok gyakoriságától. A családok közel 15%-ában heti rendszerességgel előfordul valamilyen konfliktus. Nagyjából ugyanilyen arányú a havonta néhányszor vitázók, illetve azoknak az aránya, akiknek a családjában – állításuk szerint – még sosem volt vita. A minta felét alkotják azok a válaszok, amelyek ritkán vitáznak.

A családi konfliktusokról kialakult képet tovább finomítja az a megfigyelés, hogy a család mely tagjai között jellemző leginkább a vitás helyzet kialakulása. A legjellemzőbb a házastársak, és élettársak közötti, illetve a szülő-gyerek közötti konfliktusok gyakorisága. (TÁRKI, 2002)

Családi kapcsolatok

A férfiak az alkoholizmusukat általában beleviszik a házasságba. Ez azt jelenti, hogy az alkoholbeteg házastársa nagyrészt tisztában van párja problémájával, ám meg vannak számára ennek az előnyei is. Tudja, hogy ebben a játszmában ő bizonyos szerepeket fog eljátszani: üldözőként vagy megmentőként fog részt venni. A házasság férfiak alkoholizmusával kapcsolatosan elterjedt a '60-as években a szakirodalomban az "alkoholista feleség", mint fontos oki tényező. Eszerint a

feleség kóros személyiség, szorongáskészséggel, szexuális zavarokkal, rejtett agresszivitással. Ez a hajlam általában a gyermekkorból ered. Ennek ellensúlyozására van szükség a házasságára az alkoholistával, mint gyenge személyiséggel, és emiatt nemcsak elviseli, hanem tudattalanul mintegy kiprovokálja az alkoholizmust.

A rendszerszemlélet alkalmazása az "alkoholista házasságra" azonban jobb magyarázó elvet nyújt ennél. Eszerint a házassági, illetve a családi kapcsolat homeosztatisztikus rendszer kialakítására törekszik. Ez azt jelenti, hogy a házastársi szerepek kölcsönhatásban állnak egymással, komplementer viszonyt alkotnak. **Az alkoholista felesége ún. "túlműködő" feleség szerepben van, vagyis az alkoholista megbízhatatlansága és mulasztásai miatt kénytelen átvenni a férj szerepfeladatainak egy részét is. E "túlműködő" szerepről olykor nehezen mond le, és ezzel másodlagosan valóban akadályozhatja a férj alkoholizmusának megszűnését.** (Burr, 1987)

Az alkoholisták házasságának kutatói már régebben is úgy tekintették az alkoholizmus kialakulását, mint krízishelyzetet a család számára. Hill a családi krízisnek négy típusos fázisát írta le. Ezek a következők:

1. krízis kezdete: az alkoholizmusban a szerepfúzió kialakulása, illetve a feleség "túlműködő" szerepének létrejötte.
2. dezorganizációs fázis: a kialakult krízisállapot ellenére a család a megszokott módon próbálja élni az életét. Gyakran a feleség is tagadja a férj alkoholizmusát.
3. krízisfelismerés és az erre adott kezdeti reakciók: amikor a krízisállapot felismerik (vagyis definiálják a férj problémáját, mint alkoholizmust), az első lépés megtörténik a krízishelyzet megoldásának az irányába. Az alkoholista férj státusza ugyanis megváltozik a családban, a feleség "túlműködő" szerepe megerősödik, a férjre már nem számítanak többé, viselkedésének megváltoztatására külső erőket is bevonnak (pl. alkoholizmus elleni kezelést kezdeményeznek).
4. reorganizáció: **a férj szerepfeladatainak nagyobb része a feleség kezébe kerül, és a családi rendszer átszerveződik. Ez azonban mindig**

akadályozza az alkoholizmus abbahagyását, mert a férj nehezen találja meg a helyét az átszerveződött családban. Nagyon gyakran a reorganizáció végeredménye az, hogy a házasság megszakad, a feleség nem veszi vissza a férjet a régi szerepében. (Burr, 1987)

Mindezekből az következik, hogy bár a szűkebb családon belül nem lesz jelentős eltérés az alkoholbeteg kezelését követően a kapcsolat jellegében, hiszen a család már tisztában volt a "beteg" alkoholproblémájával a gondozóba való bekerülés előtt is, ezáltal az alkoholista családtagnak könnyebb visszailleszkedni a kezelés után a családjába. Ez azonban magával vonja azt a tényt is, hogy nehezebb lesz leszoknia, mivel a családja már elfogadta és „megtanulta” az alkoholizmusát.

A nemek közötti munkamegosztás tekintetében egyértelműen a férfi a domináns, a férfiléhez ugyanis hozzátartozik a kötelességtudat, a győzedelmeskedni akarás, szemben a "csupán létezni tudó" nővel, akinek elsődleges szerepe az utódok reprodukciója.

A férfiak alkoholizmushoz vezető "karrierje" egyértelműen magában hordozza a Bourdieu-i elmélet alátámasztását, melyben két jól elkülönülő típus különböztethető meg az alkoholkarrier szempontjából:

1. A markáns, domináns dolgozó és családfenntartó férfiak.

Az illető férfi házasságot köt, van célja az életének, elkezd házat építeni, családot alapítani, dolgozik éjt-nappallá téve, állandóan (5 munkahely, meg a házépítés). Nagy keservesen előteremti az otthonát, ekkor célja vesztetté válik az élete (addig is ivott, de ez még normálisnak számít ennyi munka mellett). Ekkora megromlott a házastársi kapcsolata is, hiszen a nő a gyerekeket nevelte, a férfi pedig dolgozott, tehát szinte nem is volt kapcsolatuk ez alatt az idő alatt. Mire meglett az otthon, addigra képtelenek voltak bármiféle kapcsolatra.

2. A gyenge, munkahelyéről elbocsátott, felesége által "eltartott", feminizálódó férfiak.

Ide nemcsak a munkanélküli férfiak tartoznak, hanem a szociálisan eltartottak is, például a rokkantnyugdíjasok, leszálékoltak. Elveszítették a családon belüli létfenntartó szerepüket, így megkérdőjeleződött a maszkulinitásuk. Ez a folyamat párosul egyfajta akaratgyengeséggel, a nyomasztó semmittevés és tétlenség érzésével, így jutnak el fokozatosan az alkoholizmushoz.

A nők ezzel szemben a szorongásukat, létbizonytalanságukat "isszák le", mert a válás következtében hirtelen ott maradnak egyedül a gyerekekkel és az adósságokkal. (Bourdieu, 1994)

II.1.1. Adatok az alkoholizmusról

A téma aktualitása

Az alkohol károsít majdnem minden szervet és szervrendszert, így a központi és perifériás idegrendszert, a gyomor-bélrendszert, a vérképzőrendszert, a májat és a hasnyálmirigyet, a szívet és a keringési rendszert, az anyagcsere különböző összetevőit. A családfa-, az iker és az adoptációs vizsgálatok szerint az alkoholbetegség halmozódik a családban, az elsőfokú rokonok között négyhatszerez. Az ikerkutatások szerint az egypetűjű ikrek kétszer gyakrabban betegszenek meg, mint a kétpetűjűek. Az alkoholista apától elválasztott gyermekeknél az alkoholbetegség ugyanolyan gyakori, mint az otthon nevelkedőknél, és ahol az apa alkoholbeteg a szoros rokonsági kapcsolatban háromszoros vagy négyszeres. Meghatározott recesszív vagy domináns öröklésmenet azonban nem határozható meg. Az alkoholbeteg családtagok számával, betegségük súlyosságával és a vizsgált személy genetikai kapcsolatával pedig együtt növekszik az alkohol problémák száma. (Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, 2007)

Az alkoholizmus olyan krónikus betegség, amely tönkre teheti az egészséget, a társadalmi-családi kapcsolatokat és a munkaképességet. A mértéktelen alkoholfogyasztás, még inkább az alkoholizmus stigmatizál, ezért a fogyasztás

mértékére vonatkozó adatok, amelyek a válaszadók közlésén alapulnak csak gondos mérlegelés után fogadhatók el. Azok hajlamosak a tényleges fogyasztásra vonatkozó adatokat megszipíteni, akik túl sokat isznak, esetleg már alkoholisták.

Alapvetően két tényező határozza meg a szeszesital fogyasztási szokások jellegét, a rendszeresség és az egy alkalommal elfogyasztott mennyiség.

Absztinensek, akik egész életükben, vagy annak egy bizonyos időszakában egyáltalán nem isznak. Ide tartozik Magyarországon a 15–64 éves női népesség mintegy 40%-a, és a férfiak közel 16 százaléka. A szeszesitalt fogyasztók aránya negyven éves korig növekszik, majd a férfiaknál kisebb, a nőknél nagyobb mértékben csökken. A 30–39 éves nők kétharmada, a 60-64 évesek egyharmada iszik szeszesitalt; a férfiaknál ez a részarány 86,4 illetve 76,4%. Nem absztinensek azok, akik ritkán, havonta egyszer-kétszer fogyasztanak szeszesitalt, például a 15–64 éves női népesség 45,2%-a. Iszákosak azok, akik minden nap fogyasztanak szeszesitalt. A nők mindössze 2,9%-a, a férfiak 21,7%-os részarányával szemben. (Józan, 2006)

Az alkoholizmus becslési módszerei

Az alkoholfogyasztás, az alkoholhoz fűződő viszony – a kulturális hagyományokon túl – a társadalom lelkiállapotának egyik fontos mutatója. A probléma a hivatalos statisztikai adatforrások igénybe vételével több szempontból is megközelíthető. Léteznek adatok a fogyasztást viszonylagos pontossággal követő termelésről (egy főre jutó alkoholfogyasztás), az egészségügyi intézményekben alkoholfogyasztásból eredő betegségekkel kezeltekről (az év végén nyilvántartott alkoholisták), valamint az alkohollal kapcsolatos halálozásokról (alkoholos májzsugorodásban elhaltak).

Az alkoholológia nemzetközi gyakorlatában két közvetett módszerrel lehet megbecsülni az alkoholisták számát. Az ún. Jellinek – képlet (1960) az adott évben májzsugorodásban meghaltak számából indul ki, ennek 60 százalékát tekinti alkohol okozta májzsugorodásnak, ezt a számot szorozza meg 144-gyel, és

tekinti az adott népességcsoportban élő alkoholisták számának. A képlet alapja az a megfigyelés, hogy a májzsugorodás okozta haláleseteknek meghatározott részét az alkoholizmus okozza. Az ún. Ledermann – módszer (1956) az egy főre jutó összes alkoholfogyasztásból indul ki, annak alapján becsüli, hogy a népesség mekkora része súlyos fogyasztó, vagyis nem az alkoholisták, hanem a súlyos fogyasztók számát becsüli. Az időbeli tendenciák vizsgálatára és az országok közötti összehasonlításra mindkét módszert alkalmasnak tartják.

Ahhoz, hogy teljes képet kapjunk az alkoholprobléma nagyságáról, fontos megvizsgálni az egy főre jutó alkoholfogyasztás alakulását is, hiszen ebből látható, hogy hogyan változott az elmúlt években az ivási kultúra Magyarországon.

1. Táblázat: Egy főre jutó alkoholfogyasztás

Év	Bor	Sör	Összesen, 100 és 50 % alkoholra számolva
1950	33,0	8,3	-
1960	29,9	36,8	6,1
1970	37,7	59,4	9,1
1980	34,8	86,0	11,7
1990	27,7	105,3	11,1
1997	29,0	70,0	10,1
1998	33,1	68,3	6,2*
1999	30,2	68,0	6,1
2000	28,3	71,6	6,4
2001	33,8	71,0	6,9
2002	34,1	72,7	6,8
2003	32,2	75,1	7,1
2004	32,7	73,2	7,1

*Forrás: KSH, 2005. *50%-os szeszre számítva*

Az egy főre jutó alkoholfogyasztásban 1950-es évektől 1980-ig egy növekedési tendencia figyelhető meg, melyben az összes fogyasztás több mint háromszorosára emelkedett. Különös jellemzője ennek a növekedésnek, hogy az elfogyasztott alkohol összetétele jelentősen megváltozott, borivó nemzetből sör- és pálinkaivó nemzetté alakult át a magyar lakosság. 1950 és 1980 között a sörfogyasztás a tízszeresére, 1960 és 1980 között az égetett szeszital fogyasztása a háromszorosára emelkedett, miközben a borfogyasztás mértéke alig

változott. 1980 után az egy főre jutó összes alkoholfogyasztás csökkenő tendenciát mutat, majd a '90-es évektől stagnál. 1990 és '97 között a sör-és a tömény szeszfogyasztás minimális visszaesést mutat, a borfogyasztásban pedig túl nagy eltérések nem tapasztalhatók. A hazai mutató átlagosan nagyjából 10 és 11 liter között ingadozik. A kilencvenes évek közepéig a csökkenés, ezt követően pedig az ezredfordulóig a növekedés dominált, azóta többnyire változatlan. Az italfajták iránti preferenciák a rendszerváltozást követő időszakban nagyságrendekkel nem változtak. A sörfogyasztás mindvégig meghatározó volt, annak ellenére, hogy ebből az egy főre jutó mennyiség jelentősen visszaesett (100-ról 70 literre). A hazai piaci értékesítés alapján borból 1 főre átlagosan 30 liter jutott évenként, a korszak elején valamivel alacsonyabb, az ezredforduló utáni években némileg magasabb volt ez az érték. A töményitalok fogyasztása a kilencvenes évek végéig csökkent, azóta növekszik. (KSH, 2005)

2. táblázat: Alkoholisták száma

Év	Nyilvántartott alkoholisták száma			Alkoholisták becsült száma
	Férfi	Nő	Összesen	
1990	43 095	10 215	53 310	588
1993	43 095	10 215	53 310	995
1995	43 139	11 584	54 723	1 052
1996	40 597	11 429	52 026	794*
1997	38 349	10 746	49 095	808
1999	34 257	10 084	44 341	866
2000	32 326	9 946	42 272	829
2001	30 318	9 046	39 364	755
2002	26 554	8 973	35 527	718
2003	26 296	8 776	35 072	718
2004	24 340	8 879	33 219	692
2005	24 470	8 418	32 888	432
2006	21 682	7 340	29 022	nincs adat

**A BNO X. revíziójára való áttérés miatt 1996-tól az adatok nem hasonlíthatók össze az előző évekével.*

Az alkoholisták becsült száma jelentősen megnőtt Magyarországon 1999-ben túllépte a 860 ezret. Az 1996 előtti és utáni alkoholisták számára vonatkozó becsült adatok nem hasonlíthatók össze egymással, ezért az elemzésüket ketté kell bontani. Így is jól látható azonban az a tendencia, hogy 1990 és 1995 között az alkoholisták becsült száma majdnem a duplájára emelkedett, 1996 és 1999 között

pedig ez a szám kis mértékben emelkedett. A következő évektől fokozatos csökkenés figyelhető meg a becült adatokban, azonban ez csak a számok játéka. Ennek egyik oka a becslés folyamata (lásd. előzőek), amely a májzsugorodásban meghaltak számából indul ki, ez a rendelkezésre álló adat pedig nem fedi a valós tényeket. A csökkenő tendencia az átdiagnosztizálás és a gondozó intézetek bezárásának (például az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet) egyértelmű következménye. Számos hazai szakember véleménye alapján jelenleg 1 millió az alkoholfüggők becült száma. A hivatalos egészségügyi minisztériumi adatok (2007) szerint az ország lakosságának közel 10 százalékát érinti az alkoholizmus. Következtetéseket lehet még levonni az adott társadalomban elfogyasztott alkohol mennyiségéből vagy a májcirózisban elhaltak számából. Ennek alapján hazánkban 800 ezer - 1 millió az alkoholproblémával küzdők száma, az egy főre jutó alkoholfogyasztás közel 12 liter.

WHO szerint több mint 2 milliárd ember küzd alkoholproblémával, közülük 76,3 millió az alkoholbeteg, ebből 3,2% betegségfolyása halálos kimenetelű (1,8 millió).

Az első alkoholmérgezéses állapot általában a teenager kor közepén fordul elő, az alkoholfüggőség a húszas évektől a 30-as évek közepéig alakul ki, az alkohollal kapcsolatos egyéb betegségek a 30-40-es, a súlyosabb szövődmények pedig a 40-50-es korosztályban mutatkoznak. A nők később kezdenek alkoholizálni, a szövődmények viszont hamarabb alakulnak ki. Az alkoholbetegség a férfiak körében gyakoribb, mint a nőknél (az arány 5:1-hez), ám ez életkortól függően is változik. Az utóbbi évtizedekben azonban inkább a női alkoholbetegek száma nőtt. (Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, 2007)

A nyilvántartott alkoholisták számánál fokozatos és igen jelentős csökkenés figyelhető meg, nem egészen tíz év alatt majdnem 20 000 fővel csökkent a számuk. Egyértelműen megmutatkozik az az ellentmondásos tendencia, hogy míg a nyilvántartott alkoholisták száma jelentősen csökken, addig a szakemberek véleménye szerinti becült szám fokozatosan emelkedik. A nyilvántartott

alkoholisták számának csökkenése csupán virtuális, melynek lehetséges okai az addiktológián belüli kedvezőtlen finanszírozást kísérő ún. átdiagnosztizálás, a gondozóintézetek kapacitásának folyamatos csökkentése, illetve az alkoholisták kezelésére vonatkozó jogszabályok változtatása.

3. Táblázat: Nyilvántartott és gondozott alkoholisták száma korcsoport és nem szerint

Korcsoport (év)	Férfi	Nő
0-19	659	257
20-34	6 353	1 988
35-54	19 199	5 836
55-64	5 260	1 585
65-	1 559	623

Az egészségügyi intézményekben nyilvántartott alkoholisták száma a rendszerváltás óta folyamatosan csökken (a 2005-ös adat megközelítőleg fele az 1990-esnek), aminek nem kizárólag az alkoholizmus visszaszorulása az oka. Szóba jöhet például az érintettek változó attitűdje az intézmények iránt vagy az alkoholprobléma egészségpolitikai kezelésének módosulása is. Az életkor szerinti összetétel ugyanis viszonylag stabil. A betegek döntő többsége (háromötöde) a 35–54 évesek közül került ki, a náluk idősebbek egynegyedes-egyötödös arányt képviseltek, a fiatalabbak pedig valamivel alacsonyabbat. Ez arra enged következtetni, hogy az alkoholfogyasztás okozta egészségügyi és életvezetési problémák a fiatalabb felnőttkort követően fokozottan jelentkeznek. Generációk szerint tekintve, a fiatalabbak veszélyeztetettsége alacsonyabb. A 30 év alattiak körében egyáltalán nem jellemző ez a halálok, a 30–39 évesek korcsoportjában már megjelenik, de igazán az idősebbek – különösen az ötvenes éveikben járók – között elterjedt. (KSH, 2005)

Férfi és nő különbségek

Az utolsó adatok szerint az alkoholistáknak mintegy egynegyed része nő, vagyis túlnyomó többsége férfi. Az adatok alapján elmondható, hogy jelenleg majdnem minden családra jut egy alkoholista férfi hazánkban, vagyis jól látható, hogy az alkoholizmus inkább a férfiak "kiváltságának" tekinthető. Mivel az alkoholizmus meglehetősen ritka húsz év alatt, fontos az alkoholisták hányadát az idősebb populációban külön is megvizsgálni. A 20–65 éves korcsoportban a nők közel 2

százaléka alkoholista, az azonos korcsoporthoz tartozó férfiak viszont csaknem 25 százalékát sorolható az alkoholisták közé. A legnagyobb az alkoholisták részaránya a 35–54 éves nők korcsoportjában. A legtöbb alkoholista nő Budapesten található, a városokban és falvakban az arányuk nagyjából megegyezik. (Józan, 2006)

II.1.2. Az alkoholbetegség kezelésének intézményrendszere

Alkoholpolitika (személyes kapcsolatok szerepe az alkoholpolitikában)

A hazai kutatások szerint a deviáns magatartásmódok növekedésének lassítása és korlátozása kétfajta stratégia egyidejű alkalmazásával lehetséges. Az egyik stratégia inkább hosszú távú folyamat, amely arra irányul, hogy általános és átfogó társadalompolitikai intézkedésekkel korlátozza a társadalom deviációt előidéző folyamatait. A másik stratégia a megelőző és gyógyító (reszocializáló) társadalmi és állami professzionális intézményrendszer kiépítésére, korszerűsítésére és határfokának javítására irányul. Ehhez olyan jobb és differenciáltabb, jól felkészült szakemberekkel ellátott állami és társadalmi szakintézmény rendszerre lenne szükség, amely logikus és funkcionális egységet alkot, elemei pedig folyamatosan és szervesen együttműködnek. (Pataki, 1994)

A különböző EU-s országok alkoholpolitikai koncepcióit számos tényező befolyásolja. Ilyenek például: „az alkoholizmus helyzetének súlyossága, a lakosság ivási szokásai, hagyományai, az alkoholmonopóliumból származó bevételek nagysága, az alkoholizmus okozta népgazdasági, erkölcsi, egészségügyi károk, a forgalmazás, a kínálat, illetve ezek korlátozásának politikai és társadalmi hatásai, az ellene való küzdelem irányítóinak beállítódása az absztinencia és a mértékletesség kérdésében, a szakemberek nézetei az alkoholizmus okáról, stb.” Ezen tényezők mérlegeléséből összegződik a tudatosan kialakított alkoholpolitika. (Levendel, 1987)

Magyarországon alig beszélhetünk alkoholra irányuló kontroll politikáról, ami van, az pedig többnyire állami szintű „finánc” döntés, mint például a bor forgalmi adóztatása és a zügypálka főzés visszaszorítása. Az alkoholfogyasztás visszaszorítására van ugyan szándék, de a gyakorlatban túl sok lépés nem történik. A gazdasági életben résztvevő alkoholt forgalmazó cégek erős hatást fejtenek ki az államra, annak érdekében, hogy az alkoholfogyasztást növekedjen (alkohollobby).

Másik probléma, hogy az állam nem fejleszti az addiktológiai hálózatot. A pszichiátria visszaszorításával az addiktológia kiépülése is megrekedt. A még létező nagyobb addiktológiai osztályok pedig csupán a már defektuálódás felé tartókat kezeli. Az 1993/3-as szociális törvény lehetővé tette, hogy a szakellátásokat szerződések útján jogi személyek, szervezetek is elláthassák, példa erre a már működő hajléktalan ellátással kapcsolatos civil szervezetek hálózata (Budapesten jelenleg 40-60%-os az arány a civil és az állami ellátók között). Az 1/2000. SZCSM rendeletben – többek között - az ellátó intézetek működési feltételei, az ott dolgozó szakemberek képzettségi követelményei lettek szigorúan rögzítve, például, hogy mikor kaphat egy intézet működési engedélyt és állami finanszírozást, ezáltal bőven tartalmazza a garanciákat arra vonatkozóan, hogy megfelelő létszámú személyzet legyen, megfelelő épületben és megfelelő infrastruktúrával rendelkezzen.

Magyarország a WHO által megfogalmazott megelőzési irányelveket követi. Ez alapján három szinten történhet a megelőzés:

- elsődleges megelőzés; valamilyen betegség vagy kóros állapot keletkezésének, kialakulási okának vagy feltételeinek megelőzése
- másodlagos megelőzés; kockázati vagy veszélyeztetett csoportokra irányul
- harmadlagos megelőzés; ide tartozik a korai kezelésbevitel, az ártalomcsökkentés, valamint a rehabilitáció és a reszocializáció.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet jóvoltából az utóbbi időben a megelőzés hazánkban is jelentős eredményeket ért el. Számos drogmegelőzési program

irányul például olyan fontos területekre, mint az iskola és a közösségek. (Buda, 2002)

Az átfogó kezelési stratégia Magyarországon három fontos részből áll:

- biológiai kezelés,
- pszichoterápiás kezelés
- szocioterápiás módszerek.

A biológiai kezelés további két részre bontható, az akut szomatikus krízisek ellátására és az absztinenciát biztosító biológiai törekvésekre. A pszichoterápiás kezelésben fontos az egyéni-, a csoport- és a közösségi (nagy csoport) terápia egymással párhuzamos alkalmazása. A szocioterápiás módszer funkcionális célokat próbál megvalósítani, olyan tevékenységekkel, mint a szabadidős foglalkozás, a foglalkozásterápia és a munkaterápia. (Környei - Kassai-Farkas, 2002) A kezelési módszereknek pedig tartalmaznia kell az ambuláns gondozás és kórházba utalás lehetőségét, a mérgezéses és egyéb szövődményeket ellátó sürgősségi felvételt, a kórházi detoxikálást, valamint a rehabilitációt is. (Takách, 1995)

A nem gyógyszeres kezelésnek két formája van, a szociálpszichiátriai irányzat és a szociális tanuláselméleti modell. A régi behaviorista értelemben az alkoholizmus instrumentálisan tanult viselkedés, egy belső inger, szükségletet elégít ki, amihez további megerősítések is tartoznak (az ital látványa, az italfogyasztó környezet). Ezzel a kondicionálással szemben különböző averzív technikákkal próbáltak fellépni. Az averzív kezelés alapja az úgynevezett. effektustörvény; az inger-válasz kapcsolat megerősödik, ha kellemes, és gyengül, ha kellemetlen élményekkel társítjuk. A kezelés során a páciens kedvenc italához, egyfajta társas milióhoz igyekeztek kötni egy kellemetlen testi élményt (leggyakrabban a hányást társították az itallal, hogy kioltás az alkoholfogyasztást, mint inger), azonban a leszoktató kezeléseket sok veszéllyel jártak. A szociális tanulás fontos részét képezi a személyes hatékonyság. A kezelés végeztével olyan helyzetekkel is hatékonyan meg kell küzdeni, melyek korábban veszélyesek voltak. Ezért kiemelkedően fontos szerepük van a családterápiában szerzett tapasztalatoknak. (Whitaker, 1967) A személyes

hatékonyság több tényezőtől is függ, az egyén hasonló helyzetben való korábbi teljesítményeitől; mások sikeres viselkedésének követésétől; pozitív környezeti hatásoktól; az egyén aktuális állapotától (érzelmi és fiziológiai). (Bandura, 1982)

A gyógyszeres kezelés legfontosabb szempontjai: - ne más szerre történő átszoktatást jelentsen; - ne akadályozza a betegeket egy eredményesebb problémakezelés kialakításában; - segítse elő a tartós absztinenciát. Több területre összpontosulhat a gyógyszeres kezelés: - a tartós absztinencia központi idegrendszeri tüneteinek enyhítésére szolgáló gyógyszerek, - az alkoholfogyasztás iránti vágyat, illetve a fogyasztó magatartást befolyásoló szerek, - a kognitív képességet javító szerek, - antidipsotrop szerek. (Funk, 2000)

A leghatékonyabb azonban a komplex kezelés, ami négy fázisból áll:

1. Kontaktus létesítése az alkoholproblémás emberrel: a kezelés egyik legnehezebb része, akár hónapokig is eltarthat. Ebben a szakaszban történik a diagnózis felállítása és a megfelelő motiváció kialakítása, mindez tiszta kommunikációs viszonyok fenntartásával.
2. Méregtelenítés, azaz a megvonásos tünetek és a szomatikus betegségek gyógykezelése: néhány naptól akár több hétig is tarthat.
3. Leszoktatás: gyógyszeres és nem gyógyszeres technikák (szenzibilitás, vágycsökkentő szerek alkalmazása, pszicho-és szocioterápia, stb.), egyéni terápiás terv alapján, melyek hetekig, hónapokig tartanak.
4. **Utógondozás: a betegek társadalomba való visszailleszkedésének akár évekig is tartó folyamata. (Környey - Kassai-Farkas, 2002) A legtöbb szakirodalom egyetért azzal, hogy ha az aktív kezelést nem követi utókezelés, szinte törvényszerű a visszaesés. Ennek lehetséges okai az alkoholbetegek személyiségvonásai és a milió-hatások. Az alkoholbeteg a kezelés során intenzívebb törődésben részesül, a kezelés védettebb környezetében függőségi igénye érzelmileg elégül ki, nem pedig alkohol**

segítségével. Gyakran előfordul, hogy a jól együttműködő, hónapokig absztinens beteg még a kezelő intézetben az elbocsátás időpontjának közlése után visszaesik, hogy meghosszabbíthassa az intézeti tartózkodását, különösen akkor, ha a beteg kinti jövője bizonytalan. Megfelelő utógondozás nélkül az intézetből való távozás után a beteg magára marad, ráadásul a régi miliójébe kerül vissza. Elmondható, hogy valójában az a ritkább, ha a beteg mindezen körülmények ellenére egyensúlyi állapotát meg tudja őrizni, vagyis absztinens marad. (Levendel, 1987)

Az alkoholbetegség rehabilitációs célja ma Magyarországon, vagyis a rehabilitáció három lényeges összetevője: az absztinencia motivációjának fenntartása, a beteg segítése az alkoholmentes életmódba való visszailleszkedésre, a relapszus megelőzése. (Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, 2007)

Az alkoholbetegek rehabilitációs intézményrendszerébe tartozó magyar intézetek jelenleg:

- járóbeteg-ellátás (TÁMASZ-, Addiktológiai/Alkohológiai- és Pszichiátriai Gondozók),
- közösségi, lakóhelyi rehabilitációs modell, rehabilitáció kórházi osztályokon,
- átmeneti, kiegészítő szociális intézmények (védett, absztinens szálló, foglalkoztató, rehabilitációs célszervezet),
- szenvedélybetegek (rehabilitációs) szociális otthonai,
- karitatív, egyházi intézmények,
- önsegítő civil szerveződések (AE klubok, AA mozgalom) (Gerevich, 2000)

Az alkoholbeteg kezelésének legfontosabb feladata, hogy másfajta életre kell megtanítani a beteget. Ebben jelentős szerepe van a terapeutának, de fontos szerep hárul az egyén szociális környezetére is.

A jelenlegi ellátó rendszer felépítése:

- detoxikálás
- házi orvosi szint: a mindennapi gyakorlatban a házi orvos találkozik először az alkoholproblémás emberrel, ezért nagyon fontos lenne, hogy mikor avatkozik be az orvos a „betegskarrierbe”.
- a szakellátás szintje: ide tartoznak a TÁMASZ (Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgyógyozó) gyógyozók, melyek tág feladatkörrel rendelkeznek: ellátás; együttműködés a fekvőbeteg részlegekkel, nappali és éjszakai szanatóriumokkal, önéngítő csoportokkal; konzultációs szolgáltatás nyújtása a házi orvosoknak; kapcsolattartás a családsegítő központokkal és egyházi szervezetekkel.
- a fekvőbeteg-ellátás szintje,
- az önéngítés szintje: például az **Anonim Alkoholisták (AA)** mozgalma: „Az AA olyan férfiak és nők közössége, akik megosztják egymással tapasztalataikat, erejüket és azon reményüket, hogy megoldhatják közös problémájukat, valamint segíthetnek másoknak az alkoholizmusból a józanság útjára lépni. A közösséghez való tartozás egyetlen feltétele az ivással való felhagyás vágya.”

Finnország (kitekintés)

Finnországban a lakosság teljesen elfogadó az alkoholbetegekkel, semmiféle diszkrimináció vagy negatív megkülönböztetés nem jellemző, a rehabilitáció régóta fontos és szerves része a kezelésnek, beleértve az utánkövetéses (follow-up studies) vizsgálatokat is.¹

A finn kultúrához szorosan hozzátartozik az alkoholfogyasztás, külön kategóriaként jelenik meg a finn típusú alkoholizmus a szakirodalomban: ritkán isznak, többnyire hetente egyszer, de akkor a teljes lerészegedésig. Számos magyarázat létezik erre, többek között a földrajzi elhelyezkedés, az időjárás és a hőmérsékleti viszonyok.

¹ Létezik 37 évet átfogó utánkövetéses vizsgálat is.

Az Európai Unió alkoholra vonatkozó kontroll politikáját követik, ami többek között olyan gyakorlati irányelveket tartalmaz, mint:

- az alkoholdermelők, eladók, kiszolgálók különös felelősségét az alkohollal kapcsolatos ártalmak megelőzésében,
- az alkohol eladásának, felszolgálásának szigorítását az ittas emberek számára
- az alkohol eladásának és fogyasztásának korhatárhoz kötése
- az alkohol fogyasztásának és eladásának korlátozása (idő, hely, mód)
- az alkohol adóztatása
- támogatás vagy adókedvezmény nyújtása a nyersanyag előállítóknak, a vállalatoknak és kereskedőknek
- az alkohol előállításának és/vagy kereskedelmének engedélyhez kötése
- állami monopólium létrehozása a kereskedelem vagy termelés egyes részeire
- teljes vagy részleges prohibíció (Lehto, 1995; Österberg, 2000)

Alkoholizmussal kapcsolatos megelőzés kormányzati és nem kormányzati szinten létezik. Kormányzati oldalon a megelőzési politika az Egészségügyi és Szociális Jóléti Minisztérium, valamint az Egészségügyi és Szociálpolitikai Megelőzési Osztály hatáskörébe tartozik. Az általános alkoholpolitika megelőzés-központú (hasonlóan Magyarországhoz), célja a teljes alkoholfogyasztás szabályozása. Tevékenységük közé tartozik:

- a megelőzési programokkal kapcsolatos ügyintézés
- tájékoztat a folyamatban levő kutatásról, felmérésekről, a kezelési és rehabilitációs lehetőségekről
- az EU javaslatoknak megfelelően módosítja az alkohollal kapcsolatos törvényeket.

Nem kormányzati szinten két fontos szervezetet kell megemlíteni. Az egyik az 1997-ben alakult Finn Egészség Megelőzési Központ - több mint 100 egyesületet foglal magában -, ami helyi és nemzetközi kutatásokról, kampányokról és programokról nyújt információt. A másik az A-klinika Alapítvány, amely

kifejezetten az alkohol- és drogmegelőzéssel kapcsolatos projektek kidolgozásával és tesztelésével foglalkozik.

Két általános stratégia létezik a szerhasználat kezelésére; a pszichoszociális és a gyógyszeres kezelés. Az első csoport-, család-, és egyéni terápiából áll, többek között olyan módszereket alkalmazva, mint az Anonim Alkoholisták 12 lépéses programja, kiterjesztve a többi szenvedélybetegségre is (NA a drogra, GA a játékszenvedélyre; és az evészavarokra is). A gyógyszeres kezelés több területre irányul, például a visszaesés megelőzésére (például a Disulfiram), a rövid távú absztinencia elérésére. A Naltrexone olyan szintetikus gyógyszer, ami csökkenti az alkohol utáni vágyat, az Acamprosate elsősorban a detoxikálásnál alkalmazható, a Fluoxetine pedig az alkoholizmussal gyakran együtt járó depresszió tüneteit enyhíti. Jól látható tehát, hogy jelentős kutatások folynak a medicina területén az alkoholprobléma mérséklése érdekében. (Heather, 1995)

Az A-klinika Alapítvány Finnország vezető szolgáltató intézménye, ahol a szenvedélybetegségek kezelésével, megelőzésével, oktatásával és kutatásával foglalkoznak. Tevékenységükhöz tartozik olyan projektek gyakorlati tesztelése, mint az újabb prevenciók elképzelések, kezelési és rehabilitációs módszerek alkalmazhatósága a finn alkohol- és droghelyzetre. Ezen kívül számos EU-s kutatásban is részt vesznek. Az A-klinika Alapítvány nonprofit, nem kormányzati szervezet. Az Alapítvány a saját forrásain túl többnyire az önkormányzatoktól kap pénzt; az oktatást, kutatást és az információs tevékenységet pedig a finn Szociális és Egészségügyi Minisztérium támogatja. Országosan 18 bentlakó intézetük van, 500 fős kezelő személyzettel, 21 millió Euro éves forgalommal. Egy intézeten belül nyújtanak átfogó kezelést az alkohol- és egyéb drogfüggőknek. A kezelés 3 fő részből áll: - detoxikálás, - fekvőbeteg, illetve járóbeteg ellátás, ami a rehabilitációt is magában foglalja. (Alasuutari, 1990; Koski-Jännes, 1992)

II.1.3. Társadalmi támogatás lehetséges szerepe az alkoholprobléma enyhítésében

A társadalmi támogatás hiánya hatással lehet az egészséget veszélyeztető rizikófaktorok megnövekedésére azáltal, hogy növeli az egyén lelki és fizikai sérülékenységét. A magányos emberek között minden életkorban bizonyítottan magasabb a megbetegedések száma. A támogatottság érzése csökkenti ezt a veszélyeztetettséget, megvédi az egyént a stresszorok káros hatásaitól. (F. Lassú, 2004)

Számos megfogalmazása született a társadalmi támogatásnak, illetve típusainak: empirikus megértés, érzelmi támogatás, materiális segítség (javak, pénz, szolgáltatás), információval való ellátás. Ezt követően mindinkább a hálózati tagok tényleges támogatottságra irányuló erőfeszítése került előtérbe. Az 1970-es évektől a személyes társadalmi támogatás, és a fizikai és mentális jóllét közötti kapcsolat került a kutatások fókuszába. A támogatás jóllétre gyakorolt hatása érdekelte inkább a kutatókat, mint az eredete. Ilyen egyénre vonatkozó következmény az egészségesebb élet, a jobb közérzet, a krónikus és akut gondokkal való könnyebb megbirkózás, vagy akár a hosszabb élet. (Wellman, 2002)

A szociális tényezők és a megbetegedések közötti kapcsolat vizsgálata azonban számos metodológiai nehézséggel jár:

- a stressz és a megbetegedés közötti korreláció kimutatásához mindkét változó mérésére szükség van. Ahhoz, hogy az egyéb tényezők hatását ki lehessen szűrni, szükség van kontrollcsoport vizsgálatokra, melyeket többnyire kísérleti laboratóriumban kell elvégezni. Felmerül a kétség, hogy a külső világra ezek az eredmények mennyire érvényesek.
- a megbetegedés mérésében is nehézségek merülnek fel. A mortalitás könnyen mérhető, azonban a pszichoszociális tényezők hatásai (pl. a stressz) nehezen meghatározhatóak.
- a szociális faktort is mérni kell, ám ehhez meg kell határozni azt. A különböző kutatók azonban különböző meghatározásokat adhatnak, így

eltérő mérési eljárásokat fognak alkalmazni, ami nehézséget jelent az összehasonlíthatóságban.

- az is nehézséget okozhat, hogy megkülönböztessük a mérési folyamatban a szociális faktort és a betegséget. A stressz, a depresszió és az alvászavar vizsgálatánál mindhárom jelenség hasonló módon mérhető, így az egyén a bármelyik kategóriában megjelenhet. (Armsrtong, 1981)

A család funkcióváltozása

A család érzelmi szerepe egyre inkább átalakul. Az érzelmi válsághelyzetben vigasztalóként megjelölt kapcsolat összetételében bekövetkezett változást vizsgálta Utasi a kutatásában (2002). A szülő érzelmi támogatást mind nagyobb arányban a partner helyett is a gyermekétől, illetve a gyermekeitől vár. Ezt segíti elő az a folyamat, melyben a gyerekek hosszán a családban maradnak, így gyakran a családi egység fenntartásának értelmévé, céljává válnak. A család érzelmi funkciójának ez a változása a szülő és a gyerek között kölcsönös érzelmi kiszolgáltatottságot, érzelmi zsarolást is teremthet, továbbá hátráltathatja a gyerekek felnőtté érését, meghosszabbodhat a gyerekek függősége, kitolódhat az érzelmi leválása. A család funkcióváltozásának másik fontos oka a hagyományos házassági vagy élettársi kapcsolatban élők arányának radikális csökkenése. (Utasi, 2002)

A családi kapcsolatok megbomlásának negatív hatásait a megfelelő baráti támogatás ellensúlyozni tudja, így a barátság, mint a személyes kapcsolatok egyéb formája, a társadalmi támogatás fontos forrása lehet (Sarason, Pierce, 1994). Amikor tartós kapcsolatban él egy nő egy férfivel, barátnői egyre inkább háttérbe szorulnak, majd lassan eltűnnek az életéből. A magyar nők kapcsolataira jellemző, hogy "mindent egy lapra tesznek fel", vagyis partnerüktől várják minden érzelmi igényük kielégülését, ezzel párhuzamosan minden érzelmi energiájukkal felé fordulnak. A hazai és nemzetközi kutatások eredményei szerint azonban ez a vágy ritkán elégül ki, a nők gyakran csalódnak romantikus kapcsolati ideáljukban (Oliker, 1989). A leépített barátságok azonban nehezen feltámaszthatók, az új barátságok kialakítása pedig olyan erőforrásokat igényel, amivel sok nő nem érzi, hogy rendelkezik. (F. Lassú, 2004)

A családon kívüli kapcsolatoknak egyre nagyobb szerep jut mind egyéni, mind a családi rendszer szintjén. A családi dinamika fogalmának átértékelésére, és szélesebb körű értelmezésére van szükség a család fogalmának és struktúrájának változása miatt. A családon kívüli kapcsolatok megerősödése felveti a szükségét a prevenció és a terápia határának átértékelésére. Fontos lenne a mentálhigiéné, az oktatás-nevelés és a terápia folyamataiba a barátok és családon kívüli egyéb támaszforrások bevonása, a baráti kapcsolatok fontosságának kiemelése. (F.Lassú, 2004)

A megbetegedések társadalmi okai

Elméletek

A megbetegedések létrejöttében társadalmi tényezők két formája is szerepet játszhat; közvetett formában a szociális tényezők összekapcsolják az egyént az ártalmas fizikai, biológiai tényezőkkel; közvetlen formában a szociális tényezők fizikai közvetítők nélkül is okozhatnak betegséget.

Közvetett formában két hatása lehet a társadalmi tényezőknek. Az általános hatás azon a megfigyelésen alapul, hogy azok a közösségek, melyek egyensúlyban élnek a természetes környezetükkel megkíméltebbek a betegségektől. Betegség akkor alakul ki, ha ez az egyensúly felborul. Egészséges társadalom tehát akkor létezhetne, ha minden változást stabilitás és állandóság váltana fel. Mások szerint a természeti környezet emberre gyakorolt hatását a specifikus kockázatok elemzésével lehet vizsgálni. A környezeti, fizikai és biológiai faktorok mind fontos szerepet játszanak a betegségek etiológiájában, ám mind egy társadalmi összefüggésrendszerben helyezkednek el.

A betegséggel szembeni fogékonyság elmélete Cassel (1976) nevéhez fűződik. E szerint a nem fizikai befolyások nagy szerepet játszanak a megbetegedések kialakulásában, az egészség értelmezésébe így bele kell vonni a fizikai állapot mellett, az egyéni viselkedést és az életmód alakulását is. Az orvostudomány az

így kialakuló betegségeket „funkcionálisnak”, néha pedig pszichoszomatikusnak nevezi, ezzel is hangsúlyozva a tudat testre való közvetlen hatását. A társadalmi környezet a szocializáció során alakítja és formálja a tudatot, valamint támaszt és célt biztosít az egyén számára. A stresszel összefüggő megbetegedésekben fontos szerepet játszik a társadalmi támogatás. Cassel a támogatás fő forrásának az elsődleges csoportot tartotta, amely ütközőként szolgál a stressz szomatikus vagy pszichológiai következményeivel szemben (buffering effect). A stressz és a támogatás hatnak egymásra, gyakran a stresszt okozó esemény bontja fel a társas kötések, például válás, munkahely elvesztése, vagy gyász esetén, vagyis akkor von el támogatást, amikor megnövekszik az igény iránta. (Albert - Dávid, 2001) Wellman és munkatársai kutatásukban (2002) azt vizsgálták, hogy mi segítheti elő a társadalmi támogatást. A támogatás terápiás hatásának a demonstrálására a kutatók megfigyelték az akut stressz, a krónikus túlfeszítettség, a fizikai és mentális szorongás és a megbirkózási magatartás kompenzációs mechanizmusait. A társadalmi támogatás mintegy védő faktorként csökkenti a stressz okozta fizikai és mentális problémákat, segíti a stresszel szembeni ellenállást, vagy ütközőként hárítja el azt, így generálva a további segítségkérést az informális vagy formális gondozók felé.

Lin és munkatársai 1986-os kutatásában az érzékelt támogatás és a depresszió közötti összefüggést vizsgálta. Véleményük szerint egyértelműen pozitív összefüggés van a támogatás mértéke és az egészségi állapot között, vagyis nagyobb mértékű támogatás jobb egészségi állapotot eredményez. A különböző megbetegedésekkel és a halálózással összefüggésben azonban nem lehet egyértelmű összefüggést találni.

Más szakemberek kiegészítették a stressz és a támogatás közötti összefüggés vizsgálatát a stressz és az immunrendszer vizsgálatával. Elméletük szerint a stressz okozta fizikai és mentális probléma hat az immunrendszerre. A stressz káros következményei (pl. a koleszterinszint emelkedése) viszont csökkenthetők a támogatás növelésével. A stressz bizonyítottan negatív hatással van mind az ideg-, mind az immunrendszerre (a tartós stressz immunreakciót válthat ki). Ebből

következik, hogy a társadalmi támogatás – a stressz csökkentésével – pozitívan hat mindkét rendszerre.

A mentális egészséget vizsgálva más kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy a nagyobb társadalmi támogatottság segíthet csökkenteni a stresszt okozó élethelyzeteket, illetve annak az egyén pszichés állapotára vonatkozó káros hatását. Ezen az elméleti vonalon továbbhaladva azt vizsgálták, hogy a támogatás mely típusa eredményez védettséget, vagy szerepel ütközőként a stresszel szemben. Eredményeik szerint nagyobb védettséget biztosít az egyén mentális egészségével és jóllétével kapcsolatban, az érzelmi (affectív) támogatás (emocionális segítség és támogatásnyújtás), mint az instrumentális (javak, pénz, szolgáltatás).

Kutatások

Az utóbbi 20 évben megnőtt az érdeklődés a személyes kapcsolatok egészségvédő hatása iránt, mellyel elkerülhető a negatív érzések és pszichés zavarok miatt kialakuló stressz. A hatékony reagálás képességének hiánya, a sikertelenségtől való félelem, vagy egy olyan fenyegető helyzet, amivel nem sikerül megbirkózni, mind stresszhelyzetet jelentenek. A stresszes környezettel szemben ütköző szerepet tölt be a személyes kapcsolatháló által nyújtott társadalmi támogatás. Számos egészséggel és betegséggel kapcsolatos kutatás bizonyította, hogy azok az emberek, akik kiterjedt személyes kapcsolatrendszer (partner, barátok, családtagok, stb.) által nyújtott érzelmi és anyagi (kézzelfogható) támogatásban részesülnek, jobb egészségi állapotban vannak, mint azok, akiknek hiányos a támogató hálózata. Ennek ellenére alig néhány kutatás foglalkozik az alkoholbetegség kezelésével összefüggésben a társadalmi támogatás vizsgálatával. Többen arra az eredményre jutottak, hogy a kezelésből kikerült alkoholbetegek a kezelés időtartamától függetlenül (6 hónap, vagy 2 év), a családtól kapnak elsősorban támogatást. Más kutatás szintén kimutatta, hogy nagyobb arányban tud józan maradni az az alkoholbeteg, aki a családjától és a barátaitól számíthat támogatásra. Mindezek a kutatások azt bizonyítják, hogy a társadalmi támogatás fontos tényező az alkoholbeteg gyógyulásának eléréséhez. A kezelés

eredményessége nem csupán a társadalmi támogatástól függ, hanem a kezelési program, és a megfelelő beavatkozás (intervenció) is jelentősen befolyásolja.

Több kutatási eredmény is kiemelkedő fontosságú a témával kapcsolatban, ezeket mutatom be a következő részben.

Litt és munkatársai (2007) azt vizsgálták, hogy a társadalmilag támogatott kezelés (socially focused treatment) eredményez-e változást a beteg józanságot, illetve ivást erősítő társadalmi kapcsolataiban. Alkoholfüggő férfiakat és nőket (összesen 210 fő) 15 hónapon keresztül figyeltek meg, azzal a következtetéssel, hogy a támogató kapcsolat szignifikáns kapcsolatban van a kezelési idővel. Arra az eredményre jutottak, hogy az utókezelés nem csökkenti, ellenkezőleg növeli a beteg kapcsolathálójának nagyságát, az absztinens támogatókat is belevéve (mint például az AA), egyértelműen növelve ezáltal a kapott magatartási és viselkedési támogatást. Következtetésük az volt, hogy a kezelés során az alkoholbeteg szociális kapcsolathálóját meg lehet és kell változtatni, ugyanis ez nagyban segíti a tartós józanság elérését.

Rush és munkatársai kutatása szerint (2007) az AA az uralkodó kezelési modell a függőség kezelésében és a józanság elérésében. Ezért is szokás az AA társadalmi támogató hálózatát úgy feltüntetni, mint a józanság elérésének legerősebb faktorát. Mitől és hogyan működik ez a támogató kapcsolathálózat? A Social Support Network Inventory (SSNI) kutatása olyan dimenziókban vizsgálta a kérdést 125 józanodó AA-s nő bevonásával, mint az észlelt, személyes és teljes társadalmi támogatás. Öt féle támogatással (elérhető, gyakorlati, érzelmi, kölcsönös és a józansággal összefüggő társadalmi támogatás) kapcsolatban végeztek felméréseket. A csoportos támogatáshoz leginkább a kölcsönös támogatás járult hozzá, a szponzorokkal rendelkező nőknél szignifikánsan magasabb volt a teljes és az egyéni támogatás pontszáma. Az elérhetőség volt a legdominánsabb az észlelt támogatásban, mind egyéni és mind az össztámogatás szintjén.

6 éven keresztül 3 tanulmányban vizsgált Van Lear és munkatársai (2007) a kutatásuk során 278 felépülő alkoholbeteget és 138 kontroll személyt. Az AA-ban a józansággal kapcsolatos összefüggéseket figyelték meg a társadalmi támogatás (általános, észlelt, kapcsolat az AA szponzorral, kapcsolat fontos másokkal) eredete és jellege, valamint az élet érzelmi minősége (Emotional Quality of Life) között. A várakozásnak megfelelően különbséget eredményezett a kutatás az alkoholbeteg és a nem-ivó kontrollcsoport között minden vizsgált összefüggésben.

Kaskutas és munkatársai (2002) hipotézisükben azt fogalmazták meg, hogy az AA tagság és szerhasználat csökkenése közötti összefüggést csak részben magyarázza az egyén társadalmi kapcsolathálóójában bekövetkezett változás. A 10 legismertebb alkoholkezelő programot vizsgálták meg Észak-Kaliforniában 377 férfi és 277 nő bevonásával. Egy éves utánkövetéses vizsgálattal felmérték az alkohol következményeit, a függőségi tüneteket, a fogyasztást, az absztinenseknek adott társadalmi támogatást, az ivás szociális hatásait és az AA tagságot. Eredményük alapján elmondható, hogy az AA tagság alacsonyabb fogyasztást és kevesebb járulékos problémát eredményez. Az AA tagok által nyújtott társadalmi támogatás, mint például a 24-órás elérhetőség, a józanság megtartása a szerepmoделlek tapasztalata alapján, magyarázza az AA hatékonyságát.

II.2. Társadalmi kapcsolatháló és társadalmi támogatás

II.2.1. Társadalmi támogatás

Az első tudományos kutatások vizsgálataiban a társadalmi támogatást a kontaktusok számán keresztül definiálták; vagyis az egy hét alatt tíz kontaktust teremtő személy társadalmi támogatottságát kétszer akkorának tartották, mint egy öt kontaktust teremtőét. Az elsők között Berkman és Syme (1979) készített az Egyesült Államokban egy úgynevezett. Aledada Tanulmányt, melyben arra a következtetésre jutottak, hogy egy adott személy szociális hálózatának kiterjedtsége statisztikai jellegű összefüggést mutat a szóban forgó személy esetében a korai halál kockázatával. A kutatással kapcsolatban többen úgy vélték, hogy a mérőszámok megkonstruálása miatt lehetett a korrelációt kimutatni. Miután azonban más kutatások is hasonló eredményhez vezettek, egyre többen kezdtek vizsgálatokat ebben a témában. Az előbb említett definícióval, az úgynevezett kontaktusméréssel az volt a probléma, hogy valószínűleg nem a kapcsolatok száma a legfontosabb tényező a társadalmi támogatás kutatásánál. Bizonyos kapcsolatok nem elég fontosak ahhoz, hogy támogatást nyújtsanak, bármennyi is van belőlük; mások inkább megterhelők lehetnek a támogatottak számára; másrészt egyetlen közeli személlyel való kapcsolat értékesebb lehet minden másnál. Ezért a későbbi vizsgálatok során előtérbe került a kapcsolatok száma mellett azok minőségének mérése is. Ezek a törekvések vezettek ahhoz a feltételezéshez, hogy a minőség a támogatott személy percepcióiban és elvárásaiban jelentkezik, nem a kapcsolat külső formájában. Ez alapján elképzelhető, hogy egy adott pillanatban a barátok semmiféle támogatást nem nyújtanak, de az a tudat, hogy szükséghelyzetben segítenének ugyanolyan pszichológiai hatással bír, mintha a támogatás ténylegesen megtörténne.

A társadalmi támogatásnak nagyon sok definíciója létezik. Néhányat idézek a teljesség igénye nélkül Albert – Dávid kutatásából (2001):

- "a befolyásos más személyektől származó pszichoszociális források viszonylagos jelenléte vagy hiánya" (Kaplan-Cassel-Gore 1977: 50);

- "az egyén számára más egyénekhez, csoportokhoz vagy a nagyobb közösséghez fűződő kötésekben keresztül elérhető támogatás" (Lin et al. 1979: 109);
- "annak a mértéke, amennyire az egyén társadalmi szükségleteit másokkal való interakciók révén ki tudja elégíteni" (Thoits 1982: 47);
- "olyan interperszonális tranzakció, amely tartalmazza az alábbiak legalább egyikét: 1. érzelmi törődés (szeretet, szerelem, empátia), 2. instrumentális segítség (javak, szolgáltatások), 3. információ (a környezetről), 4. méltánylás (az önértékelés szempontjából releváns információ)" (House 1981: 39);
- "legalább két egyén közt lezajló forráscsere, amit vagy a támogató, vagy a támogatott fél úgy tekint, hogy a támogatott fél jólétét szándékozik elősegíteni" (Shumaker-Brownell 1984: 17);
- "a közösség, a kapcsolathálózat vagy a bizalmi partnerek által nyújtott vagy valós instrumentális és/vagy expresszív gondoskodás" (Lin-Dean-Ensel 1986: 18).

A társadalmi támogatás a résztvevők tulajdonságaitól és a közöttük lévő kapcsolat típusától függ, ezek határozzák meg a támogatás mértékét, minőségét és egyéb tulajdonságait. Ezen túl a társadalmi kapcsolatháló struktúrája és összetétele is hatással van a társadalmi támogatás mértékére és minőségére. (Wellman, 2002)

A társadalmi támogatás szempontjából meghatározó a személyes kapcsolatháló mérete, sűrűsége, a kapcsolatok erőssége és típusa, a kapcsolattartás gyakorisága, valamint a háló tagjainak hasonlósága, illetve különbözősége. Minél több tagja van a vizsgált személy személyes kapcsolathálójának, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a tagok több támogatást tudnak adni. A kapcsolatháló sűrűsége pozitív hatású azáltal, hogy a társadalmi integrációnak köszönhetően segít megőrizni a mentális egészséget. (Durkheim, 1978; Wellman, 2001)

A kapcsolatok intenzitása alapján megkülönböztethetünk totális jellegű, teljes személyiséget átfogó erős kötések, valamint a személyiség részeit magában foglaló, speciális funkciók alapján létrejövő gyenge kötések. Ez a

megkülönböztetés leginkább tendencia-jellegű, két önálló dimenziót, a kapcsolat jellege alapján létrejövő típust takar. (Angelusz - Tardos, 1991) A kapcsolat erőssége határozza meg, hogy az adott kapcsolaton keresztül milyen típusú segítség hozzáférhető, a gyakori kapcsolattartás pedig bizonyítottan nagyobb támogatást eredményez. (Wellman, 2001)

A támogatás formái

Lin és munkatársai (1999) kétféle támogatási formát különböztetnek meg, az expresszív és instrumentális támogatást. Jacobson elméletében (1986, idézi Payne 2001) három társadalmi támogatás típust nevez meg, az emocionális támogatást, ami megerősíti a támogatott személyt abban a hitében, hogy csodálják, tisztelik, szeretik, támogatást és biztonságot nyújtanak neki; a kognitív támogatást, ami információt, tudást, és tanácsot ad; és a materiális támogatást, ami javakat és szolgáltatásokat nyújt. House (1981) elméletében már négy támogatási formát emel ki, az emocionális mellett megkülönbözteti az instrumentális, az információs, és a méltányló támogatást. Az emocionális támogatás az olyan „nem kézzelfogható” gondoskodás, mint a szeretet, empátia, törődés és a bizalom. Az instrumentális közvetlen, kézzelfogható támogatást jelent (étel, pénz, bevásárlás, stb.). Az információs támogatás tanács vagy oktatás formájában történik, lényege, hogy a rászoruló tájékoztatást kapjon az őt érintő problémájáról. A méltányló támogatás, építő visszacsatolás, ösztönzés ahhoz, hogy a rászoruló felbecsülje a saját problémájával kapcsolatos helyzetét és hatékonyságát. Sherbourne és Hays (1990, idézi Payne 2001) a társadalmi támogatás öt formáját nevezi meg, az emocionális, instrumentális, információs támogatást, valamint a megbecsülést és társaságnyújtást. (Szabó, 2003)

Wellman kutatásaiban arra az eredményre jutott, hogy minél erősebb a kapcsolat, annál nagyobb valószínűséggel biztosít emocionális segítséget, kis szolgáltatást (small services), vagy akár mindkettőt. Társaságot (companionship) bizonyítottan az erős baráti kapcsolatok, és nem az erős rokonsági kapcsolatok nyújtanak. Az intím, önkéntes alapon létrejött, és a multiplex kapcsolatok több társadalmi

támogatást nyújtanak, ezáltal segítve a mentális egészség megőrzését. (Wellman 1992)

A társadalmi támogatás egy másik lehetséges megközelítése, hogy objektív vagy szubjektív a támogatás, azaz aktuális, ténylegesen nyújtott/kapott, vagy a kérdeztől által érzékelt, egyéni megítélés szerinti támogatásról van szó. (Szabó, 2003)

Társadalmi kapcsolatháló

A korábbi kutatásokban nem fektettek nagy hangsúlyt a kapcsolatháló és a támogató hálózat fogalmi megkülönböztetésének fontosságára. (Mitchell-Trickett, 1980) A kutatók feltételezése szerint az a tény, hogy valaki sűrű, támogató jellegű kapcsolathálóra rendelkezik, és társadalmilag erősen integrált, nem csökkenti az igényét a munkahelyi, szomszédos vagy rokoni kapcsolatok iránt. Az életminőség szempontjából fontos – mind az adó, mind a támogatásban részesülő ember szempontjából -, hogy komplex és sokszínű legyen a támogató hálózat. Ahhoz, hogy az adott társadalmi támogatás mértékét és minőségét megismerjük, a teljes kapcsolatháló méretét, összetételét és struktúráját meg kell vizsgálni. Wellman és Potter 1997-es kutatása alapján 4 dimenzió mentén történhet ez a vizsgálat:

1. kiterjedtség: méret és heterogenitás vizsgálata; kérdés: vajon a nagy kiterjedtség több elérhető és eltérő támogatást eredményez?
2. elérhetőség: milyen gyakorisággal kerülnek kapcsolatba a hálózat tagjai, hogy könnyen információt cserélhessenek a szükségleteikről; kérdés: vajon a könnyebb elérhetőség szükségszerűen instrumentális segítséget eredményez?
3. erősség: vajon az erős kötések (pl. rokonság) a kötelezettség/kötelesség és a szociális kontroll hozza létre, a gyenge kötések (pl. barátság) pedig a közös érdeklődés miatt együtt töltött idő?
4. összetétel: mekkora a nők aránya a hálózaton belül, akik inkább emocionális támogatást nyújtanak? (Wellman, 2002)

A kapcsolathálózat és a támogatás mértéke közötti összefüggéseket általában a következő kapcsolati jellemzők mutatják: a hálózatméret, a sűrűség és sokszínűség (heterogenitás), valamint a kapcsolatok minősége. A nagyobb kapcsolathálózat több támogatást tud nyújtani, a támogatás értékelése pedig pozitívabb. Feltételezhető, hogy a nagyobb kapcsolathálózattal rendelkezők többféle specifikus ismerethez és nagyobb mennyiségű információhoz képesek hozzájutni, ami könnyen válik hozzáférhetővé, viszont így kisebb a valószínűsége, hogy kimeríti valamelyik kapcsolatát. A kevésbé sűrű kapcsolathálózatokról nagyobb valószínűséggel elmondható, hogy heterogének, ezáltal többféle forráshoz biztosítanak hozzáférést, előfordulhat azonban, hogy erősen eltérő elvárásokat generálnak. A kapcsolatok minőségével való összefüggésben például valószínűsíthető, hogy egy közeli barát több időt, és energiát hajlandó az egyén támogatására szánni, mint egy távoli ismerős. (Albert – Dávid, 2001)

Erős és gyenge kapcsolatok

Számos olyan elmélet létezik, mely szerint (Lin, 1982) a kapcsolat erőssége meghatározza, hogy az adott kapcsolaton keresztül milyen típusú segítséghez lehet hozzáférni, instrumentális segítség például a gyenge kötésektől várható, míg emocionális az erősektől.

A kapcsolat erősségét többféle különböző mutató jelöli, kutatónként, illetve kutatási kérdésenként különbözik, hogy milyen változókból állítják össze a kapcsolat erősségére vonatkozó mutatót.

Wellman kutatásaiban a következő jellemzők alapján definiálta az erős kapcsolatokat, amennyiben a három jellemző közül legalább kettő megtalálható:

1. intimitás: intim, specializált, önkéntesen létrejött kapcsolatok, amelyekben a felek vágnak egymás társaságára;
2. multiplexitás: hosszú ideig tartó gyakori kapcsolatok multiplex társadalmi környezetben;
3. voluntarizmus: kölcsönös kapcsolatok, amelyben ismerjük a partner igényeit, ki is elégítjük azokat, és támogatást nyújtunk. (Szabó, 2003)

A kapcsolat erősségét Angelusz és Tardos (1991) kutatásaikban négy mutató segítségével határozta meg. A kapcsolathálóban lévő intim kapcsolatok aránya mellett részmutatókat is figyelembe vettek, például a multiplex kapcsolatok arányát, egy olyan összeg-részmutatót, amely a közvetlen családtagok száma mellett az átlagon felül multifunkcionális, intim, elérhető és gyakori kapcsolatok arányát összegezi, és egy relativizált-részmutatót, amely az előbbi összeg-részmutatót viszonyítja a névgenerátorokból kapott összes névhez.

Támogatás és kapcsolatháló megkülönböztetése az egészség kutatásokban

Segíti a megkülönböztetést, ha először azt vizsgáljuk meg, hogyan hat a társadalmi támogatás és a társadalmi kapcsolatháló az egyén egészségi állapotára és jólétére, illetve annak hiányára. Két fontos ponton tér el az egészség és az egészséggel kapcsolatos viselkedés vizsgálata a két területen:

1. A társadalmi kapcsolatháló vizsgálatok a társadalmi kapcsolatok olyan jellemvonásait is vizsgálják – túl a társadalmi támogatás kutatásain -, mint a negatív interakciók, az egészséget veszélyeztető viselkedésmódok, a stressz, és a fertőző betegségekre való hajlam.
2. A társadalmi támogatás tárgyalása során körvonalazódik az a gondoskodás, ami elősegíti a támogatás pozitív hatásait, mint például a segélyezés. (Heaney, Israel, 2002)

A társadalmi kapcsolathálónak (social network) és a társadalmi támogatásnak (social support) fontos szerepe van a társadalmi kapcsolatokban. Az egészség és az azzal összefüggő viselkedésmód tanulmányozásánál azonban jelentős szemléletmódbeli különbség áll fenn a kettő között.

A társadalmi kapcsolatháló „az egyéneket körülvevő társadalmi kapcsolatok hálózata”; a társadalmi támogatás pedig az egyik feladata ezeknek a társadalmi kapcsolatoknak. (Heaney, Israel, 2002) A társadalmi kapcsolatháló fontos részét képezik a családtagok, barátok, rokonok, munkatársak, valamint azok, akik az egyén személyes környezetéhez tartoznak. Ahogy ezek a személyes kapcsolatok

támogatóvá válnak, elkezdenek háritóként működni az egészségre káros hatások ellen, amik stresszt vagy különböző betegségeket okozhatnak. (Singer, Ryff, 2001)

Számos kutatás született annak alátámasztására, hogy a társadalmi támogatás pozitív hatással van az egészségre, hiánya viszont negatívan befolyásolja azt. A szűkülő társadalmi támogatás okolható például a növekvő elmagányosodásért (Rosovsky és munkatársai, 1992), illetve annak következményeiért, a depresszióért és a szorongás okozta zavarokért (Scharff, 1996), valamint a romló testi egészségi állapotért (Vandervoort, 1999).

A társadalmi kapcsolatháló jelentősége az egészség kutatásokban az, hogy azonosítja a hálózat típusát, amihez a lakosság különböző szegmensei tartoznak, valamint rávilágít olyan hálózat típusokra, melyek megőrzik az egészséget, és helyes egészséggel kapcsolatos viselkedéshez vezetnek. Egyes kutatások arra keresnek magyarázatot, hogy a társadalmi kapcsolatháló mely típusai a leginkább elterjedtek bizonyos szubpopulációkban, ahol az életkor pozitívan korrelál a hálózat méretével (mint az életkor emelkedése, és a hálózati kapcsolatok számának növekedése), viszont a hálózati interakciók erőssége, illetve az érzékelhető támogatással való elégedettség között nincs összefüggés. A nem szintén kapcsolatba hozható a hálózat típusával. A nők társadalmi kapcsolathálózatában több családi és baráti szál található, míg a férfiak kapcsolathálóira inkább a szorosabb munkahelyi vagy szomszédi viszonyok jellemzőek. (Pugliesi, Shook, 1998; Granello, 2001)

Néhány társadalmi kapcsolatháló kutatás a különböző hálózattípusok erősségét és gyengeségét vizsgálja. Néhány kutatás a férfiak és nők társadalmi kapcsolathálóit tanulmányozta a súlyos mentális betegségekkel összefüggésben, és arra a következtetésre jutott, hogy a társadalmi kapcsolatháló típusa, melybe a vizsgált egyén tartozik, összefügg a támogatás típusával, amiben részesül. Emocionális támogatásban gyakrabban részesültek a tág család hálózatából, míg a legnagyobb összegű anyagi támogatást a szűk család nyújtotta. Instrumentális támogatás többnyire az informális közösségi kapcsolatokról származott.

Biegel és Tracy (1994) a mentális betegek társadalmi kapcsolathálózatának erősségét vizsgálta, kutatásukból kiderült, hogy a magasan szakképzettek hálózatában hatékonyabb és tartósabb volt a túlórában (munkaidőn kívül) nyújtott támogatás. Találtak olyan negatív társadalmi kapcsolathálózatot is, amiből hiányzott a reciprocitás; goromba rokonokat, diszfunkcionális, antiszociális vagy alkalmazkodni képtelen magatartásmódokat.

Singer és Ryff (2001) szerint a sűrűbb hálózatokban kevesebb erőforrás áll rendelkezésre a csoportok számára, mint a nagy kiterjedésű, de kevésbé sűrű hálózatokban, ezáltal valószínűbb, hogy negatív hatással lesznek a tagok jólétére. Heaney és Israel (2002) egyetértve ezzel megállapította, hogy az átmenet és változás időszakában a nagyobb, kiterjedtebb és kevésbé intenzív kapcsolatokról álló hálózatok alkalmazkodóbbak lehetnek, mivel jobban ösztönzik a társadalmi összefogást és az információs támogatás cseréjét.

Sloan és munkatársai (1996) szerint a kisebb hálózatok tagjai több támogatást kapnak, és jobban megbecsülik azt. Tanulmányuk az összefüggéseket vizsgálta a támogatás, a stressz, a tünetek, és az egészségi állapot között az alacsony jövedelmű, szegény negyedben élő kisebbségi nők között. Kutatásukból kiderül, hogy a kisebb hálózatok elősegítik a kölcsönös támogató interakciókat, a tartós hálózatok pedig magasabb fokú önbecsülést eredményeznek a nőkben. Összességében a nők számára nagyobb hasznot jelent a kisebb hálózat, ami kölcsönös támogatást eredményez.

Támogatás fokozása

A fent leírtakból látható, hogy a társadalmi támogatásnak fontos szerepe van az egészséggel és az azzal összefüggő helyes viselkedésmóddal kapcsolatban, sokan vannak azonban, akik nem élvezhetik mégsem a támogatás jótékony hatását. Heaney és Israel (2002) négy alapvető módszert fogalmaz meg, mellyel az egészségügyi beavatkozások növelhetik a társadalmi kapcsolathálózatot és azon keresztül a támogatásokat. A beavatkozások erősíthetik a már meglévő társadalmi

kapcsolathálózatot; kiépíthetnek új kapcsolatokat; fokozhatják a hálózat erősségét a közvetlenül érintett segítőkkel, vagy erősíthetik a hálózatot a közösség szociális érzékenységének növelésével, és a problémamegoldásba való bevonásával. A már meglévő hálózat erősítése olyan segítőkkel történik, akik felkeresik, mozgósítják, és megerősítik a kapcsolatot a támogató hálózatok tagjaival. Fontos, hogy a hálózat erősítése miatti beavatkozás a hálózaton belüli kapcsolatok minőségét is próbálja javítani azáltal, hogy biztosítja tagjainak a speciális segítő szakértelmet. Azok a beavatkozások, melyek új kapcsolatokat építenek ki a hálózatokon belül akkor hasznosak, ha a már létező hálózatok túl kicsinek bizonyulnak, vagy túlterheltek. Támogató segítők bevonása történhet mentorként, vagy „társként” is, önsegítő csoportok vagy támogató programok keretében. A „társprogramok”, és támogató csoportok alap gondolata: függetlenül attól, hogy valaki segítség adóként, vagy rászorulóként kerül a közösségbe, mindenképpen nő a kapcsolaton belül a támogatás reciprocitásának érzése. A közvetlenül érintett segítők támogató hálózatokba történő bevonásához elengedhetetlenül szükséges az alapvető egészségügyi ismeretekre való képzésük. Szerepük a társadalmi támogatás növelésében kiemelkedő fontosságú, ugyanis a közösség tagjai legtöbbször hozzájuk fordulnak tanácsért, anyagi vagy instrumentális támogatásért. A támogatást növelő beavatkozások negyedik típusa a közösség szociális érzékenységének növelése indirekt módon erősítheti a már meglévő társadalmi hálózatot azáltal, hogy a tagok azonosulnak a közösség problémáival, és részt vállalnak a probléma megoldásában. Azonban minden beavatkozási lehetőségnek megvannak a maga határai. A meglévő hálózati kapcsolatok fokozásának problémája, hogy nehéz a régi hálózati tagot - aki rendelkezik a támogatáshoz szükséges erőforrással - rávenni, hogy legyen elkötelezett és azonosuljon a problémával; valamint nehéz felmérni a ténylegesen a támogatás okozta magatartási és viselkedésmódbeli változásokat. További nehézséget jelenthet, hogy minden esetben meg kell bizonyosodni arról, hogy a beavatkozás nem ütközik a hálózaton belül egy már létező beavatkozás típusba. Egy új társadalmi kapcsolatháló építése során elengedhetetlenül fontos szempont, hogy a támogatásba bevont mentorok, „társak” vagy támogató csoportok rendelkezzenek elegendő szabadidővel, elhivatottsággal és erőforrással.

A közvetlenül érintett segítők hatékonyságát a társadalmi támogatásokban számos kutatás támasztja alá, mégis további kutatásokra lenne szükség, hogy a tényleges hasznukat megállapíthassuk, hiszen rengeteg ráfordítást igényel – mind időben, mind erőforrásban - az alapvető egészségügyi ismeretekre vonatkozó, és a problémamegoldó stratégiákra felkészítő (szak)képzésük. Hasonló gondok merülnek fel a beavatkozás negyedik típusánál is, a közösség szociális érzékenységének fokozásánál. Összességében azonban elmondható, hogy ezeket a nehézségeket ellensúlyozza az a pozitív érzés, hogy a közösség tagjai összefognak, és közös erőfeszítéseket tesznek egy-egy különleges probléma megoldásáért.

A bizalmas kapcsolathálózatok jellemzői

A rendszerváltás előtt Utasi (1990), és Angelusz-Tardos (1991) kutatta az interperszonális kapcsolatokat Magyarországon. Vizsgálatukból kiderült, hogy a támogató hálózatokon belül nagyobb a családi, és rokon kapcsolat aránya, a kapcsolathálózatok átlagos mérete pedig kisebb, mint a nyugati országokban. Kevesebb volt a családon kívüli kapcsolat, vagyis a barát, és az ismerős. A teljes kapcsolatháló több mint felét a családi, illetve rokon kapcsolat alkották, amik bizalmat nyújtottak az egyén számára (kölcson, segítség építkezéskor, vagy lelki problémák megbeszélése). Az urbanizáció növekedésével a baráti kapcsolatok aránya növekedett a kapcsolathálózatokban a rokonival szemben, a kisközségekben átlagosan 53, a fővárosban 14 százalék a rokonok aránya. (Angelusz-Tardos, 1991)

A rendszerváltás a kapcsolathálózatok beszűkülése miatt a személyes kapcsolatokra bizonyítottan kedvezőtlenül hatott. A rendszerváltást követően a kapcsolathálózatok kevésbé családcentrikusak lettek, előtérbe került és növekedett a nem rokon alapú kapcsolatok aránya, mint a nyugati társadalmakban. Az erős, tradicionális családi kapcsolatok nagyban segítették az új rendszerhez való alkalmazkodást, viszont a családon kívüli kapcsolatok növekedését a bizalmatlanság és a bizonytalanság lelassította, a létező kapcsolatok egy részét

pedig erősen meggyengítette. Hátrányos helyzetbe kerültek azok az emberek, akik családi támasz nélkül maradtak, vagy baráti kapcsolataikat elveszítették. (Albert - Dávid, 2003)

A modern társadalmakban a hatékonyság kérdése került túlnyomórészt a figyelem középpontjába, magával vonva ezáltal a társadalmi integráció sérülését. Az egyenlőtlenséget erősíti a hatékonyság fokozása, a társadalom kohézióját azonban az egyenlőtlenségek mérséklésével lehetne elérni. A társas kapcsolatok legfontosabb eleme, a bizalom az elmúlt másfél évtizedben az emberi kapcsolatoknak a korábbinál szűkebb körére mérséklődött, miközben jelentősen felértékelődött. (Utasi, 2002)

Az emberek legbizalmasabb kapcsolatait felmérve a Háztartás Monitor (1999) vizsgálat arra az eredményre jutott, hogy a kérdezettel rokoni kapcsolatban állók aránya igen magas (a válaszadók 71) százaléka csak családi kapcsolatokból álló, és csupán 5 százaléka kizárólag nem családi kapcsolatokból álló hálózattal rendelkezik. A korcsoportok megoszlása szerint a fiatalok (16-25 évesek) és az idősek (66 év felett) fontos dolgaikat főleg középkorú családtagjaikkal beszélnek meg kortársaik helyett. (Albert – Dávid, 2003) Az utóbbi években a kapcsolathálózat vizsgálatok eredménye alapján elmondható, hogy a nem rokoni, vagyis elsősorban a baráti kapcsolatok részaránya csökkent, növekedett azonban a hálózatokon belül a munkatársak szerepe. Bizonyítottan előtérbe került a kapcsolattartás anyagi vonzata, fontossá vált a kapcsolathálózatok alakításában a politikai hovatartozás, továbbá a vagyoni helyzet, ami a családi, rokonsági kötelékek vonatkozásában is kiemelkedő szerepet kapott. (Angelusz-Tardos, 1998)

Rokoni kapcsolatok

A rokonság segítségét veszik általában igénybe az emberek az életbevágóan fontos problémáknál, és krízishelyzetekben. A rokonsági kapcsolatok által nyújtott társadalmi támogatás hatásának vizsgálatakor meg kell különböztetni a közeli és távoli rokonságot, mivel más-más társadalmi támogatást biztosítanak. A

szülő-gyermek kapcsolat a legtámogatóbb, és a legmagasabb szintű emocionális, és materiális segítséget nyújtó kapcsolat, viszont a társaság-nyújtás (companionship) nem ebben a kapcsolatban a legjelentősebb. (Wellman, Wortley, 1990, idézi Wellman, 1992) Az anya-lánya és a testvéri kapcsolatok is kifejezetten támogatóak, magas szintű emocionális és materiális támogatást nyújtanak egymásnak, de elmarad az arány a szülő-gyermek kapcsolatokkal szemben. A testvérek nyújtotta támogatás esetében megfigyelhető, hogy az a testvér, akivel intimebb a kapcsolat, nagyobb segítséget nyújt. Egyértelmű összefüggés mutatható ki a rokonság szorossága, és a társadalmi támogatás nagysága között; ha csökken az egyik, vele csökken a másik is. Emocionális, és instrumentális támogatást elsősorban a szülőktől, és felnőtt gyermektől kapunk, ezt követi a testvérektől, a barátoktól, a szomszédoktól, és a tágabb rokonságtól, végül pedig az ismerősöktől kapott támogatás. (Wellman, Frank, 2001) A gyakran felmerülő, krónikus vagy akut problémáknál azonban a tágabb rokonság támogatása nem túl jelentős. (Wellman, 1992)

Baráti kapcsolatok

A család fogalmának és a családi élet kereteinek újraértelmezése lehetővé teszi az a családon kívüli kapcsolati formák átértékelését, az egyszülős családok és az egyedülálló emberek alkalmazkodásmódjainak ön- és társadalmi elfogadását. Az egyedülálló ember (gyerekkel vagy gyerek nélkül) fokozottan ki van téve a magányosságból származó támasznélküliség negatív hatásainak. Ezáltal, valamint a rokoni kapcsolatok gyengülése miatt, kiemelt helyre kerülhetnek a baráti kapcsolatok. (F. Lassú, 2004)

A barátságok legfontosabb közös pontja az olyan együtt végzett cselekvés örömteli jellege, mint például a beszélgetés, együtt evés és ivás, a szórakozás, sport vagy közös munka (önkéntes vagy hivatásszerű). A nők minden életkorban több időt töltenek együtt beszélgetéssel, mint a férfiak (Argyle, 1991), és minden életkorban jellemző, hogy a beszélgetések középpontjában az egyén személyes ambíciói, problémái, vágyai állnak. Magyarországon a legtöbb felnőtt korú nő házasságban él (vagy élt), és egy vagy több gyermeket nevel, így legtöbbször

partnerükről és gyerekeikről beszélgetnek egymással. (Gouldner, Strong, 1987) A hagyományos nézet szerint a háztartás és gyereknevelés, illetve általában az érzelmek azok a témák, amelyeket a nők egymás között kell, hogy megbeszéljenek, mert a férfiakkal ezt nem lehet. (Oliker, 1989) A nők gyakran először a barátnőhöz, és nem rögtön a partnerhez fordulnak tanácsért, meghallgatásért, még a kapcsolati nehézségek esetében sem. (F. Lassú, 2004)

A magyar társadalom kapcsolatrendszerére a rendszerváltás előtti kutatások szerint a tradicionalizmus, vagyis a családi, illetve rokon kapcsalatok dominanciája volt a jellemző. Az 1986-os és 1993-as ISSP vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy csökkent az emocionális jellegű baráti kapcsalatok aránya, (Utasi, 1996), viszont sokkal dominánsabb a barátságok instrumentális és kevésbé intim jellege. Utasi kutatásában a barátság olyan közös értékeken és kölcsönös érdekeken alapuló kötelék, amely az erős emocionális kapcsalat hatására esetenként önzetlenséget, altruista megnyilvánulásokat is kiválthat. A bizalmas baráti kapcsalatok alakulását az életfeltételek meghatározó mértékben befolyásolják. Ott alakul ki és marad fenn könnyebben ez a kötelék, ahol az erőforrások cserélésével működhet a szolidaritás, ahol kölcsönös érdekek (is) erősíthetik a kapcsalat életképességét. (Utasi, 2002)

1993-ban és 1997-ben az emberek barátainak számának az alakulását vizsgálta a TÁRKI Magyar Háztartás Panel vizsgálata. Eredményük szerint ebben az időszakban az emberek körüli interperszonális tér összehúzódott, és erősebben a családtagok köré koncentrált. A legbizalmasabb kapcsalathálózatokban a barátok számának csökkenése, illetve a baráttal egyáltalán nem rendelkezők arányának növekedése volt a jellemző tendencia. Az emberek döntő többsége rokonaival, azon belül is a legszűkebb családtagjaival (házas-illetve élettársával, szülőjével, gyermekével vagy testvéreivel) beszél meg a legfontosabb dolgait. A barátoknak ebben a tekintetben sokkal kisebb a szerepe, a szomszédoké, munkatársaké pedig szinte elenyésző. Vizsgálatukban körvonalazódott egy olyan réteg is, akik senkivel sem beszéltek fontos dolgokról; az idősek, az iskolázatlanok, az elváltak és az özvegyek. Azok, akik elvesztették a barátaikat, nagyobb arányban a nők, az inaktívok, a kis létszámú háztartásban élők, a nyolc

általánosnál alacsonyabb végzettségűek, a vidékiek, az alsó két jövedelmi ötdöbe tartozók, az 56 év feletti, és a községekben lakók közül kerültek ki. (Albert – Dávid, 2003)

A társadalomban egyenlő partnerek között zajlik a segítségadás: ezért a barátok mindig benne vannak a társadalmi támogatást nyújtó személyes kapcsolathálóban. A barátok által nyújtott társadalmi támogatás más típusú, mint a rokonok által nyújtott, mivelhogy a szerepük is más az egyén kapcsolathálójában. Bár a barátok kevesebb társadalmi támogatást nyújtanak, mint a szülők vagy felnőtt gyerekek, ugyanakkora a valószínűsége annak, hogy baráttól kapunk segítséget, mint testvértől, és magasabb a valószínűsége annak, hogy baráttól kapunk segítséget, mint a tágabb rokonságtól. A barátok is sokkal inkább nyújtanak társaságot, mint a szülők, a felnőtt gyerekek vagy a testvérek. Ugyanakkor az aktív és intim kapcsolatban álló barátok fontos forrásai az emocionális, és instrumentális segítségnek is. A társadalmi támogatás szempontjából a barátok esete egy kicsit problematikusabb, mint a rokonoké, mert a barátok kevésbé sűrű kapcsolathálót képeznek. (Szabó, 2003) Önkéntes alapon létrejövő kapcsolatokról van szó, vagyis ezeket a kapcsolatokat meg kell tartani, és a kapott segítséget viszonzni is kell (Wellman, 1992). Ha ez nem történik meg, felbomlik a barátság, ezért inkább barátoktól nagyon kevés segítséget kérnek az emberek. (Wellman és Wortley, 1990; Wellman, 1992)

A férfiak és nők közötti különbség

A 2000. évi TÁRKI Háztartás Monitor vizsgálat alapján a barátok számának a jelentős csökkenése, és a barátokat nélkülözők arányának emelkedő tendenciája megállt. (Albert – Dávid, 2000) A férfiaknak bizonyítottan több barátjuk van, mint a nőknek, és több nőnek nincs egyáltalán barátja, mint férfinak. A barátok száma az életkor növekedésével csökken, - minél fiatalabb valaki, annál több a barátja - a magasabb iskolai végzettséggel, és a jövedelemmel viszont emelkedik. A férfiak körében megnőtt azok aránya, akik nem tudtak egyetlen olyan barátot sem említeni, akivel gondokról, problémákról beszélnek, sokuknak csak olyan barátai vannak, akikre érzelmi támaszként, vagy problémás élethelyzetekben

kevésbé számíthatnak. A férfiak barátságáról elmondható, hogy inkább közös tevékenységeken, hasonló érdeklődési körön alapulnak. A nők inkább közeli, bizalmas kapcsolataikat nevezik barátságnak, vagyis a női barátságokat a személyes osztozás, és magas érzelmi befektetés jellemzi. Amennyiben csak a bizalmas barát létét vagy hiányát vizsgáljuk, a nők nincsenek hátrányosabb helyzetben, mint a férfiak. A két nem barátsága közötti különbség a kapcsolatok számában is fellelhető. Gondjaikat, problémáikat az emberek átlag két barátjukkal tudják megbeszélni, a férfiak 2,3, a nők 1,6 baráttal. Mindkét nem körében ugyanakkora (35 százalék) a barátot megnevezni nem tudók aránya. A bizalmas kapcsolatok inkább a nőkre jellemzőek, mint a férfiakra, így ők rendelkeznek nagyobb arányban, és méretben bizalmas kapcsolathálózattal. Bizalmas dolgaikat a házas, középkorú férfiak többnyire partnerükkel osztják meg, míg a nők férjük, partnerük mellett más családtagjukkal (anya, lánytestvér, gyermek) is szoros, bizalmas kapcsolatot tartanak fenn. A nem-rokoni kapcsolatok esetében nincs meg ez a különbség, a nők inkább barátnőikhez, míg a férfiak inkább barátaikhoz fordulnak a bizalmas kérdéseikkel. (Albert – Dávid, 2003)

A nők kapcsolathálózata jellemzően kapcsolatszegény (1-4 személyből áll), a férfiaké inkább közepes, illetve kapcsolatgazdag (5-nél több barát). A nők iskolai végzettségének növekedésével kapcsolathálózatuk gazdagodik, kezd közelíteni a férfiakéhoz. Nagyobb eséllyel nincs bizalmas barátja az alacsony iskolázottságúaknak, az időseknek, a községekben lakóknak, az alacsony jövedelmű háztartások tagjainak, és azoknak, akik házasok, illetve házasok voltak. (Albert – Dávid, 2003)

A nők kapcsolathálózatának nagyobb hányadát alkotják rokoni kapcsolatok egy jellemzően tradicionális társadalomban. A strukturalista megközelítés szerint, ha a nők és férfiak egy társadalomban elfoglalt helye közelít egymáshoz, a köztük lévő különbségek a barátság tekintetében is kiegyenlítődnek.

Elgondolkodtató, hogy bár a nőknek kevesebb barátjuk van, és nagyobb arányban vannak köztük olyanok, akiknek egyáltalán nincs barátjuk, mégis ugyanolyan mértékben kapnak segítséget mind rokoni, mind nem rokoni kapcsolataiktól, mint

a férfiak. Vagyis bár a férfiaknak látszólag több barátjuk van, a nőknek pedig kevesebb, (és egyéb személyes kapcsolata is) mégis ugyanakkora segítséget képesek nyújtani számukra. Az adatfelvételek arra utalnak, hogy a barátok száma alapján a férfiak előnyösebb helyzetben vannak, ám érzelmi, támogató, intim kapcsolatokkal a nők legalább olyan arányban rendelkeznek, és a kapcsolati erőforrások hozzáféréseinek tekintetében sincsenek a férfiakénál rosszabb helyzetben. (Albert – Dávid, 2003)

A nők barátválasztására jellemző, hogy a szintén párkapcsolatban élő, gyermeket nevelő nőkkel barátkoznak, aminek gyakorlati oldala mellett személyiségdinamikai okai is vannak. A hasonló életet élő nők időbeosztása is hasonlít, egymás segítségére lehetnek a feladataikban, például felváltva vigyázhatnak egymás gyerekeire. Azonos tapasztalatokból származnak a beszélgetéseik témája, ami nem csak hasznos információk cseréjére szolgál, hanem erősíti az önértékelést, a kialakított világgépet, vagy akár a választott életformát. A nők barátságára a magánélet tisztelete, és a család elsőbbségének elfogadása jellemző. Az egyedülálló, és/vagy gyermektelen nők, szintén egymás társaságát keresik, akiknél pedig a hivatás áll a középpontban, nehezen találnak közös témát háziasszony ismerőseikkel. A házasságban élő nők kevésbé érzik úgy, hogy szabadon rendelkeznek idejükkel és a család anyagi forrásaival, ami egyértelműen gátolja őket abban, hogy régi barátságaikat ápolják, vagy újakat alakítsanak ki. (Oliker, 1989)

A hagyományos családi szerepmegosztás szerint a nők többsége még mindig alacsonyabban iskolázott, és rosszabbul megfizetett, mint a férje. Ez kiszolgáltatottá teszi a nőket, akik saját, és gyermekeik biztonságát szem előtt tartva, a végsőkig törekszenek házasságuk fenntartására, egyéb választási lehetőséget nem látva. A barátnők ebben a törekvésben segítenek egymásnak, amikor azonban a helyzet tarthatatlanná válik, akkor bár a nők általában nem biztatják egymást a válásra, ha mégis megtörténik, támogatják egymást a válás után. (F. Lassú, 2004)

Szomszédi és munkatársi kapcsolatok

A 2000. évi Háztartás Monitor vizsgálatban a megkérdezettek olyan barátokat említettek leggyakrabban, akik munkatársaik is egyben. Az ilyen, a munkahelyről származó baráti kapcsolat inkább a férfiakra, a városban, és Budapesten élőkre jellemző. Az iskolatársakat említették a második leggyakoribb barátként. A kutatás eredménye alapján elmondható, hogy ezek a kapcsolatok nagyjából 35 éves korig, vagyis az esetleg családalapításig maradnak fenn, utána kikopnak a kapcsolathálózatból. A vizsgálatban a szomszédságból származó barátok a férfiak és a nők kapcsolataiban hasonló arányban fordulnak elő. Szomszédból lett barátok leginkább az idősek, a községben élők, az alacsony iskolai végzettségűek kapcsolataiban található meg magasabb arányban. (Albert – Dávid, 2003)

A szomszédi kapcsolatok kevésbé önkéntes alapúak, a legtöbb ilyen kapcsolat gyenge kötésnek számít, vagyis nem aktív, és nem intim, viszont a fizikai közelség miatt gyakori, és sűrű kapcsolathálót alkotnak. A benne élők tudnak egymás problémáiról, és könnyen tudnak segítséget nyújtani egymásnak. A szomszédok leginkább társaságot biztosítanak (companionship) és kis szolgáltatásokkal segítenek (small services), ám a társadalmi támogatás egy speciális formáját is képesek nyújtani, az egy adott helyhez tartozás érzését (sense of belonging). (Wellman, 1992, idézi Szabó, 2003)

II.2.2. Társadalmi támogatás kettős természete

A társadalmi kapcsolatháló elemzéstől eltérően – ami mind a pozitív, mind a negatív oldalát vizsgálja a társadalmi kapcsolatoknak – a társadalmi támogatás kutatásai inkább a támogatás pozitív hatásaira fókuszálnak. Heaney és Israel (2002) szerint a társadalmi támogatás mindig tudatosan tervezetten az adakozó akaratától függ, olyannyira, hogy mindig segítőkész szándékot takar, még ha a rászoruló nem is érzi annak.

A megfelelő támogatás eléréséhez erőfeszítéseket kell tenni a kapcsolathálóban levő ténylegesen segítséget nyújtó embereknek, ugyanis nincs semmi biztosíték arra, hogy a szükséges, és megfelelő támogatást kapják a rászoruló a kapcsolataiktól. A kapcsolatok többsége – de közel sem mindegyik – támogatónak tűnhet, ám az előbb leírtak miatt egyáltalán nem biztos, hogy valóban azok, a gyenge kötésű kapcsolatok például bizonyítottan kevésbé támogatók. (Wellman, 2002)

A rokoni kapcsolatoktól elméletileg több támogatás várható. Ennek egyik oka a társadalom normái által az erős kötésű többnyire rokoni kapcsolatoktól elvárt, szinte kötelező támogatás, ami valóban ösztönzőleg hat az adott támogatás mértékére. Ezek az idealizált normák a család jólétének növelésére, a terhek megosztására serkentik a rokonságot, vagyis arra, hogy hosszú távú privilegizált és reciprok segítséget nyújtsanak a rászorulóknak.

A nagy arányú rokoni kapcsolatokkal bíró hálózatok többnyire erős kötésűek is. Számos szociológiai elmélet támasztja alá azt állítást, hogy az erős kötésű hálózatok erős normarendszerrel, jobb kommunikációval, kontrollal, és védelemmel rendelkeznek. (Durkheim, 2000; Fischer, 1982) Ennél fogva az erős kötéssel rendelkező hálózatoknak nagyobb mértékű és arányú támogatást kellene nyújtania. (Thoits, 1982, idézi Wellman, 2002) Wellman és munkatársai kutatásukban (2002) azt találták, hogy nem minden rokoni kapcsolat egyaránt támogató. A közvetlen rokoni kapcsolatok (szülők, felnőtt gyermekek, testvérek) adják a támogatás nagy részét, míg más rokoni kapcsolatok (nagybácsi/néni, unokatestvér, nagyszülő) kevesebb támogatást nyújtanak, mint a baráti, szomszédi vagy akár a munkatársi kapcsolatok. Ebből következik, az a feltevés, hogy a közvetlen rokoni kapcsolatok – azaz nem akármelyik kapcsolat - hálózatokon belüli aránya és sűrűsége a kulcs a támogatás mértékének kérdésében.

A következő alternatív hipotézis is vizsgálatra került Wellman kutatásában (2002). A norma diktálta nyomás olyan erős a rokoni kötelek fenntartásával kapcsolatban a baráttal szemben, hogy akkor is meg akarják őrizni, ha nem támogatóak, sőt kifejezetten bosszantóak vagy kellemetlenek, és társaságot sem

nyújtanak. (Stokowski, Lee, 1991, idézi Wellman, 2002) A nők kapcsolathálóiban a magas arányú rokoni kapcsolatok megléte bizonyítottan nagyobb stresszt okoz az életükben. (Haines, Hurlbert, 1992, idézi Wellman, 2002) Több kutatás is arra az eredményre jutott, hogy a sűrű rokoni kötésű kapcsolatháló akár ún. „belterjességhez” is vezethet (Bienenstock és munkatársai, 1990; Burt, 1992, idézi Wellman, 2002), mivel az információ gyorsabban terjed a sűrű kapcsolathálóban, így ezek a hálózatok alkalmassá válnak arra, hogy a külvilágból érkező információkat kirekesszék, akár politikáról, akár egészségről legyen szó. (Pescosolido, 1991, idézi Wellman, 2002) Ez az ellentmondásos folyamat azt eredményezi, hogy a kevésbé sűrű és alacsony rokoni kötésű kapcsolatokkal rendelkező hálózat nagyobb számú és arányú támogatást tud nyújtani a tagjai számára, például az elérhető támogatások sokfélesége miatt.

Ezek a társadalmi kapcsolathálózatok nem csak támogató hálózatokként jelennek meg. A kapcsolatok egy érezhetően elkülönülő része stresszt vagy más szociális problémát okozhatnak. Ezek a problémák a kötések stresszhordozó jellegéből fakadnak, amit a kötések akaratlanul is magukban hordoznak, mint például a rokonsággal közösen végzett munka; az eltérő társadalmi státuszból adódó különbségek (életstílus, életmód és a szocioökonómiai státusz); valamint az egyéni kudarcok, bántalmak, megfosztottságok és a cselekvésképtelenség. A problémás kapcsolatok mindössze egynegyede hozható összefüggésbe tisztán pszichológiai tünetekkel (pl. idegösszeroppanás), melynek okaival gyakran maguk az érintettek sincsenek tisztában.

Amerikai társadalomtudósok az érzelmi támogatás stresszre és egészségi állapotra gyakorolt hatását vizsgálták. Elsősorban azt keresték, hogy a különböző típusú kapcsolatok milyen különböző típusú támogatásokat biztosítanak, **de röviden kitértek arra is a kutatásukban, hogy a kapcsolatok által nyújtott támogatás a személyes problémák forrása is lehet.** A személyes kapcsolatháló összetételét, struktúráját és a kötések típusát (baráti, rokoni, szomszéd, munkatárs és ismerős) vizsgálták.

Russell és munkatársai (1992) elméleti megközelítésében a támogatás funkcióját és megjelenési formáit vizsgálta a speciális típusú stresszorokkal való megbirkózással kapcsolatban. Kutatásukban Robert Weiss szociális szolgáltatás (social provision) modelljére hivatkoznak, ami a társadalmi támogatás általánosan elfogadott fogalmi dimenzióit foglalja magában. E szerint a szociális szolgáltatásnak két típusa létezik: a támogatás-célú, és a nem-támogatás-célú ellátás. Az első típusba tartozik a tanácsadás, ami tanács-, illetve információadásra vonatkozik, és a biztos támasz, amire kézzelfogható segítségnél számítani lehet. Nem-támogatás-célú az önbecsülés érzésének támogatása, a segítség-nyújtás másoknak, az erős érzelmi kötelék kialakítása legalább egy személlyel, illetve olyan emberekkel, akik egyetértenek az egyén véleményével. Ahhoz, hogy ezt a hat társadalmi támogatást mérhetővé tegye, Russell megalkotott egy úgynevezett szociális szolgáltatás skálát, hogy megértse, milyen típusú személyes kapcsolatok növelik vagy táplálják a jóllétet (well-being) a stresszel szemben. Booth és munkatársai (1992) szerint az alkoholizmussal elsősorban magának az alkoholbetegnek kell megbirkóznia, azonban a másoktól érkező különböző típusú támogatások növelhetik ennek a hatásfokát. Kutatásuk igazolta, hogy azok a betegek, akik társadalmi kapcsolataikon keresztül a hat féle támogatás valamelyikében (különösen az önbecsülés érzésének támogatásában) részesülnek, nagyobb eséllyel épülnek fel a kezelést követően. Ehhez a család, a barátok, és a kezelőszemélyzet által nyújtott társadalmi támogatást vizsgálta az alkoholbeteg felépülésével kapcsolatban.

Az elemzések azt mutatták, hogy a szociális támogatások inkább a családtagoktól és barátoktól érkeznek, mint a kezelési környezetben található személyektől. Összehasonlításokat végeztek az alkoholproblémával kezelt (40 fő), és a nem-alkoholproblémával kezelt (21 fő) betegek között, a család és barátok által kapott támogatásokkal kapcsolatban. Ahogyan azt feltételezni lehetett, az alkoholista betegek kisebb mértékű átfogó támogatásban részesültek a normatív esetekhez képest, és jelentősen kevesebb támogatást kaptak mind a hat féle vizsgált támogatás típusból. Azokat a pácienseket, akik nagyobb mértékű támogatást kaptak a családtagoktól és barátoktól, kisebb valószínűséggel kellett újra kezelni

(20%), mint azokat, akik csak mérsékelt (25%), vagy nagyon kevés támogatást kaptak (61%).

A tanulmány eredménye azt mutatja, hogy előjelezhető a visszaesési mutató a régebbi alkoholisták, a korábban kórházban kezelték, és a család, illetve a barátok által támogatottak között. A kezelési környezetén kívül kimutathatóan megnövekedett az alkoholbeteg önértékelése, így képessé vált legyőzni az alkoholproblémáját. A másoktól kapott bátorítás, és támogatás növelésével, növekedhet az alkoholbeteg esélye a teljes felgyógyulásra. Az alkoholisták az önbecsülés hiánytól is szenvednek. Azok a támogatások, melyek növelik az önbecsülést, önértéket, meg tudnak célozni egy specifikus hiányt az alkoholista önértékében, növelve ezáltal a gyógyulás esélyét.

Ezek az eredmények fontos részét képezik a kezelési programnak, és hatnak a kezelés kimenetelére, mind a kezelés alatt, mind pedig az utókezelésben. Különösképpen a gyógyuló alkoholistánál fontosak a társadalmi támogatás forrásai (család és barátok), és formái (pl. a bátorítás fontossága és értéke). Ahhoz, hogy ezeket, az eredményeket az életben is használni lehessen, fejleszteni kell az egyén kezelési programon kívüli támogatási hálóját. Meg kell tanítani, hogyan fejlesszen ki egy támogató környezetet, a háló tagjait pedig arra, hogyan nyújtsanak speciális támogatást, például bátorítást, elismerést. A jövőbeni tanulmányokban hasznos lenne olyan tényezőket is figyelembe venni, mint a család, a barátok, a kezelőszemélyzet, és a különböző elérhető támogatások közötti összefüggések, különösen a beteg állapotának rosszabbodásával kapcsolatban, illetve a társadalomba, a családba való beilleszkedés problémáival kapcsolatban.

Walton és munkatársai (2001) kutatásukat olyan alkoholkezelő intézményekben végezték, mint a kezelőközpontok, ahonnan a visszatérő alkoholista betegeket válogatták ki; kórházi, és járó beteg központok; valamint a Department of Veterans Affairs Medical Center (Alkoholistákat Kezelő Központ) járó beteg

ellátó programja. A kérdőíveket 331 (192 férfi és 139 nő), 18-81 korú résztvevő töltötte ki. Az átlag életkor 40,5 év. A legtöbb résztvevő nem volt házas.²

Az alkoholbetegség kezelésében ezekben az intézetekben magas a visszaesés aránya. Ezért megelőző programok kialakításával próbálták a visszaesések számát leszorítani. Ezek a programok általában csoportterápiából állnak, ahol segítenek kezelni a veszélyes szituációkat, magabiztosságot fejlesztenek. Vizsgálatuk alapján elmondható, hogy rosszabb kezelési eredmény mutatható ki azoknál a férfiaknál és nőknél, akik nem részesültek társadalmi támogatásban. A nők kevesebb társadalmi támogatásban részesültek, azon belül is kevesebb baráti támogatást kaptak, mint a férfiak. A nőknek bizonyítottan nagyobb szükségük van a társadalmi támogatásra, mert mélyebb pszichológiai problémákkal, kisebb önbizalommal és nagyobb mértékű depresszióval kezdik a kezelést, (gondoljunk csak az alkoholbeteg nők pszichológiai és szexuális kórtörténetére).

Az adatok kimutatták, hogy a házasság a kezelés után levő férfiaknál védő faktor, vagyis a nős férfiaknak jobbak az eredményeik, mint a nem nőseknek. A nőknél a házasság hatása a kezelésre már sokkal komplexebb. Egyik fontos ok, amiért a házasság nem lehet védelmező tényező egy nő számára az, ha a házastárs is alkohol vagy drog problémával küzd. A női alkoholistáknál nagyobb számban fordul elő, hogy a házasságban felmerülő problémák miatt isznak. Ezek az eredmények azt bizonyítják, hogy a nőknél a visszaesés megelőzéséhez szükséges kezelésben jobban figyelembe kell venni a társadalmi támogatást. A józanodó alkoholista férfinak olyan új szociális hálót kell kialakítania, ami nem az alkohol és droghasználatra koncentrál. Ezzel szemben mivel a nők bizonyítottan inkább egyedül isznak, újfajta szociális elfoglaltságokban kell részt venniük, hogy megelőzzék az egyedüllétet.

Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a férfiaknak nagyobb szükségük van a visszaesést megelőző programokra, amelyek segítenek megbirkózni a negatív társadalmi tényezőkkel, illetve a környezettől elszenvedett feszültséggel. Ezek a

2 27,4% sosem volt házas, 1,5% özvegy, 41,5% külön élő vagy elvált. Mindössze 28,6% házas.

programok azonban kevésbé felelnek meg a nőknek. A kutatások azt bizonyítják, hogy a problémákkal való megbirkózás képességét fejlesztő programok, amelyek magukban foglalják a visszaesés kezelését, kifejezetten férfiak számára aktuálisak, a nők pedig inkább az egyéni terápiát részesítik előnyben.

III. Empirikus vizsgálat

Ahhoz, hogy a társadalmi támogatás Anonim Alkoholisták felépülésére és visszaesésére gyakorolt hatását elemezzem, az alábbi szempontok alapján vizsgálom a hipotéziseimet:

- támogató kapcsolatra vonatkozóan:
 - o típusa (reláció a kérdezett és a megnevezett között)
 - o időtartama
 - o mennyisége
 - o gyakorisága
 - o szorossága
 - o minősége (megromlott, konfliktusos)
 - o jellege: Fischer-szituáció, multifunkcionalitás, erős/gyenge kötés
- ellendrukkerekre vonatkozóan: viszonya a kérdezettel
- alkoholizmusra vonatkozóan: időtartam, józanság ideje, visszaesések

A kutatás szempontjából a következő kapcsolattípusok vizsgálata indokolt:

- Rokoni kapcsolatok:
 - o közeli rokon (szülő, testvér, gyerek)
 - o párkapcsolat (házastárs, partner)
 - o távoli rokon (családtag, unokatestvér, keresztszülő, gyerek házastársa, testvér házastársa, házastárs szülője)
- Baráti kapcsolatok:
 - o ismerősök (munkatárs, ismerős, szomszéd)
 - o barátok
 - o AA tagok.

Kiegészített Fischer szituációk:

- Emocionális dimenzió
 - o Támogatja a leszokásban
 - o Szereti, tiszteli

- Instrumentális dimenzió
 - o Kölcson
 - o Ház körüli segítség
 - o Betegség esetén segítség
- Szociális dimenzió
 - o Társaság
 - o Beszélgetés
 - o Tanács

III.1. A kutatás szempontjai

Fontos várható eredménye a kutatásnak az a vizsgálat, amely a támogatás típusa és a kapcsolat erőssége közötti összefüggéseket keresi, illetve ennek kifejezetten a visszaesésre gyakorolt hatását. A Social Resource teória (Lin, 1982) szerint a kapcsolat erőssége határozza meg, hogy milyen típusú segítséghez lehet hozzáférni egy adott kapcsolaton keresztül: instrumentális segítség a gyenge kötésektől várható, emocionális segítség pedig az erős kötésektől.

Erős kapcsolat a wellmani jellemzőket alapul véve:

- az intim és specializált, önkéntesen létrejött kapcsolat, amelyben a felek vágnak egymás társaságára; (intimitás)
- a hosszú ideig tartó gyakori kapcsolat multiplex társadalmi környezetben; (multiplexitás)
- a kölcsönös kapcsolat, amelyben ismerjük a partner igényeit, kielégítjük azokat, és támaszt nyújtunk neki.(voluntarizmus)

Más elméletek szerint nagyobb társadalmi támogatást jelenthetnek a sűrű kapcsolathálókból megtalálható erősebb kapcsolódások (connectivity), melyek nagyobb belső kommunikációt és koordinációt eredményeznek. (Wellman, 1992)

Kutatásom célja megvizsgálni a kapcsolathálózati jellemzők és a társadalmi támogatás közötti összefüggéseket az alkoholbetegek visszaesésével

kapcsolatban, olyan vizsgálattal, amely kutatja a kapcsolatháló támogatásának hatását, valamint a visszaeséssel kapcsolatos erős és gyenge kötések dominanciáját. Az előzőekben leírtakból látható, hogy a személyes kapcsolatháló szerepe kiemelkedően fontos a kezelésnél, így kutatásom is erre a területre koncentrálódik, különös tekintettel az utógondozásra, amely egyértelműen alulkutatott témának számít Magyarországon.

Elsődleges feltevésem, hogy a társadalmi támogatás homogenitása fontos tényező az alkoholbetegek felépülésében, vagyis a felépülő alkoholisták hatékonyabb támogatást jelentenek a beteg számára, mint a család vagy a rokonok. Az Anonim Alkoholista csoportok szerepe kiemelkedő a vizsgált problémával kapcsolatban. A szerepek megváltozása miatt kifejezetten gátló hatása van a felépülésre a családnak. Az alkoholista családja a beteg megbízhatatlansága és mulasztásai miatt kénytelen átvenni a szerepfeladatainak egy részét is, melyekről nehezen mondanak le, valóban akadályozva ezzel a teljes absztinenciát. A visszaesés esélyét egyértelműen tovább növeli a család részéről az a bizalmatlanság, mellyel a felépülőt körülveszik, az állandó gyanúsítgatás és a túlzott figyelem pedig szintén rombolja a viszonyt a felépülővel.

A kapcsolat jellegében a szűkebb családon belül nem várható jelentős változás a kezelést követően, hiszen a család már a gondozóba való bekerülés előtt is tisztában volt a beteg alkoholproblémájával. Ezért a kezelés után könnyebb visszailleszkednie a családba, azonban mivel a család már elfogadta és „megtanulta” az alkoholizmusát, jóval könnyebb visszaesnie is.

Számos eddigi kapcsolatháló kutatás bizonyította, hogy emocionális segítség elsősorban az erős kötésektől várható. A fent leírtakból azonban az következik, hogy létezik egy másodlagos hatása az erős kötésű személyes kapcsolatoknak az alkoholbetegek felépülésben, mégpedig egy visszahúzó hatása, vagyis kettős szerepe van az erős kötéseknek az alkoholbeteg „karrierjében” - a kezelés megkezdésében elengedhetetlen fontosságúak, ugyanakkor a visszaesés valószínűségét egyértelműen növelik. Feltevésem továbbá, hogy a gyenge kötésekkel kapcsolatban is megfigyelhető ez a kettős hatás; a kezelés alatt, illetve

után létesített gyenge kötésű személyes kapcsolatok egyértelműen támogatók és pozitívan hatnak a felépülésre, míg a kezelés előtt is meglévő gyenge kötések („ívócimborák”) visszahúzzák a betegségbe a felépülő alkoholistát, növelve ezzel a többszörösen vagy végleg visszaesők számát.

A felépülő alkoholisták számára a társadalmi támogatás négy alaptípusából kutatások által bizonyítottan az érzelmi támogatás a legfontosabb. Az instrumentális támogatást addig is megszerezték, amíg aktívan fogyasztottak alkoholt, ezért a felépülés szempontjából ez a típusú támogatás nem nagy jelentőséggel bír. Az információs támogatás önmagában is megérne egy kutatást, érdekes lenne nyomon követni, hogyan jut el egy hatékony kezelésforma, vagy kezelő intézet híre a rászorulóhoz. A szakirodalmak azonban alátámasztják azt a tényt, hogy ez a típusú támogatás sem a legjelentősebb a felépülés szempontjából, mivel a beteg már a kezelés alatt hozzájutott a felépüléséhez szükséges, illetve a problémájával kapcsolatos minden információhoz. A támogatás negyedik típusa a méltányoló támogatás szintén a kezelés előtt fontos, hiszen az alkoholizmus legfontosabb ismérve a tagadás, ahhoz pedig, hogy egy rászoruló igénybe vegye a kezelést, elengedhetetlenül szükséges, hogy a környezetében valaki ráébredje a problémájára.

III.2. Hipotézisek

Alapvetően két markáns hipotézist lehet a kutatásomban végigkövetni, arra az elméleti tézisre reagálva, miszerint ha nő az egyén társadalmi tőkéje, várhatóan nő a felépülés esélye. A megfigyeléseim, valamint a bemutatott szakirodalmak alátámasztása alapján úgy vélem, hogy ha nő a kapcsolatháló által nyújtott társadalmi támogatás aránya, mégsem egyértelműen csökken vele a visszaesés mértéke. Nem szabad egyből feltételeznünk, hogy mindenképpen pozitív a kapcsolatháló támogatása, inkább azt láthatjuk, hogy kettős hatása van a felépülésre: egyrészt a kezelés megkezdésében elengedhetetlen fontosságú, ugyanakkor a visszaesés valószínűségét növelő, másrészt a józanodás alatt, illetve után létesített kapcsolatok egyértelműen támogatók és pozitív hatásúak, a

józanodás előtt kialakult kapcsolatok azonban visszahúzzák a betegségbe a felépülő alkoholistát.

Hipotézisek kibontása

1. Ha a józanodás előtt már meglévő erős kötésű személyes kapcsolat nyújtja a támogatást, akkor hozzájárul a visszaeséshez,
2. Ha a józanodás alatt/után kialakult erős kötésű személyes kapcsolat nyújtja a támogatást, akkor a józanságot segíti,
3. Ha a józanodás előtt már meglévő gyenge kötésű személyes kapcsolat nyújtja a támogatást, akkor hozzájárul a visszaeséshez,
4. Ha a józanodás alatt/után kialakult gyenge kötésű személyes kapcsolat nyújtja a támogatást, akkor a józanságot segíti.

Ezek mentén a fő hipotézisek mentén további alhipotéziseim:

- Minél idősebb a felépülő alkoholbeteg, annál fontosabbak a visszaesés megakadályozása szempontjából az új típusú (józanodás óta) támogató kapcsolatai,
- Ha férfi a felépülő alkoholbeteg, akkor inkább az újonnan kialakult támogató kapcsolatai dominálnak a visszaesés megakadályozásában,
- Ha nő, akkor pedig a régi támogató kapcsolatai dominálnak a visszaesés megakadályozásában,
- Ha közeli családtag ellendrukkerként viselkedik a felépüléssel és a józanodással kapcsolatban, akkor hozzájárul a visszaeséshez.

Nem országos reprezentatív felmérés készítése a célom, hanem egy általános kép kialakítása a felépülő alkoholbetegekről, illetve rajtuk keresztül a kapcsolatháló szerepéről, ami segítheti, de egyben gátolhatja is a visszaesést, és amiről hazánkban nem készült még felmérés.

A kutatás alanyai olyan épp felépülő, többszörösen visszaeső alkoholbetegek, akik részt vesznek az évente megrendezésre kerülő Országos Anonim Alkoholista

Találkozón. Hozzávetőleg 2-300 fő, akik pontosan megfelelnek a kutatás céljainak és szempontjainak.

III.3. Célcsoport vizsgálat

A célcsoport kutatás célja lehet egy megfelelő célcsoport meghatározása a teljes populáción vagy egy tágabb célcsoporton belül, illetve már egy ismert célcsoport feltérképezése.

A célcsoport szokásainak, igényeinek felmérésének előfeltétele a célcsoport pontos ismerete – ez származhat egy korábbi kutatás eredményeiből (előzetes célcsoport meghatározás) vagy máshonnan származó információból. A kutatás során arra keresik a választ, hogy milyen szokásokkal, attitűdökkel rendelkezik a célcsoport, illetve annak egyes szegmensei – továbbá milyen igények, elvárások, tervek fogalmazódnak meg bennük.

A kutatás eredményeként nem csak összességében lehet megismerni a célcsoport jellemzőit, szokásait, igényeit, hanem az egyes – különböző dimenziók mentén képzett – alszegmensekről is információt lehet kapni, amelyek szokásaikban, igényeikben, attitűdjükben különböznek egymástól, és így elérésük, ösztönzésük más eszközöket igényel.

A célcsoport vizsgálat során kvantitatív és kvalitatív módszerek egyaránt alkalmazhatóak. Amennyiben számszerű adatok nyerése vagy a célcsoporton belüli szegmentáció a cél, kvantitatív technikát, személyes, telefonos vagy online lekérdezést szoktak alkalmazni, amelynek alapját egy standard kérdőív adja. A minta méretét és kialakításának módját a célcsoport jellemzői, valamint a vizsgálat mélysége határozza meg.

A kutatások önkitöltős kérdőívek segítségével történnek, aminek egyik előnye, hogy a megkérdezett a neki leginkább megfelelő időpontban töltheti ki a kérdőívet, a másik pedig, hogy így kiküszöbölhető a kérdezői hiba. A

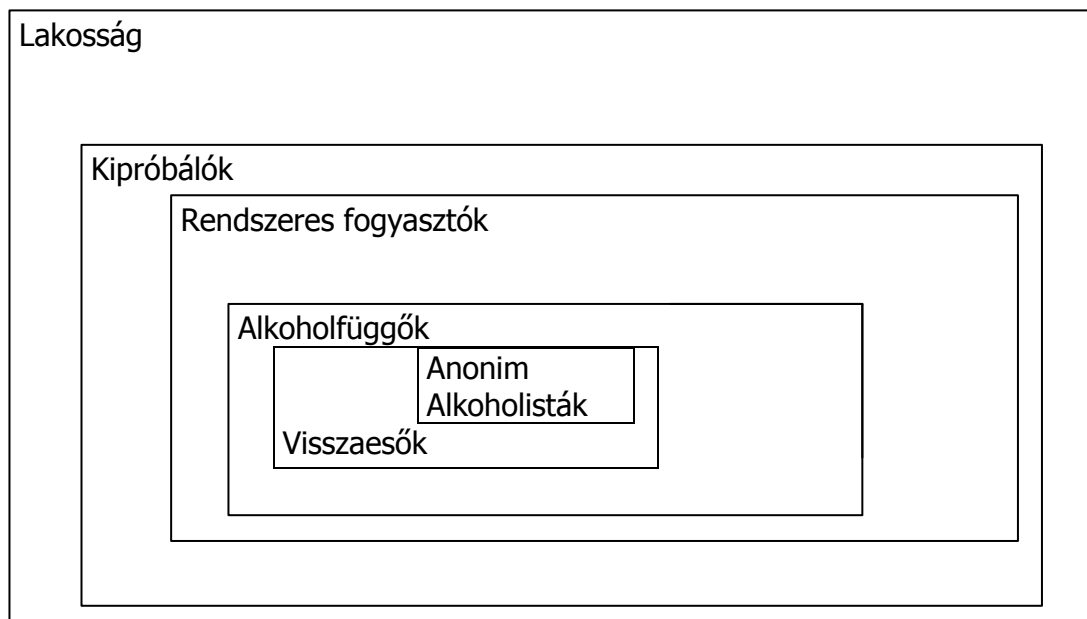
kérdőbiztosok hiánya, inkább előny, mint hátrány, hiszen az adatfelvétel során jobban megnyílnak a válaszadók, mivel nincs megfelelési kényszer, és senki sem befolyásolja – akár akaratán kívül is – a válaszadást, vagyis a valósághoz sokkal közelebb válaszokat kapunk. Ez az őszinteség intim, személyes témáknál még inkább megfigyelhető.

Az előnyök a nehezen elérhető célcsoportok vizsgálata során derülhetnek ki a leglátványosabban. Az adatfelvétel nem csak gyorsabb és költséghatékonyabb, hanem bizonyos esetekben az egyedüli megoldás lehet a kutatás sikeres lebonyolítására.

Vizsgált célcsoport

Az esetdefiníció lehetőségeit tekintve a lakosság egészén belül az alábbi alcsoportokat különíthetjük el:

4. Táblázat: A vizsgált célcsoport meghatározása



Az alkoholt kipróbálók csoportjába tartoznak azok a többségében fiatalok, akik már kipróbáltak/fogyasztottak egyszer vagy néhány alkalommal alkoholt. A rendszeres alkoholfogyasztók csoportját homogénnek tartják, holott a fogyasztás

gyakoriságát, a pszichológiai, fizikális, szociális következményeket, illetve a kialakult függőség mértékét tekintetbe véve egy sokszínű, összetett populációval találkozunk. (Pénzes, 2000) Azt tekintem alkohol problémával küzdő embernek (alkoholfüggőnek), akinek az alkoholtól vagy az alkohol miatt bármiféle testi betegsége van, és/vagy bármiféle lelki deformitást szenved, és/vagy egzisztenciális problémája van, és/vagy valamifajta családi problémája. Ezek bármelyike vagy bármelyik kombinációja. Ebben a megfogalmazásban nincs mennyiség, nincs minőség, és nincs időtartam. Miután tagadják, csak valószínűsíteni lehet, hogy körülbelül 800 ezer, és 1 millió közötti ilyen ember van jelenleg Magyarországon. (Kassai, 2007)

Visszaesésnek azt tartom, amikor az alkoholbeteg próbál felhagyni az ivással, valamennyi ideig sikerül, de újra inni kezd. Józnak pedig a teljesen absztinens csoportot tekintem.

Ez alapján a vizsgálatom célcsoportjába azok az alkohol problémával küzdő emberek tartoznak, akik több alkalommal visszaestek, és jelenleg józanok. Ennek a kritérium rendszernek leginkább az Anonim Alkoholisták felelnek meg.

III.3.1. Anonim Alkoholisták

Önsegítő csoportokba a tagok elsősorban önmaguk miatt lépnek be, céljuk a saját problémájuk leküzdése, azonban a csoportban való részvétel során másodlagosan a többi csoporttag számára is segítséget nyújtanak, követendő modellt szolgáltatnak. A tagok azzal segítenek a többieknek, hogy a saját problémájuk megoldásán dolgoznak. Az önsegítő csoportok hatékonysága abban rejlik, hogy az öngyógyítás egy csoportteljesítmény, melyhez minden tag a jelenlétével és a cselekedeteivel hozzájárul. A terapeuta-beteg kapcsolattól eltérően a két szerep nem válik el egymástól, mindenki egyszerre tölti be mindkettőt. A résztvevőknek ezáltal nem csak a problémáik kerülnek előtérbe, hanem a problémamegoldó képességük is. Felgyorsul a gyógyulás folyamata, nő a tagok önértékelése. (Moeller, 1989)

Az önsegítő csoportok hatékonyságának mérése fontos és bonyolult kérdés, egyrészt a csoportok sokfélesége miatt, másrészt a névtelen csoportok nem vezetnek listát a résztvevőkről, sok csoport nem engedélyezi és támogatja a felméréseket, valamint nem értenek egyet a külső, nem közvetlenül érintett megfigyelők által felállított kritériumrendszerrel sem. (Katz, 1989) A csoporton belüli hatékonyságot a meggyőzés folyamata eredményezi, melynek során a csoportba lépő új tag egy másféle eszmerendszert valló emberek csoportjába kerül. A gyűléseken történő tapasztalat megosztásával, a kölcsönös tanácsadással és a kifelé irányuló tevékenységekkel erősödik a csoporteszmékben való hit. Komoly problémák megoldására szerveződnek általában ezek az önsegítő csoportok. A tagok többnyire kilátástalan helyzetben vannak, ilyenkor nyitottabbak egy új eszmerendszer befogadására. Sikeres akkor lehet egy csoport, ha a probléma okai helyett a visszaesés megakadályozására fekteti a hangsúlyt. Az önsegítő csoport ideológiájának a visszaesés megakadályozására kell irányulnia. (Antze, 1989)

Az AA-t 1935-ben két amerikai alkoholbeteg (egy tőzsdeügynök és egy sebész) alapította. Az AA saját adatai szerint 1939-ben 100 tagja volt a csoportnak, ami 1941 végére elérte a 6000 főt. 1954-re már 5 kontinensen jelen voltak, 6000 csoporttal és hozzávetőleg 130 000 taggal. 1976-ban 1 millióra becsülték a tagok számát, 92 országban 28 000 csoport volt elérhető. 2000-ben 100 000 csoportra és 2 160 000 tagra nőtt ez a szám. (Baldauf, 2007)

2004-ben egy 7500 fős mintán végzett tagfelmérést az AA észak-amerikában. (www.aa.org)

5. Táblázat: AA tagok kor szerinti megoszlása É-Amerikában

Tagok életkora	%
21 év alatt	1,5
21-30	7,9
31-40	18,2
41-50	33,1
51-60	23,1
61-70	11,5
71 év felett	4,8

A tagok átlagéletkora 48 év.

6. Táblázat: AA tagok családi állapot szerinti megoszlása É-Amerikában

Családi állapot szerinti megoszlás	%
házas	38
egyedülálló	29
elvált	24
özvegy	4
különélő	5

7. Táblázat: AA tagok józan időszakának megoszlása É-Amerikában

Józan időszak	%
1 év alatt	26
1-5 év	24
5-10 év	14
több, mint 10 év	36

A tagok nemek szerinti megoszlása: nők 35%, férfiak 65%.

Az AA komoly, kidolgozott ideológiával rendelkező csoport, ahová beletartoznak a tanok a csoport létrejöttéről, az eszközök a közös probléma leküzdésére, a közös vélemény a professzionális terápiák hasznosságával, és a szükséges társadalmi változásokkal kapcsolatosan. (Katz, 1989)

Az AA ideológiájának legfontosabb pontja a betegségkonceptió, ami az alkoholizmust progresszív, nem gyógyítható betegségnek definiálja. A kontrollált ivást nem tartja lehetségesnek, vagyis cél a teljes absztinencia, aminek betartásával, és az AA-ban kialakított program segítségével (12 lépés) bárki teljes életet élhet józanon. Az AA programja spirituális alapokra épül, hit kell a teljes felépüléshez, ami egy egyéni felfogású felsőbb erőben jelenik meg – ez lehet akár az AA csoport erejébe vetett hit is.

A program magában foglalja az alkohollal szembeni tehetetlenség beismerését, a felsőbb erőben való hitet, teljes önvizsgálatot, az elkövetett hibák felismerését, bocsánatkérést és jóvátételt, valamint az AA üzenetének terjesztését – miszerint lehetséges a józan élet.

Fontos része az az őszinteség, amivel a felépülő szembenéz az érzéseivel, hibáival, múltjával és jelenével. Olyan felépülési programot ajánl, ami több

megoldást is kínál, így mindenki a magának leginkább megfelelő programot választhatja. A program lényege, hogy spirituális értékekkel segíti a felépülést. A program lépései (összesen 12 lépés) beismerni a tehetetlenséget a betegséggel szemben; elfogadni a segítséget; megosztani a többiekkel a saját hibáit; jóvátételt adni a múltért, akinek csak lehet; minden nap gyakorolni az addigi lépéseket; segíteni a többi AA tagot a józanság elérésében és megtartásában.

Módszerének lényege, hogy nem utasít vagy kritizál, hanem folyamatos azonosulási mintát ad. Folytonos megerősítés van jelen, ugyanis minden egyes józan évet közösen megünnepelnek, ezzel is erősítve az „együtt képesek vagyunk rá” érzést.

Előnye továbbá a névtelenség és a titoktartás, ami védelmet nyújt és - legfontosabb funkcióként – megszünteti a szégyen érzését, ami minden más kapcsolatukban benne van, még az orvos-beteg kapcsolatban is. Ez a szégyen belülről fakad, viszont az azonos helyzetben lévők kölcsönös kitarukozására megszűnik.

Hatékonyabbá tovább növeli, hogy az AA-ba tartozás határozott identitást jelent, ami a beteg közösséghez való tartozás igényét is kielégíti, miközben megőrzi a tagok teljes választási és döntési szabadságát, autonómiáját.

Az AA tagság számtalan rituálét hordoz, helyettesítve ezáltal az ivási rituálékat (felkészülés a gyűlésre, élettörténetek meghallgatása, megnyílás egymás előtt, megszabadulás a szégyentől, a gyűlés utáni eufórikus összetartozás érzés). Tovább segíti a felépülést a választott szponzorral (azonos nemű régebbi józan) való beszélgetés, aki bármikor (éjjel-nappal) rendelkezésre áll, csökkentve ezzel a visszaesés lehetőségét. A szponzor nem szakember ugyan, viszont sikeresen tartja józanságát, ezáltal szolgáltatva azonosulási mintát. A szponzorral a kölcsönös elfogadáson alapuló önzetlen kapcsolat, a gyűléseken pedig a csoportterápia hatótényezői működnek. A legfontosabb ilyen tényező azonban egyértelműen az AA-ban tapasztalható szeretetélmény, ami csak sorstársak között létezhet, különösen olyanok között, akik már álltak a halál kapujában. (Szikszay, 1999)

Magyarországon a rendszerváltást megelőzően az AA nem működhetett, mivel az önszerveződés, a spirituális program és a névtelenség nem volt összeegyeztethető az akkori politikai rendszer nézeteivel. Az 1960-as években a 2-3 hetes elvonókúrák utáni gyógyulási arány 10-16% volt, ezért szükség volt valamiféle utógondozásra. Ezt felismerve az első Alkoholelleses Klubokat szakemberek hozták létre, hogy védett környezetet biztosítsanak a kórházi kezeléskor kikerülteknek. A cél védett közösségek létrehozása volt, a közös alkoholmentes időtöltés lehetőségének a biztosítása, a magány, illetve a korábbi „kocsmaközösséghez” való visszatérés megakadályozása. Az 1980-as évektől elérhetővé váltak az AA kiadványai, fokozatosan kiszorítva ezzel az AE klubmozgalmat. 1988-ban Avar Pál addiktológus (aki több hónapot töltött Los Angelesben, ahol megismerkedett az AA-val) és egy Németországban élő magyar alkoholbeteg megalapították a magyar AA-t. Az 1990-es években több új gyűlés alakult és megszervezték az AA telefonügyeletét, 1993-ban pedig megnyitották az AA budapesti központját. (Baldauf, 2007)

Jelenleg 150 csoport elérhető, összesen 51 településen, amiből 40 Budapesten van bejelentve. Az AA tagok becslése alapján hozzávetőlegesen Budapesten 440, országosan 1700 a tagok száma.

III.4. Mérés

A 2007-ben Kecskeméten megrendezett Országos Anonim Alkoholista Találkozón összesen 332 alkoholfüggő regisztrált. A regisztráció során mindenki megkapta a kérdőívet, vagyis teljes körű volt a felmérés, ebből született 201 sikeres kérdőív. A kutatással való együttműködést segítette az AA alaptétele, amely az alkoholkutatásokban való részvételen és együttműködésen, valamint a teljes őszinteségen alapul.

Kérdőív

Kérdőívemben az egocentrikus hálózatok leírására a Fischer-módszer (Fischer 1982) adaptált változatát használtam fel, ami a személyes kapcsolatok funkcionális szempontból fontos típusait vizsgálja. A módszer eddigi magyar kutatásokban használt változata (Angelusz-Tardos 1991) nyolc életszerű szituáción keresztül ragadja meg az egyén kapcsolathálózatát, vagyis barátait, ismerőseit, szakmai és azonos érdeklődésen alapuló kapcsolatait. A megkérdezettek névgeneráló szituációban konkrét nevekkal, vagy a kapcsolatok funkciójának megnevezésével (például a barátom, a rokonom, a munkatársam), nevezik meg azokat, akikhez egy bizonyos helyzetben segítségért fordulnának. Számos kutatás bizonyította, hogy átlagosan 4-5 segítő személyt tudnak megnevezni az ilyen szituációkban a kérdezettek, így kérdőívemben minden szituációban maximum hat személyt lehetett megemlíteni. A következő kérdések a családra, rokonokra, munkahelyre vonatkoztak. Saját változatomban kimaradtak az említett személyek bizonyos jellemzőit (nem, kor, iskolai végzettség, állampolgárság), mivel nem játszanak fontos szerepet a kutatásom szempontjából. Az utóbbiakat más lényeges kérdésekkel helyettesítettem, amit kifejezetten az erre a célra készült Social Support Questionnaire (Norbeck, 1995), valamint a Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Farley, 1988) kérdőívek alapján állítottam össze. (lásd 1. Függelék)

A kutatásomban önkitöltős kérdőíveket alkalmaztam, aminek egyik előnye, hogy a megkérdezett a neki leginkább megfelelő időpontban töltheti ki a kérdőívet, a másik pedig, hogy kiküszöbölhető a kérdezői hiba. Legnagyobb előnye azonban az, hogy az adatfelvétel során jobban megnyílnak a válaszadók, mivel nincs megfelelési kényszer, és senki sem befolyásolja – akár akaratán kívül is – a válaszadást, vagyis a valósághoz sokkal közelebb válaszokat kapunk. Ez az őszinteség intim, személyes témáknál (mint az alkoholbetegség) még inkább megfigyelhető.

Kérdések

A szakirodalmak szerint ezek azok a névgeneráló kérdések, amik egy személy társadalmi támogatást nyújtó személyes kapcsolathálóját jól közelítik:

Ego:

szociáldemográfiai: Nem, kor, lakóhely

Hány évig ivott? Hány visszaesése volt az AA előtt, óta? Mióta józan?

Alter:

Sorold fel azokat a személyeket, akik segítenek vagy fontosak neked az életedben!

Mióta ismered a felsorolt személyeket?

Milyen gyakran tartod a kapcsolatot a felsorolt személyekkel (személyesen, telefonon vagy más módon)?

Fischer-féle névgeneráló kérdések

Mennyire támogat abban ez a személy, hogy ne igyál?

Mennyire szeret vagy tisztel ez a személy?

Ha szükséged van arra, hogy meglátogass valakit, elmenj vele sétálni vagy vacsorázni, akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személyre?

Ha hirtelen nagyobb pénzösszegre van szükséged kölcsönbe (kb. 50ezer Ft-ra), akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személyre?

Ha segítségre van szükséged (ház körüli munkához, gyerekfelügyeletre), akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személy segítségére?

Ha személyes problémád vagy gondod van és meg szeretnéd beszélni valakivel, akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személy segítségére?

Ha információra vagy tanácsra van szükséged egy fontos döntés vagy változás meghozatala előtt, akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személy segítségére?

Hosszabb betegség esetén a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személy segítségére?

Mennyire tartod szorosnak a kapcsolatodat a felsorolt személyekkel?

Milyen gyakran kerülsz konfliktusba ezzel a személlyel? Milyen gyakran fordul elő, hogy megbánt, elszomorít vagy felidegesít?

Milyen mértékben járul/t hozzá a viselkedésével ez a személy a visszaesésidhez? (bizalmatlanság, gyanúsítgatás, állandó figyelés)

Az utóbbi évek alatt megromlott a kapcsolatod a felsoroltak közül valamelyik személlyel?

Az utóbbi évek alatt megszakadt a felsoroltak közül valamelyik fontos kapcsolatod?

Ellendrukker:

Sorold fel azokat a fontos személyeket, akiket eddig esetleg nem említettél, és „ellendrukkerként“ viselkednek/tek veled!

Mióta ismered a felsorolt személyeket?

Milyen gyakran tartod a kapcsolatot a felsorolt személyekkel (személyesen, telefonon vagy más módon)?

Névinterpretáló kérdések

Nem vizsgálom az alterekkel összefüggésben a heterogenitást, vagyis az alterek korára, iskolai végzettségére, stb. irányuló kérdéseket tudatosan kihagytam a kutatásomból. A támogató kapcsolatháló szerkezetét sem vizsgálom, szintén kimaradtak tehát a felmérésemből az arra vonatkozó kérdések, hogy az alterek ismerik-e egymást. A kérdőív terjedelme, és jól érthetősége, valamint a vizsgált célcsoport anonimitása nem tette lehetővé az ilyen jellegű kérdések vizsgálatát.

Kutatásomban névinterpretáló kérdéseket is alkalmaztam, olyan kérdéseket, melyek segítségével információkhoz jutunk az Alterekről, valamint az Ego és Alter közötti kapcsolatok minőségéről. Ilyen - a vizsgálat szempontjából - fontos információ például a támogató kapcsolatok típusa (Ego említése alapján milyen típusú kapcsolat köti Alterhez), valamint a támogató kapcsolatok jellemzői. A típusra vonatkozóan 20 kategória került említésre a kérdőívekben, mint például házastárs, partner, szülő, gyerek, testvér, barát, munkatárs, szomszéd, egészségügyi gondozó, szakember, AAtag, plébános, stb. A kutatásban

megtalálható támogató kapcsolati jellemzők például, az ismeretség időtartama (kevesebb, mint 3 hónapja, 3-12 hónapja, 1-2 éve, 2-5 éve, több mint 5 éve), a kapcsolattartás gyakorisága (naponta, hetente, havonta, évente néhányszor, évente egyszer vagy kevesebbszer), a kapcsolat szorossága (5-ös skálán: 1 = egyáltalán nem szoros, 5 = nagyon szoros), és a kapcsolat negatív tartalma.

A network jellemzők az alábbi szempontok szerint lettek kialakítva, amik független/magyarázó változóként szolgáltak a modellben:

Az egocentrikus kapcsolatháló jellemző dimenziók

1. A kapcsolatrendszer mérete:

- A kapcsolatrendszer összmérete
- Kötések „ereje”: Erős kötések „mennyisége”; Gyenge kötések „mennyisége”
- A kapcsolat jellege: Instrumentális kapcsolatok „mennyisége”; szociális-társasági kapcsolatok „mennyisége”; emocionális kapcsolatok „mennyisége”

2. A kapcsolatháló egyéb jellemzői:

- Kapcsolatok multiplicitása: Mennyire jellemző, hogy egy személy több szituációban is aktívan felbukkan
- A kapott segítség „mennyisége”: csak azokat a szituációkat nézve, ahol kap az egyén, és azt hány személytől kapja
- A kapott segítség fajtáinak „száma”: hány szituációban kap segítséget

3. A kapcsolatháló összetétele a kapcsolati típusok szerint:

- Rokonsági hányados: Az összes kapcsolat hány %-a tekinthető rokonságinak
- Kiürült rokonsági kapcsolatok: alacsony intenzitású rokoni kapcsolatok
- Más jellegű (nem rokonsági) kapcsolatok aránya (részletes bontás az adatok alapján)

- Szakember jelenléte

4. A kapcsolatrendszer intenzitása és frissessége:

- A kapcsolatok időtartama
- Interakciók gyakorisága

5. Negatív kapcsolatok jelenléte

- Ellendrukkerek jelenléte

Elemzési módszerek

Egora vonatkozó adatok:

- leíró statisztikai módszerrel készült elemzés

Alterre vonatkozó adatok:

- leíró statisztikai módszerrel készült elemzés: kapcsolat típusa tiewiseből, mióta ismeri, kapcsolat gyakorisága, szorossága, megromlott kapcsolat, visszaesés, Fischer szituációk csoportosítva és összehasonlítva
- 2 dimenziós elemzések (keresztábra, variancia-analízis, főkomponens elemzés): megromlott és konfliktusos viszony + rokoni vagy nem rokoni viszony, multifunkcionalitás, kapcsolat jellege + rokoni viszony, visszaesés
- logisztikus regresszióval készült elemzés: szociodemográfia, alkoholizmus időtartama, kapcsolatháló mérete, támogató környezet: józanság utáni és előtti, ellendrukker + kapcsolat típusa, alterek kapcsolatai csoportosítva: nem rokoni + rokoni + megromlott rokoni, aggregálás főkomponens elemzéssel: erős/gyenge kötés + időtartam

IV. Hipotézisek vizsgálata

Az adatbázis elemzése Müller, C. Wellman, B. & Marin, A. (1999) „how to use SPSS to study ego-centered networks” útmutatása mentén történt. Kétféle adatbázisban kerültek feldolgozásra az adatok, az egyik a megkérdezettek adatait tartalmazta (netwise adatbázis), a másik a kapcsolatok, vagyis az alterek adatait (tiewise adatbázis).

A felépülés sikerességének meghatározása 4 érték mentén történhet a józanság ideje és a visszaesések száma alapján. Így megkülönböztettem a kevészer visszaeső (max. 4-5 alkalom), a krónikus visszaeső (5-nél többször), valamint a kevesebb, mint 2 éve józan, és a több mint 2 éve józan kategóriákat. A magyarázandó, függő változónak a reményteljes krónikusokat tekintem, mivel a vizsgálandó célcsoport meghatározáshoz ez a csoport áll a legközelebb. Reményteli krónikusnak számít, aki már több mint 2 éve józan és előtte krónikus visszaeső volt. A táblázatból is jól látható, hogy ez egy specifikus, homogén csoport, ahová azok a krónikus visszaesők tartoznak, akik meggyógyultak/absztinensek. A másik három csoportot kontrollcsoporttá vontam össze, mert heterogén, az átlaghoz leginkább hasonlító egyéneket foglal magába.

8. táblázat: A függő változó meghatározása

		józan		Total	
		,00	1,00		
függő	,00	Count	37	45	82
		% of Total	18,4%	22,4%	40,8%
	1,00	Count	47	72	119
		% of Total	23,4%	35,8%	59,2%
Total		Count	84	117	201
		% of Total	41,8%	58,2%	100,0%

Függő változó: 0 – nem reményteljes krónikusokat
1 – reményteljes krónikusokat

IV.1. Egora vonatkozó elemzés

A netwise adatbázisok tartalmazzák a megkérdezettek leíró statisztikai adatait, a megkérdezettel kapcsolatos olyan változókat, mint például a demográfiai jellemzői, vagy a különböző kérdésekre adott válaszai.

A nemmel kapcsolatos adatok alátámasztják az átlagos magyar statisztikai adatokat, ahol az alkoholbetegek mindössze egyötöde nő. A mintában majdnem háromnegyed (73,1%) a férfiak aránya, vagyis jelentős a férfi többség.

9. Táblázat: Az egok nem szerinti megoszlása

Nem	N	%
Férfi	147	73,1
Nő	54	26,9
Összesen	201	100,0

A minta meglehetősen öregnek tekinthető, a teljes mintában 50 év az átlag életkor, a nőknél 49, a férfiaknál pedig 51 év.

A lakóhely szerinti adatok vizsgálata alapján elmondható, hogy a legtöbben vidéki városból származnak, majd érdekes megfigyelni, hogy ezt az arányt a falun élők követik, és legkisebb a mintában a fővárosiak aránya (21 fő). Ez a különbség valószínű a találkozó helyszínéből adódik.³

10. Táblázat: Az egok lakóhely szerinti eloszlása

Lakóhely	N	%
Főváros	21	10,4
Vidéki város	135	67,2
Falu	45	22,4
Összesen	201	100,0

A mintában szerepelők közül legnagyobb arányban (37,3%) több mint 5 éve józanok találhatók. Kiemelkedő még a 2-5 józan év aránya (20,9%), a többi józan időszakban nagyjából azonos a minta megoszlása (13-14%).

³ Kecskeméten volt a rendezvény.

11. Táblázat: Az egok józanság időtartamának megoszlása

	N	%
Kevesebb, mint 3 hónap	27	13,4
3-12 hónap	28	13,9
1-2 év	29	14,4
2-5 év	42	20,9
Több mint 5 év	75	37,3
Összesen	201	100

Egyértelműen látható az adatokból, hogy jóval nagyobb arányú a visszaesések száma az AA-ba kerülés előtt, mint utána. Az AA-ba való belépés előtt átlagosan 13,34-szer estek vissza a megkérdezettek, ezzel szemben az AA után már egy (0,97) visszaesés az átlag. A minta 25%-a mindössze 1 alkalommal esett vissza az AA-ba lépés után. AA előtt a kérdezettek 25%-a legfeljebb 3,5-ször, 50% legfeljebb 7-szer esett vissza, illetve 25%-a 30 alkalommal vagy annál is többször.

12. Táblázat: Az egok visszaeséseinek megoszlása (AA előtt és után)

	AA előtt	AA után
Átlag	13,34	0,97
Első kvartilis	3,50	0
Medián	7	0
Második kvartilis	30	1

A mintában szereplők átlagosan 22,07 évig ittak. 25%-uk legfeljebb 15 évig, 50% pedig legfeljebb 20 évig.

13. Táblázat: Az egok italozási időtartamának megoszlása

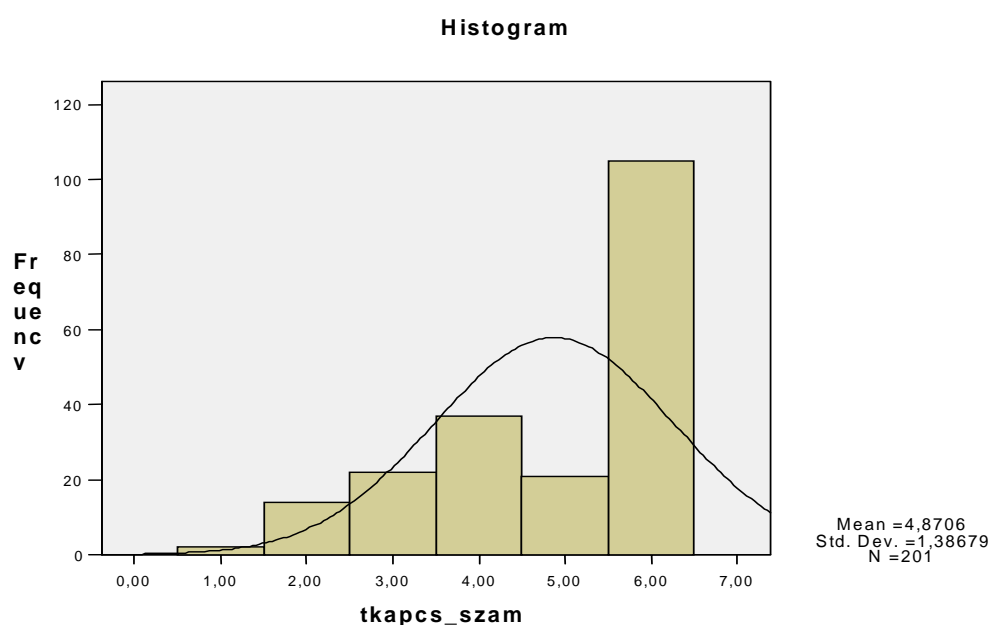
	AA előtt
Átlag	22,07
Első kvartilis	15
Medián	20
Második kvartilis	25

Támogató kapcsolatok száma

A megkérdezett a névgeneráló szituációkra vonatkozó kérdésekben hat támogató személyt nevezhetett meg. Az adott válaszok alapján a táblázatból jól látható, hogy átlagosan 4,87 olyan személy van, aki segíti és támogatja a felmérésben résztvevőket (szórás 1,38), a minta 50%-a pedig 6 támogató kapcsolattal rendelkezik. Minden ember említett legalább 2 segítő viszonyt, mivel a kérdőívben szereplő kérdés (Sorold fel azokat a személyeket, akik segítenek vagy fontosak neked az életedben!) egyértelműen erre kérdezett rá. A táblázatból megfigyelhető, hogy a kérdezettek személyes támogató kapcsolathálózata kiterjedtnek mondható, a teljes minta 62,6%-a nevezett meg 5, illetve 6 támogató személyt. Kapcsolatszegény (1-4 támogató) a felmérésben szereplő 37,4%-nak a támogató hálózata.

14. Táblázat: A támogató kapcsolatok számának megoszlása

	N	%
1 fő	2	1,0
2 fő	14	7,0
3 fő	22	10,9
4 fő	37	18,5
5 fő	21	10,4
6 fő	105	52,2
Összesen	201	100,0



IV.2. Alterek adatainak elemzése

A magyarázó változók kialakítása a tiewise adatbázisban történt. A tiewise adatbázis lényege, hogy az egyén által említett kapcsolatokat (kötéseket) tartalmazza. A tiewise adatbázisban 979 az esetek száma, vagyis a 201 megkérdezett személy összesen 979 támogató kapcsolatot nevezett meg. Az alábbiakban a tiewise alapján jellemeztem a mintát, ami alapján képet kaphatunk a kérdezettek által megemlített személyek jellemzőiről. A magyarázó (logisztikus) modellek vizsgálata azonban már netwise adatbázisban történt, ahol egy rekord egy válaszadót jelentett.

Leíró statisztikák

A 201 megkérdezett összesen 979 támogató kapcsolatot nevezett meg, mely viszonyokról a következő jellemzőket lehet megállapítani. Kiemelkedő az AAtagok jelenléte a segítő viszonyokban, a felmérésben szereplők 275 támogató AAtagot említettek meg, ami az összes említések 28,1%-át jelenti. Ezt követik a gyerekek (17%), és a barátok (11%), az egyik legkevesebbszer említett pedig a szomszédi viszony. Az összes kapcsolat közül mindössze 5 szomszédot neveztek meg. Érdekessége az adatoknak, hogy 19 plébános támogató kapcsolat is megnevezésre került, holott a magyar kutatások szerint ez a típusú támogatás egyre inkább háttérbe szorul.

15. Táblázat: A támogató kapcsolat típusainak megoszlása

Kapcsolat típusa	N	%
AA tag	275	28,1
gyerek	165	16,9
barát	112	11,4
házastárs	96	9,8
szülő	73	7,5
szakember	62	6,3
testvér	52	5,3
partner	40	4,1
munkatárs	29	3,0
plébános	19	1,9
családtag	13	1,3
testvér házastársa	10	1,0
unokatestvér	8	0,8
házastárs szülője	7	0,7
szomszéd	5	0,5
volt házastárs	3	0,3
egyéb	3	0,3
keresztszülő	3	0,3
gyerek házastársa	2	0,2
ismerős	2	0,2
Összesen	979	100,0

A támogató kapcsolatok időtartamáról vizsgálatom alapján a következő megállapítások tehetők. Az egyének által megjelölt alterek 72,9%-a régi ismerős, több mint 5 éve tartoznak a megkérdezettek kapcsolathálójába. 90,9%-a a mintában szereplő embereknek több mint 1 éve tartja fenn a támogató kapcsolatát. 3,2% az olyan újonnan kialakult kapcsolatok száma, ami kevesebb, mint 3 hónapja tart.

16. Táblázat: A támogató kapcsolatok időtartamának megoszlása

	N	%
Kevesebb, mint 3 hónap	31	3,2
3-12 hónap	58	5,9
1-2 év	54	5,5
2-5 év	122	12,5
Több mint 5 év	714	72,9
Összesen	979	100,0

A kapcsolat gyakoriságára leginkább jellemző, hogy mindössze 18,1% azoknak az aránya, akik havonta vagy annál is ritkábban találkoznak a kérdezettel. Az egyének által megjelölt alterek 42%-a napi, 40%-a heti kapcsolatban áll a megkérdezettekkel, vagyis 81,9% napi vagy heti gyakorisággal ápolja a kapcsolatát.

17. Táblázat: A támogató kapcsolatok gyakoriságának megoszlása

	N	%
Naponta	407	41,6
Hetente	395	40,3
Havonta	106	10,8
Évente néhányszor	54	5,5
Évente egyszer vagy kevesebbszer	17	1,7
Összesen	979	100,0

Ezt a pozitív képet erősíti tovább a támogató kapcsolat szorosságára vonatkozó adatok vizsgálata, ami szerint az egyének által megjelölt alterek 46%-a nagyon szoros, 23,3%-a elég szoros kapcsolatban áll a kérdezettekkel, a nem, vagy csak kissé szoros segítő kapcsolatok a minta 9,5%-át jellemzik.

18. Táblázat: A támogató kapcsolatok szorosságának megoszlása

	N	%
Egyáltalán nem szoros	35	3,6
Kissé szoros	58	5,9
Közepesen szoros	208	21,2
Elég szoros	228	23,3
Nagyon szoros	450	46,0
Összesen	979	100,0

A kérdőívben szereplő megromlott kapcsolatokra vonatkozó kérdés alapján elmondható, hogy az alterek 8,4%-a megromlott támogató kapcsolatot tart fenn a kérdezettekkel. A rokoni kapcsolatok 13 százaléka, a nem rokoni kapcsolatok 7%-a megromlott, vagyis a rokoni kapcsolatok nagyobb valószínűséggel romlanak meg a mintán belül. A rokoni kapcsolatokon belül gyakoribb a konfliktus is, a rokoni alterek 21 százalékaival, a nem rokoni alterek 7 százalékaival kerül gyakorta konfliktushelyzetbe az egyén.

19. Táblázat: A megromlott támogató kapcsolatok megoszlása

		N	%
Megromlott kapcsolat		82	8,4
	Rokoni	37	13
	Nem rokoni	45	7
Gyakori viták		110	11
	Rokoni	61	21
	Nem rokoni	49	7

A „Milyen mértékben járul/t hozzá a viselkedésével a támogató személy a visszaesésidhez? (bizalmatlanság, gyanúsítgatás, állandó figyelés)” kérdésre adott válasz alapján megfigyelhető, hogy a kérdezettek érzése szerint a támogató kapcsolataik 24,2%-a valamilyen mértékben hozzájárult a visszaesésükhez.

20. Táblázat: A támogató kapcsolatok visszaesésre vonatkozó megoszlása

	N	%
Egyáltalán nem	742	75,8
Egy kissé	105	10,7
Közepesen	72	7,4
Legalább többnyire	52	5,3
Adathiány	8	0,8
Összesen	979	100,0

Visszaesés és reláció

Legnagyobb arányban a partnerek és házastársak voltak azok az említett kapcsolatok, akik szerepet játszottak a megkérdezett visszaeséseiben. A párkapcsolatok 45,9%-a, a legalább egy kissé, többnyire vagy jelentősen⁴ szerepet játszott a megkérdezett visszaeséseiben. A rokoni támogató kapcsolatok 65,3%-a, a nem rokoni 81,1 százaléka nem játszott szerepet az egyén visszaeséseiben.

Támogatás típusok elemzése

⁴ Több kategória össze lett vonva az alacsony esetszámok miatt.

A vizsgálatban a Fischer féle szituációk egy-egy típusának megoszlásáról elmondható, hogy a támogató kapcsolataik 92,5%-a segíti valamilyen mértékben az alkohorról való leszokásban a kérdezettet. 7,4% viszont egyáltalán nem, vagy csak egy kissé támogatja a józanság elérésében. A szeretet és tisztelet érzését majdnem mindenki megadja az általa támogatott személynek (99,5%), mindössze 5 alterrel kapcsolatban érzi úgy a felmérésben szereplő kérdezett, hogy egyáltalán nem szereti vagy tiszteli őt.

21. Táblázat: A támogatás típusok megoszlása, emocionális dimenzió

Emocionális dimenzió	Támogatja a leszokásban		Szereti, tiszteli	
	N	%	N	%
Egyáltalán nem	26	2,7	5	0,5
Egy kissé	47	4,8	20	2,0
Közepesen	73	7,4	84	8,6
Többnyire	107	10,9	211	21,6
Jelentősen	726	74,2	659	67,3
Összesen	979	100,0	979	100,0

A kölcsön tekintetében figyelhető meg a mintán belül a legnagyobb megoszlás. Mindössze 10% különbség van a között a két markánsan eltérő kategória között, hogy alter egyáltalán nem ad kölcsön az egyénnek, vagy nagyrészt ad (24,4% az első arány, 34,4% a második). Megállapítható az adatok alapján, hogy a támogató kapcsolatok 75,6%-a hajlandó az anyagi segítségre. A ház körüli segítség esetében hasonló a helyzet, az említett kapcsolatok 35,9%-a biztosítja ezt a típusú segítséget az egyén számára, 16,9%-a viszont egyáltalán nem nyújtja a támogatásnak ezt a formáját. Betegség esetén a kérdezettnek a mintán belül a kapcsolatok 53,9%-a nyújt segítséget. Megfigyelhető, hogy ebben a támogatási formában elenyésző azoknak a kapcsolatoknak a száma, melyek egyáltalán nem nyújtanak segítséget (4,5%), vagyis elmondható, hogy betegségben, nagy arányban számíthat az egyén támogatásra.

22. Táblázat: A támogatás típusok megoszlása, instrumentális dimenzió

Instrumentális dimenzió	Kölcsön		Ház körüli segítség		Betegség esetén segítség	
	N	%	N	%	N	%
Egyáltalán nem	239	24,4	165	16,9	44	4,5
Egy kissé	154	15,7	144	14,7	83	8,5
Közepesen	118	12,1	159	16,2	137	14,0
Többnyire	131	13,4	160	16,3	187	19,1
Jelentősen	337	34,4	351	35,9	528	53,9
Összesen	979	100,0	979	100,0	979	100,0

Azok az alterek, akik egyáltalán nem nyújtanak társaságot az egyénnek a minta 9,6%-át teszik ki. Beszélgetés és tanács adása esetén majdnem megegyeznek az arányok, 40/47 személy egyáltalán nem biztosítja a támogatásnak ezt a formáját a kérdezettnék. 58,8 és 56,8 százaléka az egyén támogató kapcsolatainak jelentősen segít ebben a szituációban.

23. Táblázat: A támogatás típusok megoszlása, szociális dimenzió

Szociális-társasági dimenzió	Társaság		Beszélgetés		Tanács	
	N	%	N	%	N	%
Egyáltalán nem	94	9,6	40	4,1	47	4,8
Egy kissé	100	10,2	50	5,1	61	6,2
Közepesen	181	18,5	120	12,3	108	11,0
Többnyire	223	22,8	193	19,7	207	21,1
Jelentősen	381	38,9	576	58,8	556	56,8
Összesen	979	100,0	979	100,0	979	100,0

Az emocionális, szociális és instrumentális dimenziókat a tie-wise adatbázisban a főkomponensek jelenítik meg. Az emocionális dimenzió aggregálása főkomponensben valósult meg, ahol a 2 dimenzióból képzett főkomponens a teljes információhányad 73,3%-át ragadta meg. (Székelyi, 2002) Az eredmények alapján elmondható, hogy mindegyik magyarázó dimenzió elegendő mértékben járul hozzá a főkomponenshez, illetve a főkomponensben képviselt súlyuk között nincs lényegi különbség (0,856). Az instrumentális dimenzió a 3 dimenzióból képzett főkomponens a teljes információ hányad 65%-át „ragadta meg”.

Legerősebb főkomponens alkotó dimenzióinak a ház körüli segítség bizonyult (0,864), a betegség és a kölcsön főkomponensben képviselt súlya között nincs lényegi különbség (0,775/0,777). A szociális dimenzióknál a 3 dimenzióból képzett főkomponens a teljes információ hányad 64,9%-át „ragadta meg”. Mindegyik magyarázó dimenzió elegendő mértékben járul hozzá a főkomponenshez, legerősebb főkomponens alkotó dimenzióinak a tanács bizonyult (0,865), leggyengébbnek pedig a társaságot kifejező skála (0,678). (lásd 2. Függelék)

Emocionális dimenzió:

- Támogatja a leszokásban
- Szereti, tiszteli

Instrumentális dimenzió:

- Kölcsön
- Ház körüli segítség
- Betegség esetén segítség

Szociális dimenzió:

- Társaság
- Beszélgetés
- Tanács

Azért, hogy a kapcsolatháló egyes dimenzióinak az „erőssége” összehasonlíthatóvá váljon, a fenti adatok alapján átlagot számoltam, és 100-as skálára vetítettem az eredményeket. Az eredmények a táblázatból jól láthatóvá teszik, hogy az emocionális dimenzió a legerősebb (90 pont), ezt követi a szociális (81 pont), majd az instrumentális zárja a sort (71 pont). A kölcsön jelentősen eltér az instrumentális dimenzió átlagától, mindössze 64 ponttal jellemezhető. Vagyis a mintában szereplő alterek legkevésbé a kölcsönadásban tudják támogatni a megkérdezetteket. Fontos kiemelni a társaságnyújtást, ami szintén jelentősen eltér a csoportátlagától, mindössze 74 ponttal jellemezhető.

24. Táblázat: A dimenziók erősségének megoszlása

	Átlag 100-as skálára vetítve	Dimenzió átlagtól való eltérése
Emocionális összesen	90	
Támogatja a leszokásban	90	0
Szereti, tiszteli	91	1
Instrumentális összesen	71	
Kölcsön	64	-8
Ház körüli segítség	68	-3
Betegség esetén segítség	82	11
Szociális összesen	81	
Társaság	74	-7
Beszélgetés	85	4
Tanács	84	3

Alterek kétdimenziós jellemzői

Az alábbiakban keresztábra és varianciaanalízis segítségével 2 dimenziós összefüggéseket mutatok be a tiewise adatbázisban.

Multifunkcionalitás és a reláció jellege

Az eredmények jobb értelmezhetősége érdekében a multifunkcionalitás mutatót standardizáltam, és az alacsony esetszámok miatt a mintát leszűkítettem a táblázatban szereplő összesen 904 alterre. Megvizsgáltam, hogy a különböző relációjú kapcsolatok mennyiben jellemezhetőek multifunkcionalitással. Az F – próba megállapította, hogy az alterek reláció típusain belül szignifikánsan más a multifunkcionalitás mértéke. Az ETA négyzet viszonylag magas: 0,15, vagyis a variancia 15 %-át sikerült magyarázni a reláció típusával.

A házastársi, partneri és szülői csoportok jellemezhetőek a legnagyobb multifunkcionalitással, vagyis ezek a reláció típusok bukannak fel legtöbbször a különféle szituációkban (beszélgetés, tanács, betegség esetén segítség, kölcsön, stb...). A szakemberek, az AAtagok, a munkatársak, és furcsa módon a testvérek esetében nagyon alacsony a multifunkcionalitás mértéke.

25. Táblázat: Multifunkcionalitás és a támogató kapcsolat jellege

	Átlag	Esetszám	Szórás
Szakember	-0,43	62	0,81
AA-tag	-0,24	275	0,87
Szülő	0,26	73	0,98
Házastárs	0,82	96	0,89
Partner	0,78	40	0,91
Gyerek	0,12	165	1,04
Barát	-0,13	112	0,93
Munkatárs	-0,26	29	0,71
Testvér	-0,32	52	0,97
Összesen	0,00	904	0,99

Emocionális jellegű kapcsolat és a reláció jellege

Az alábbiakban a kapcsolatháló emocionális dimenziójának erősségét hasonlítottam össze a különböző típusú relációjú alterek között. Azt vizsgáltam meg, hogy a kapcsolathálóban milyen relációk növelik az említett dimenzió erősségét. Az ETA négyzet 0,066, tehát a variancia alig 7 százalékát magyarázza a reláció típusa.

A gyerek, munkatárs és a partner alterek biztosítják az egyén számára a legtöbb emocionális háttérrel, de az AA tagoknak is fontos a szerepük. A barát, a szülő és a testvér kapcsolathálón belüli jelenléte növeli a legkevésbé a kapcsolatháló emocionális jellegét. A házastársak értéke átlag alatti, ami attól válik igazán érdekessé, hogy a partnereké átlag feletti.

26. Táblázat: Az emocionális dimenzió és a támogató kapcsolat jellege

Emocionális	Átlag	Esetszám	Szórás
Szakember	-0,06	62	1,06
AA-tag	0,08	275	0,88
Szülő	-0,20	73	1,22
Házastárs	-0,07	96	1,32
Partner	0,27	40	0,92
Gyerek	0,34	165	0,64
Barát	-0,51	112	1,05
Munkatárs	0,10	29	0,69
Testvér	-0,20	52	1,01
Összesen	0,00	904	1,00

Szociális jellegű kapcsolat és a reláció jellege

Az alábbiakban a kapcsolatháló szociális dimenziójának erősségét hasonlítottam össze a különböző típusú relációjú alterek között. Megvizsgáltam, hogy a kapcsolathálóban milyen relációk növelik a dimenzió erősségét. Az ETA négyzet 0,06, tehát a variancia 6 százalékát magyarázza a reláció típusa.

A szociális dimenzióban a partnerek, házastársak, munkatársak, és az AA tagok szerepe kiemelkedő. Ezek a csoportok bírnak átlag feletti értékkel. A testvér, a szakember és a szülő kapcsolathálón belüli jelenléte növeli a legkevésbé a kapcsolatháló szociális jellegét.

27. Táblázat: A szociális dimenzió és a támogató kapcsolat jellege

Szociális	Átlag	Esetszám	Szórás
Szakember	-0,38	62	1,12
AA-tag	0,11	275	0,91
Szülő	-0,28	73	1,17
Házastárs	0,36	96	1,02
Partner	0,49	40	0,70
Gyerek	-0,09	165	0,99
Barát	-0,04	112	0,97
Munkatárs	0,16	29	0,55
Testvér	-0,48	52	1,05
Összesen	0,00	904	1,00

Instrumentális jellegű kapcsolat és a reláció jellege

A kapcsolatháló instrumentális jellegének erősségét hasonlítottam össze a különböző típusú relációjú alterek között. Az ETA négyzet 0,22, tehát a variancia 22 százalékát magyarázza a reláció típusa. Ez meglehetősen nagy értéknek számít az előzően vizsgált modellekhez képest.

A házastárs, szülő, partner és gyerek típusú kapcsolatok különösen erősítik a támogató kapcsolatháló instrumentális erejét. A szakemberek, munkatársak, és az AA tagok átlag alatti értéket képviselnek.

28. Táblázat: Az instrumentális dimenzió és a támogató kapcsolat jellege

Instrumentális	Átlag	Esetszám	Szórás
Szakember	-0,81	62	0,95
AA-tag	-0,42	275	0,94
Szülő	0,41	73	0,96
Házastárs	0,76	96	0,75
Partner	0,86	40	0,52
Gyerek	0,27	165	0,80
Barát	-0,04	112	0,93
Munkatárs	-0,32	29	1,05
Testvér	-0,06	52	0,90
Összesen	0,00	904	1,00

Az alábbiakban összevonva láthatók az előző modellek eredményei.

A szülői relációk elsősorban a kapcsolatháló instrumentális erejét, az AA kötések a szociális erejét növelik. Legfontosabbak a házastársi és partneri relációk, ezek szerepe mindegyik dimenzióban jelentős. A gyerekek kiemelkedő szerepet kapnak az emocionális és instrumentális térben, a munkatársak pedig a szociális és emocionális dimenzióban.

Két olyan fontos támogató kapcsolat is található az elemzésekben, ami meglehetősen kevés támogatást nyújt. A szülő és a testvér kapcsolatok jóval az átlag alatti segítséget adnak a felépülő alkoholbetegnek az emocionális, és a szociális dimenzióban. Mindkét viszony az instrumentális segítségnyújtás területére korlátozza az adott támogatását, azon belül is a mintaátlaghoz képest csekély, elenyésző mértékben. Egyetlen említett kapcsolat van, ami még ettől is kevesebb támogatást biztosít a kérdezettnak, az pedig a szakember reláció, ami meglepő módon az emocionális segítségnyújtás területére vonatkozik, az átlaghoz képest szintén nem kiemelkedő jelentőséggel.

29. Táblázat: A három dimenzió és a támogató kapcsolat jellege

	Emocionális	Szociális	Instrumentális
Szakember	0	-	--
AA-tag	0	+	-
Szülő	-	-	+
Házastárs	0	+	++
Partner	+	+	++
Gyerek	+	0	+
Barát	-	0	0
Munkatárs	+	+	-
Testvér	-	-	0

++: $x > 0,5$ +: $0,49 > x > 0,1$ 0: $-0,09 < x < 0,09$ -: $-0,49 < x < 0,1$

Szociodemográfiai jellemzők

Az első modellben életkor, nem és településtípus tekinthető magyarázó változónak. Az eredmények arról tanúskodnak, hogy az említett szociodemográfiai változók közül egyedül a kor van szignifikáns kapcsolatban a függő változóval. Ez nem meglepő, ha a reményteljes krónikusok definíciójára tekintünk, hiszen abból következik, hogy szükséges egy időben hosszabb alkohol karrier, hogy a krónikus visszaeső státusz kialakuljon, illetve a józanságnak is már legalább 2 éve tartania kell. A lakóhely típusa összességében nem számít szignifikánsnak, azonban a fővárosban lakók enyhén nagyobb valószínűséggel tartoznak a reményteljes krónikusok közé, mint a kistelepüléseken lakók.

30. Táblázat: Szociodemográfiai jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
neme(1)	-0,311	0,733	0,376
kor	0,042	1,043	0,021
lakóhely			0,134
lakóhely(1)	0,799	2,223	0,179
lakóhely(2)	0,810	2,247	0,047
R2: 0,054			

Alkoholizmus időtartama

Az első modellhez képest kiegészül a magyarázó változók köre az alkoholizmus időtartamával. Az eredmények alapján elmondható, hogy minél régebb óta

diagnosztizált alkoholista az egyén, annál valószínűbb, hogy reményteljes krónikus. A kor szignifikáns magyarázó hatása eltűnt az új változó beléptetésével, nyilvánvaló multikollinearitással állunk szemben.

31. Táblázat: Alkoholizmus időtartama és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
Mióta alkoholista	0,045	1,046	0,007
R2: 0,087			

A kapcsolatháló jellemzői

A megkérdezettek kapcsolathálójának mérete (kötések száma és alterek száma), és a kapcsolatok átlagos multifunkcionalitása nincs hatással a reményteljes krónikussá válásra.

32. Táblázat: A kapcsolatháló jellemzői és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
Multifunkcionalitás	-0,410	0,663	0,325
Alterek száma	-0,459	0,632	0,159
Említett kötések száma	0,802	2,229	0,103
R2: 0,077			

A szociodemográfiai jellemzőknek, az alkoholizmus időtartamának, és a kapcsolatháló jellemzőinek a magyarázó ereje nem túl nagy, egyik sem éri el a 10%-ot, viszont további szignifikáns összefüggéseket rejtenek, például ha nem és kor (50 év alatti és feletti) szerint szétbontjuk a mintát.

Életkori jellemzők

Minél több egy 50 évnél fiatalabb megkérdezett régi kötésű emocionális támogató kapcsolata, annál valószínűbb, hogy nem tartozik a célcsoportba.⁵

33. Táblázat: Életkori jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (rég)

50 év alatti	B	EXP(B)	Sig.
Emocionális régi	-3,758	0,023	0,005
Instrumentális régi	1,780	5,929	0,051
Szociális régi	0,769	2,157	0,394
R2: 0,284			

Minél több egy 50 év alatti megkérdezett új kötésű szociális, annál valószínűbb, hogy a vizsgált célcsoportba tartozik

34. Táblázat: Életkori jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (új, 50 év alatt)

50 év alatti	B	EXP(B)	Sig.
Emocionális új	-0,455	0,634	0,411
Instrumentális új	-,0061	0,941	0,933
Szociális új	1,408	4,089	0,037
R2: 0,207			

Minél több egy 50 évnél idősebb megkérdezett új kötésű emocionális és új instrumentális támogató kapcsolata, illetve minél kevesebb az új szociális, annál valószínűbb, hogy a reményteljes krónikus csoportba tartozik.

35. Táblázat: Életkori jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (új, 50 év felett)

50 év feletti	B	EXP(B)	Sig.
Emocionális új	1,083	2,953	0,003
Instrumentális új	1,263	3,535	0,008
Szociális új	-1,502	0,223	0,005
R2: 0,232			

⁵ A régi a józanság előtt már meglévő kapcsolatokat, az új pedig a józanság után létrejött kapcsolatokat jelenti.

Férfi és nő jellemzők

A férfiak esetében a régi típusú emocionális kötések jelenléte a nem krónikusok irányába mutat. Minél több a férfi megkérdezett régi típusú emocionális kötése, annál valószínűbb, hogy nem a célcsoport tagja.

36. Táblázat: Férfi jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (rég)

Férfiak	B	EXP(B)	Sig.
Emocionális régi	-2,274	0,103	0,001
Instrumentális régi	0,414	1,513	0,474
Szociális régi	0,805	2,236	0,216
R2: 0,228			

A nők körében a régi instrumentális kötések a célcsoport irányába, illetve a régi szociális kötések nem a célcsoport irányába mutatnak. Vagyis minél több a női kérdezettek régi instrumentális kötésű, és minél kevesebb a régi szociális kötésű kapcsolata, annál valószínűbb, hogy a reményteljes krónikus csoportba tartoznak.

37. Táblázat: Női jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (rég)

Nők	B	EXP(B)	Sig.
Emocionális régi	0,359	1,433	0,531
Instrumentális régi	2,822	6,812	0,028
Szociális régi	-3,127	0,044	0,023
R2: 0,222			

A férfiak esetében az új emocionális kötések magas száma a célcsoportba tartozóvá teheti az egyént.

38. Táblázat: Férfi jellemzők és a vizsgált célcsoport összefüggései (új)

Férfiak	B	EXP(B)	Sig.
Emocionális új	0,674	1,963	0,021
Instrumentális új	0,597	1,817	0,129
Szociális új	0,026	1,026	0,951
R2: 0,266			

A házas férfiak nagyobb valószínűséggel nem tartoznak a célcsoport tagjai közé.⁶

39. Táblázat: Házasság és a vizsgált célcsoport összefüggései

Férfi	B	EXP(B)	Sig.
Házasság	-0,856	0,425	0,022
R2: 0,081			

Ellendrukker jellemzők

Önmagában az ellendrukkerek száma nem szignifikáns.

40. Táblázat: Ellendrukkerek száma és a vizsgált célcsoport összefüggései

Férfi	B	EXP(B)	Sig.
Ellendrukkerek száma	-0,119	0,888	0,421
R2: 0,057			

Ellendrukkerek típus szerint

Annak ellenére, hogy az ellendrukkerek száma nem szignifikáns az ellendrukkerek mindenképpen hordoznak információt. Ha megvizsgáljuk, hogy az ellendrukker, és a kérdezettek között mi a reláció, akkor ugyanis szignifikáns eredményekhez juthatunk. Az ellendrukkerek száma irreleváns, viszont az ellendrukker személye releváns:

- ha az ellendrukkerek között van közeli családtag, akkor valószínűbb a célcsoportba tartozás
- ha az ellendrukkerek között van ex (volt partner vagy volt házastárs), akkor valószínűbb a célcsoportba tartozás
- ha az ellendrukker nem rokon, nem távolabbi rokon és nem is ex, akkor valószínűbb, hogy nem reményteljes krónikus az illető.

⁶ Az új kötések a megkérdezett nőknél nem szignifikánsak.

41. Táblázat: Ellendrukkerek kapcsolat típusa és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
Ellendrukker: közeli rokon	1,359	3,893	0,015
Ellendrukker: távoli rokon	0,055	1,056	0,928
Ellendrukker: ex	1,837	6,279	0,006
Ellendrukker: egyéb	-0,892	0,410	0,039
R2: 0,057			

Ezek a változók egyértelműen magyarázó változónak tekinthetők, mivel nagy a valószínűsége annak, hogy az ellendrukkerek viselkedésükkel jelentős mértékben hozzájárultak az egyén visszaeséséhez.

Alterek relációjának jellemzői

A kapcsolat típusainak elemeit a jobb áttekinthetőség kedvéért a következőképpen csoportosítottam:

Rokoni kapcsolatok:

- Közeli rokon (szülő, testvér, gyerek)
- Párkapcsolat (házastárs, partner)
- Távoli rokon (családtag, unokatestvér, keresztszülő, gyerek házastársa, testvér házastársa, házastárs szülője)

Baráti kapcsolatok:

- Ismerősök (munkatárs, ismerős, szomszéd)
- Barátok
- AA tagok

A fenti csoportokból arányokat számoltam, ahol adott változó azt fejezte ki, hogy az altereknek az adott csoport hány százaléka.

Nem rokoni kapcsolatok

A logisztikus regresszió elemzéséből kiderül, hogy a sem a barátok, sem az ismerősök aránya nem meghatározó a célcsoportba kerüléshez. Ellenben a kapcsolathálón belül az AA tagok nagyobb aránya növeli az esélyt a reményteljes krónikusok csoportjába tartozásra.

42. Táblázat: Nem rokoni kapcsolatok aránya és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
Barátok aránya	0,534	1,706	0,604
Ismerősök aránya	2,046	7,734	0,198
AA tagok aránya	1,691	5,426	0,024
R2: 0,084			

Rokoni kapcsolatok

A különböző típusú rokoni kapcsolatok mintán belüli arányának nincs hatása a célcsoportba tartozáshoz.

43. Táblázat: Rokoni kapcsolatok aránya és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
Közeli rokonok aránya	-1,050	0,350	0,138
Távoli rokonok aránya	-1,822	0,162	0,195
Párkapcsolat jelenléte	-2,265	0,104	0,084
R2: 0,054			

Megromlott rokoni kapcsolatok

A közeli rokonok vizsgálatát kiterjesztettem a megromlott rokoni kapcsolatok arányának bevonásával. Az eredmények szerint a megromlott rokoni kapcsolatok a nem reményteljes krónikusok csoportjára jellemző. Minél kisebb arányban vannak az egyéni kapcsolathálón belül a megromlott rokoni kapcsolatok, annál valószínűbb, hogy az egyén a vizsgált célcsoportba tartozik.

44. Táblázat: Megromlott rokoni kapcsolatok aránya és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
Közeli rokonok aránya	-0,538	0,584	0,454
Megromlott rokoni kapcsolatok aránya	-2,998	0,050	0,004
R2: 0,117			

A támogató környezet jellemzői

A Fischer szituációs játék helyzeteit a következőképpen csoportosítottam:

- a kapcsolatháló instrumentális dimenzióját az ivásról való leszokásban való támogatás, és a szeretet szituációban említett kapcsolatok;
- az emocionális dimenzióját, a problémák megbeszélése, tanácskérés és társaságnyújtás szituáció;
- a szociális dimenzióját, a kölcsön, a betegség és ház körüli segítség jelentette.

Az eredmények arról tanúskodnak, hogy pusztán az egyes dimenziókban mért kötések mennyisége nincs hatással a krónikus visszaesésre.

45. Táblázat: A támogató környezet mennyisége és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
Emocionális kötések	-0,045	0,956	0,799
Instrumentális kötések	0,428	1,535	0,096
Szociális kötések	-0,114	0,892	0,662
R2: 0,077			

A józanság utáni támogató környezet jellemzői

A támogató környezet jellemzőit kiegészítve, azzal, hogy csak a józanság utáni kapcsolatokat vesszük figyelembe, érdekes eredményekkel találkozhatunk. Látható, hogy minél több az új emocionális kötésű támogató kapcsolat, annál valószínűbb, hogy az egyén a célcsoportba tartozik. Az instrumentális és szociális kötéseknek nincs hatása a célcsoportba tartozásra.

46. Táblázat: A józanság utáni támogató környezet és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
Emocionális kötések	0,575	1,777	0,029
Instrumentális kötések	0,507	1,660	0,114
Szociális kötések	-0,262	0,769	0,445
R2: 0,177			

A józanság előtti támogató környezet jellemzői

Ez a modell megerősíti az előző modell eredményeit, mely szerint a régi és új emocionális kapcsolatok relevánsaknak tekinthetők. Az alábbiakban látható, hogy a „rég”, azaz a józanság előtti időkre visszanyúló emocionális kapcsolatok nem jellemzőek a reményteljes krónikusokra. Más szavakkal, minél több „rég” típusú kapcsolata van az egyénnek, annál valószínűbb, hogy nem tartozik a célcsoportba. Az emocionális kapcsolatok nem azonosak az erős kötésekkel, de az erős kötéseknek egy fontos dimenziója a kapcsolat érzelmi töltése, így ez az eredmény mindenképpen támogatja az eredeti hipotézist. Az instrumentális és szociális kötéseknek ebben az esetben sincs hatása a reményteljesen krónikusok állapotára.

47. Táblázat: A józanság előtti támogató környezet és a vizsgált célcsoport összefüggései

	B	EXP(B)	Sig.
Emocionális kötések	-0,927	0,396	0,005
Instrumentális kötések	0,389	1,475	0,388
Szociális kötések	-0,161	0,851	0,720
R2: 0,151			

Erős és gyenge kapcsolatok az idő függvényében

Erős és gyenge kötések operacionalizálása

Az erős kötések meghatározása, ahogyan a legtöbb kötésekre vonatkozó változóképzés a tiewise adatbázisban történt. Az erős kötések operacionalizálásánál 3 dimenziót vettem figyelembe:

- Kötések multiplexitása: A Fischer féle szituációk közül 6 db lett figyelembe véve (tanács, társaság, beszélgetés, kölcsön, betegség esetén segítség és ház körül segítség). Minden egyes kapcsolati személyhez (alter) hozzá lett rendelve egy index, ami azt mutatta meg, hogy az adott alter a felsorolt 6 szituációban hányszor bukkan fel.
- Kötések szorossága
- Kötések érzelmi töltése

A kötések a gyenge és erős kötések kiszámításában a multifunkcionalitáson keresztül jelennek meg. Funkciónak pedig nem tekintettem az érzelmit (mert az máshogyan már szerepel az elemzésemben), és az alkohorról való leszokást (mert az túl specifikus). A multifunkcionalitás mutatóban tehát csak az instrumentális és szociális kötések jelennek meg.

Más megközelítések, az alterekkel való kapcsolat jellegét (főleg a rokoni kapcsolatokra összpontosítva), és a találkozás gyakoriságát is belekalkulálják a kötések erejének meghatározásába. Előbbitől azért tekintettem el, mert a minta elemzése alapján látható, hogy vannak „kiürült rokoni” kapcsolatok, a szorosság, és az érzelmi töltés pedig erősen korrelál a rokoni kapcsolatokkal, valamint az elemzés más részeiben külön foglalkozok a rokoni kapcsolatokkal. Utóbbi változó kihagyását a változó alacsony szórása indokolta, hiszen a kötések 82 %-a legalább heti szintű kapcsolatot jelentett.

Az aggregálás főkomponensben valósult meg, ahol a 3 dimenzióból képzett főkomponens a teljes információ hányad 62%-át ragadta meg. Az eredmények

alapján elmondható, hogy mindegyik magyarázó dimenzió elegendő mértékben járul hozzá a főkomponenshez, illetve a főkomponensben képviselt súlyuk között sincs lényegi különbség. Legerősebb főkomponens alkotó dimenzióknak a kapcsolat szorossága bizonyult (0,867), leggyengébbnek pedig az érzelmi töltést kifejező skála (0,722). (lásd 3. Függelék)

Az iménti módon létrejövő főkomponens negatív értékei tekinthetők gyenge, pozitív értékei pedig erős kötésnek. Ily módon a kötések 46,9%-a gyenge, 53,1%-a pedig erős kötés. Némileg furcsának tűnhet a kötések megoszlása, hiszen a szakirodalom alapján elmondható, hogy az egyén kapcsolathálója a gyenge kötések túlsúlyával jellemezhető. A jelenségre magyarázatul szolgál, hogy más Fischer féle szituációs kérdéssel ellentétben, jelen esetben a kérdésfeltevés már eleve az erős kötésekre irányította a megkérdezett gondolatait. A szituációkat bevezető kérdés ugyanis a következőképpen szólt: „Sorold fel azokat a személyeket, akik segítenek vagy fontosak neked az életedben!” Megfigyelhető továbbá, hogy az említett segítő relációkat nagyobb részt régi kapcsolatok alkotják (77,2%), az új típusú kötések aránya 22,8%.

Az idő dimenzió bevonásával 4 féle kapcsolattípust különítettem el, melyek eloszlása a következő (100% az összes kötés):

48. Táblázat: Erős és gyenge kötések meghatározása az idő dimenzió bevonásával

Kapcsolat típusa	N	%
„Régi” erős kötés	435	44,4
„Régi” gyenge kötés”	321	32,8
„Új” erős kötés	85	8,7
„Új” gyenge kötés	138	14,1
Összesen	979	100

A tiewise adatbázisból a megkérdezettekre aggregáltam az egyes kötéstípusokat és elosztottam a megkérdezett által említett személyek számával. Így olyan mutatókat kaptam, amik kifejezik, hogy egy adott megkérdezett kapcsolathálóójában milyen arányban vannak jelen a „rég” típusú erős kötések, a „rég” típusú gyenge kötések, stb.

Önmagában az így létrejövő változók az alacsony szórásuk miatt nem voltak alkalmasak a magyarázó modellekben való részvételre. Az „új” típusú erős kötések megjelenítő változó esetében az esetek 91%-a 0-s értékkel szerepelt, illetve mind a 4 változó esetében a 0-s értékek túlságosan heterogén csoportot jelöltek ki, ezért további transzformációk végzése vált szükségessé. Ebben az új típusú kötések arányából ki lett vonva a régi típusú kötések aránya (külön-külön az erős és gyenge kötések esetében). Az így létrejövő változó pozitív értékei az új típusú kötések, negatív értékei pedig a régi típusú kötések dominanciáját jelentik. Az átlagok mutatják, hogy a mintában (netwise) mind az erős, mind a gyenge kötések esetében a „rég” típusú kapcsolatok dominálnak, a gyenge kötések esetében azonban kisebb ez a fölény.

49. Táblázat: Erős és gyenge kötések dominanciája

Kapcsolat típusa	Erős kötés	Gyenge kötés
Átlag	-0,3755	-0,1530

V. Eredmények, következtetések

V.1. Eredmények az egoról

A 201 megkérdezett majdnem háromnegyede férfi, az átlag életkor az összmintában 50 év. A legtöbben vidéki városból származnak, ezt az arányt a falun élők követik, legkevesebben a fővárosiak vannak. Több mint 5 éve józan a kérdezettek legtöbbször, de jelentős a 2-5 éve józanok aránya is. A visszaesések száma az AA-ba kerülés előtt átlagosan 13, az AA-ba lépés után mindössze 1 volt. Elmondható tehát, hogy nincs olyan személy, aki legalább egyszer ne esett volna vissza a két eset valamelyikéből. Átlagosan 22 év volt az italozás időtartama, a kérdezettek $\frac{1}{4}$ -e legfeljebb 15 évig, fele pedig legfeljebb 20 évig ivott. Kiterjedtnek mondható a személyes támogató kapcsolathálózat, ugyanis a teljes minta 63%-a nevezett meg 5, illetve 6 támogató személyt, átlagosan pedig 4,87 támogatót jelöltek meg.

V.2. Eredmények az alterről

A 979 megnevezésre került támogató kapcsolatban az AA tagok jelenléte kiemelkedő, ezt követi a gyerek, és a barát kapcsolat. Wellman és munkatársai (2002) szerint nem minden rokoni kapcsolat egyaránt támogató, a támogatás nagy részét a közvetlen rokoni kapcsolatok (szülők, felnőtt gyermekek, testvérek) adják, aminek az ellenkezője igazolódott a felmérésem alapján. A másik fontos wellman-i feltételezés kutatásomban is beigazolódott, miszerint a baráti, szomszédi vagy akár a munkatársi kapcsolatok is nagyobb támogatást nyújtanak, mint a rokoni kapcsolatok (nagybácsi/néni, unokatestvér, nagyszülő). Az egyik legkevesebbszer említett a szomszédi viszony. Érdekessége az adatoknak, hogy 19 plébános támogató kapcsolatot is megjelöltek, holott a magyar kutatások szerint ez a típusú támogatás egyre inkább háttérbe szorul.

A támogató kapcsolatok 91%-a több mint 1 éve tart, de kiemelkedő a több mint 5 éve tartó kapcsolatok aránya is.

A kapcsolat gyakoriságára jellemző, hogy a mintában szereplők 82%-a napi vagy heti gyakorisággal ápolja a kapcsolatát, mindössze 18% azoknak az aránya, akik havonta vagy annál is ritkábban találkoznak. A támogató kapcsolat szorosságára vonatkozó adatok szerint 69% nagyon, vagy eléggé szorosnak tartja a támogató kapcsolatát, elenyésző a nem, vagy csak kissé szoros segítő kapcsolatok száma. A rokoni kapcsolatok nagyobb valószínűséggel romlanak meg, és gyakrabban kerülnek konfliktushelyzetbe a kérdezettekkel. A visszaesésekhez a támogató kapcsolatok 24%-a többnyire vagy jelentősen hozzájárult, a józanság elérését pedig 7,5%-a egyáltalán nem, vagy csak egy kissé támogatta. A szeretet és tisztelet érzését majdnem mindenki megadja az általa támogatott személynek. A kölcsön, és a ház körüli segítség tekintetében nagy a megoszlás, az alterek $\frac{1}{4}$ -e egyáltalán nem ad kölcsönt, $\frac{3}{4}$ -a viszont hajlandó az anyagi segítségre. Elenyésző azoknak a száma, akik nem nyújtanak társaságot az egyénnek, illetve nem segítenek betegség esetén. A kérdezett kapcsolatai nagyrészt támogatónak bizonyultak a beszélgetés és tanácsadás szituációkban.

Elemzési eredmények

A házastársi, partneri és szülői csoportok jellemezhetők a legnagyobb multifunkcionalitással, vagyis legtöbbször bukkannak fel a különféle szituációkban (beszélgetés, tanács, betegség esetén segítség, kölcsön, stb...). Ez az érték a szakemberek, az AA tagok, a munkatársak, és furcsa módon a testvérek esetében viszont nagyon alacsony.

A korábban már bemutatott kutatások szerint a rokonság segítségét az életbevágóan fontos problémáknál, és krízishelyzetekben veszik igénybe az emberek, a közeli és távoli rokonság pedig más-más társadalmi támogatást biztosít. (Wellman, 2002) Több kutatás jutott arra a megállapításra, hogy a szülő-gyermek kapcsolat a leginkább támogató, a legmagasabb szintű emocionális és materiális segítséget nyújtó kapcsolat. Az anya-lánya és a testvéri kapcsolat is

kiemelkedően támogató, de elmarad az arány a szülő-gyermek kapcsolattal szemben. A kutatási eredményeim ellentmondanak ezeknek a megfigyeléseknek, legtöbb emocionális háttérrel ugyanis pontosan a gyerek, munkatárs és a partner kapcsolatok biztosították az egyén számára - az AA tagoknak is kiemelkedő a szerepük -, a barát, szülő és testvér kapcsolatok pedig a legkevesebbet.

A szociális dimenzióban a partnerek, házastársak, munkatársak és AA tagok szerepe kiemelkedő, legkevésbé a testvér, a szakember és a szülő támogató jelenléte növeli a kapcsolatháló szociális jellegét. A házastárs, szülő, partner és gyerek alterek különösen erősítik a kapcsolatháló instrumentális erejét, az AA tagok pedig a szociális erejét növelik. Legfontosabbak a párkapcsolatok, szerepük minden dimenzióban jelentős. A gyerekek támogatása az emocionális és instrumentális térben, a munkatársaké pedig a szociális és emocionálisban kiemelkedők. Egyetlen említett kapcsolat van, ami még ettől is kevesebb támogatást biztosít a kérdezettnak, azok pedig a szakemberek, akik meglepő módon emocionális segítséget nyújtanak, az átlaghoz képest nem túl nagy mértékben.

Wellman és Frank (2001) kutatási eredményei szerint egyértelmű az összefüggés a rokonság szorossága, és a társadalmi támogatás mértéke között; ha csökken az egyik, vele csökken a másik is. Elméletük alapján emocionális és instrumentális támogatás elsősorban a szülőktől és felnőtt gyermektől érkezik, ezt követi a testvérektől, a barátoktól, a szomszédoktól, és a tágabb rokonságtól, végül pedig az ismerősöktől kapott támogatás. Elemzéseim azonban ellentmondanak ezeknek a megfigyeléseknek, mivel két fontos/szoros támogató kapcsolat is bizonyítottan elenyésző támogatást nyújt, - a szülő és a testvér kapcsolatok ugyanis jóval az átlag alatti segítséget adják a felépülő alkoholbetegnek az emocionális, és a szociális támogatásban. Mindkét viszony az instrumentális segítségnyújtás területére korlátozza segítségét, azon belül is a mintaátlaghoz képest csekély, elenyésző mértékben. Wellman kutatásaiban arra az eredményre jutott, hogy minél erősebb a kapcsolat, annál nagyobb valószínűséggel biztosít emocionális segítséget, szolgáltatást, vagy mindkettőt. Ez a kutatási eredmény a

vizsgálatomban kizárólag a felnőtt gyerek és a párkapcsolat esetében nyújtott támogatásra igazolódott be.

A kutatási eredményeim ellentmondanak annak az elméleti tézisnek is, mely szerint (Lin, 1982) a kapcsolat erőssége határozza meg az adott kapcsolaton keresztül hozzáférhető segítség típusát; például instrumentális segítség a gyenge kötésektől, emocionális pedig az erősektől várható. Kutatásomban pont az erős kötések nem biztosítottak emocionális támogatást a célcsoportnak, ellentétben a gyenge kötésekkel, amik ezt a támogatási formát nyújtották. A megkérdezettek visszaeséseiben legnagyobb a párkapcsolatok szerepe, 46%-a valamilyen mértékben szerepet játszott a visszaesésekben. Az életkor, nem és településtípus szociodemográfiai magyarázó változók közül a kor szignifikáns kapcsolatban van a függő változóval. A lakóhely típusa szerint a fővárosban lakók enyhén nagyobb valószínűséggel tartoznak a vizsgált célcsoportba, mint a kistelepüléseken lakók. Az alkoholizmus időtartamát tekintve, minél régebb óta diagnosztizált alkoholisták az egyén, annál valószínűbb, hogy a célcsoport tagja. A megkérdezettek kapcsolathálójának mérete (kötések száma és alterek száma) és a kapcsolatok átlagos multifunkcionalitása nincs hatással a célcsoportba tartozásra.

A kapcsolat típusait csoportosítva,

1. rokoni: közeli rokon (szülő, testvér, gyerek), párkapcsolat (házastárs, partner), távoli rokon (családtag, unokatestvér, keresztszülő, gyerek házastársa, testvér házastársa, házastárs szülője)
2. baráti: ismerős (munkatárs, ismerős, szomszéd), barát, AA tag),
a logisztikus regresszió elemzéséből kiderül, hogy sem a barátok, sem az ismerősök aránya nem meghatározó a célcsoportba kerüléshez. Ellenben az AA tagok nagyobb aránya növeli ezt az esélyt. A különböző típusú rokoni kapcsolatok arányának nincs hatása a célcsoportban tartozáshoz. A közeli rokonok vizsgálatát kiegészítve a megromlott rokoni kapcsolatokkal, az eredmények szerint minél kisebb arányban vannak az egyéni kapcsolathálón belül a megromlott rokoni kapcsolatok, annál valószínűbb, hogy az egyén a célcsoport tagjai közé tartozik.

V.3. Hipotézis eredmények

Alhipotézisek

Minél több egy 50 évnél fiatalabb régi kötésű emocionális támogató kapcsolata, annál valószínűbb, hogy nem tartozik a célcsoportba, illetve minél több az új kötésű szociális annál valószínűbb, hogy igen. Minél több egy 50 évnél idősebb új kötésű emocionális és instrumentális, illetve minél kevesebb az új kötésű szociális annál valószínűbb, hogy a célcsoport tagja.

Nem szerinti bontásban a férfiak esetében minél több a régi kötésű emocionális támogató kapcsolata, annál valószínűbb, hogy nem tartozik a célcsoportba. Walton és munkatársai (2001) kutatási adatai kimutatták, hogy a kezelés után levő férfiaknál a házasság egyfajta védő faktor, vagyis a nős férfiaknak jobbak az esélyeik, mint a nem nőknek. Ennek a kutatásának ellentmondva az eredményeim szerint a házas férfiak nagyobb valószínűséggel célcsoporton kívüliek. Kutatásuk másik fontos következtetése, hogy a józanodó férfiaknak olyan új szociális hálót kell kialakítania, ami nem az alkoholhasználatra koncentrálnak. Disszertációm szintén ezt támasztja alá azzal a megfigyeléssel, mely szerint az új típusú emocionális támogatások magas száma segíti a célcsoportba tartozást.

A férfiaknak nagyobb szükségük van visszaesést megelőző programokra, amik segítenek megbirkózni a negatív társadalmi hatásokkal, illetve a környezettől elszenvedett feszültséggel. Kifejezetten férfiak számára aktuálisak a problémákkal való megbirkózás képességét fejlesztő programok, amik magukban foglalják a visszaesés kezelését. A nők ezzel szemben bizonyítottan inkább egyedül isznak, és az egyéni terápiát részesítik előnyben, vagyis a visszaesést megelőző programok kevésbé felelnek meg a számukra. A nők körében a régi instrumentális kötések a célcsoport irányába, a régi szociális kötések pedig nem a célcsoport irányába mutatnak. Az új típusú kötések eredményei a nőknél a mintámban az alacsony esetszám miatt nem szignifikánsak.

Fő hipotézis

A fő hipotézist igazolja már pusztán az a tény is, hogy míg az AA-ba kerülés előtt átlagosan 13 volt a visszaesések száma, addig az AA-ba lépés után mindössze 1. Egyértelműen megfigyelhető az új gyenge típusú kötések józanságot eredményező hatása.

A Fischer szituációs modell helyzetait a következőképpen csoportosítottam:

- emocionális: támogatás az ivásról való leszokásban és a szeretet szituációban említett kapcsolatok
- szociális: a problémák megbeszélése, tanácskérés és társaságnyújtás szituációban említett kapcsolatok
- instrumentális: a kölcsön, betegség és ház körüli segítség szituációban említett kapcsolatok

Két tényező nincs hatással a krónikus visszaesésre, az egyes dimenziókban mért kötések mennyisége, valamint az instrumentális és szociális támogató jelleg. A józanság utáni kapcsolatokat megfigyelve elmondható, hogy minél több az új emocionális kötés, annál valószínűbb, hogy a kérdezett a célcsoport tagja. A „régiből”, józanság előtti időkre visszanyúló emocionális kapcsolatok nem jellemzőek erre a csoportra, vagyis minél több a „régiből” emocionális kapcsolat, annál valószínűbb a nem célcsoportba tartozás. Az emocionális kapcsolat nem azonos az erős kötéssel, de az erős kötésnek egy fontos dimenziója a kapcsolat érzelmi töltése, így ez az eredmény mindenképpen támogatja a hipotézist.

Az erős és gyenge kötések operacionalizálásánál 3 dimenziót vettem figyelembe:

- kötések multiplicitása: A Fischer féle szituációk közül 6 db lett figyelembe véve (tanács, társaság, beszélgetés, kölcsön, betegség esetén segítség és ház körül segítség). Minden egyes kapcsolati személyhez (alter) hozzá lett rendelve egy index, ami azt mutatta meg, hogy az adott alter a felsorolt 6 szituációban hányszor bukkan fel.
- kötések szorossága,
- kötések érzelmi töltése

A kötések 47%-a tekinthető gyenge, és 53%-a erős kötésnek. A kötések megoszlása az egyén kapcsolathálója a gyenge kötések túlsúlyával jellemezhető, ami ellentmond a szakirodalmak eredményeinek. A jelenségre az szolgál magyarázatul, hogy a kérdésfeltevés már eleve az erős kötésekre irányította a kérdezett gondolatait. („Sorold fel azokat a személyeket, akik segítenek vagy fontosak neked az életedben!”)

Az idő dimenzió bevonásával négy féle kapcsolattípust különítettem el, melyek eloszlása a következő (100%- összes kötés):

- régi erős kapcsolat 44,4%,
- régi gyenge kapcsolat 32,8%,
- új erős kapcsolat 8,7%,
- új gyenge kapcsolat 14,1%.

Megfigyelhető, hogy nagyobb részt régi kapcsolatok alkotják (77%) az említett segítő relációkat, az új típusú kapcsolatok aránya 23%. Megvizsgálva, hogy egy megkérdezett kapcsolathálójában milyen arányban vannak jelen a „rég” típusú erős, a „rég” típusú gyenge, stb. kötések, elmondható az átlagok alapján, hogy mind az erős, mind a gyenge kötések esetében a „rég” típusú kapcsolatok dominálnak, a gyenge kötések esetében azonban kisebb ez a fölény.

Az egyén kapcsolathálójában minél tekintélyesebb részarányt képeznek az új gyenge típusú kötések, annál valószínűbb, hogy a célcsoportba tartozik, és fordítva, minél nagyobb a részaránya a régi típusú gyenge kötéseknek, annál valószínűbb, hogy nem. Az erős kötések változó nem működik, ez valószínűleg arra vezethető vissza, hogy nagyon kevés az új típusú erős kötés. A Fischer modell eredménye (közvetve, a kötések erejének legalább egy dimenziójában) azonban megerősítette a hipotézist.

Összességében a célcsoportról a vizsgálat alapján elmondható, hogy az tartozik a több évig kórosan italozó, de régóta józan (reményteljes krónikus) célcsoportba, aki:

- 50 év alatti, és több új szociális támogatású kapcsolata van, viszont kevés régi emocionális, vagy
- 50 év feletti, és több új emocionális és instrumentális támogatású kapcsolata van, viszont kevés új emocionális, vagy
- férfi, és több új szociális támogatású kapcsolata van, viszont kevés régi emocionális, és nem házas, vagy
- nő, és több régi instrumentális támogatású kapcsolata van, viszont kevés régi szociális, vagy
- nagyobb arányban szerepel a támogató kapcsolatai között közeli családtag, volt párkapcsolat, illetve kisebb arányban a rokoni, távoli rokoni és jelenleg is tartó párkapcsolat, vagy
- nagyobb arányban szerepel a támogató kapcsolatai között AA tag, és kevesebb a megromlott rokoni kapcsolata, vagy
- több új emocionális támogatású, és több új gyenge kötésű kapcsolata van, valamint kevés régi emocionális, és régi gyenge kötésű kapcsolata van.

Ahol a régi típusú kapcsolat a józanság előtt már meglévő kapcsolatokat, az új pedig a józanság után létrejött kapcsolatokat jelenti.

Russell és munkatársai (1992) eredményei adnak útmutatást a probléma általam is lehetségesnek tartott kezelésére:

Azok az alkoholbetegek, akik a kezelés során nagyobb mértékű támogatást kaptak a családtagoktól és barátoktól, kisebb valószínűséggel estek vissza, mint azok, akik csak mérsékelt, vagy nagyon kevés támogatást kaptak. A tanulmány szerint előjelezhető a visszaesési mutató a régebbi alkoholbetegek, illetve a korábban kórházban kezelték, valamint a család és a barátok által támogatottak között. A kezelési környezetén kívül megnövekedett az alkoholbeteg önértékelése, ami azt jelenti, hogy képessé vált legyőzni az alkoholproblémáját. A másoktól kapott bátorítás, és támogatás növelésével, növekedhet az alkoholbeteg esélye a teljes

felgyógyulásra. Az alkoholisták az önbecsülés hiánytól is szenvednek, azok a támogatások, melyek növelik az önbecsülést, önérzetet, meg tudnak célozni egy specifikus hiányt az alkoholista önérzetében, növelve ezáltal a gyógyulás esélyét.

VI. Függelék

1. Kérdőív

Kérlek olvasd el figyelmesen és válaszolj a kérdésekre!

1. Nemed: ___ 2. Korod: ___ 3. Lakóhelyed: _____

4. Hány évig ittál? _____

5. Hány visszaesésed volt az AA előtt (kb.)? _____

6. Hány visszaesésed volt az AA óta? _____

7. Mióta vagy józan? _____

8. Sorold fel azokat a személyeket, akik segítenek vagy fontosak neked az életedben!

Segít a következő lista a viszonyokról, hogy minél több ember az eszedbe jusson, pl: - házastárs vagy partner, - családtagok vagy rokonok, - barátok, - munka- vagy iskolatársak, - szomszédok, - egészségügyi gondozók, - tanácsadó vagy terapeuta, - AA-tag, - plébános, - egyéb, stb.

Név/becenév	Viszony
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

Kérlek a következő kérdéseknél tartsd azt a sorrendet, ahogy az előbb megadtad őket! Minden felsorolt személynél pontozd a kérdést!

9. Mióta ismered a felsorolt személyeket? Pontozd 1-5-ig:

1 = kevesebb, mint 3 hónapja

2 = 3-12 hónapja

3 = 1-2 éve

4 = 2-5 éve

5 = több, mint 5 éve

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

10. Milyen gyakran tartod a kapcsolatot a felsorolt személyekkel (személyesen, telefonon vagy más módon)?

1 = naponta

2 = hetente

3 = havonta

4 = évente néhányszor

5 = évente egyszer vagy kevesebbszer

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

A felsoroltaknál pontozd 1-5ig a következő kérdéseket:

1 = egyáltalán nem

2 = egy kissé

3 = közepesen

4 = többnyire

5 = jelentősen

11. Mennyire támogat abban ez a személy, hogy ne igyál?

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

12. Mennyire szeret vagy tisztel ez a személy?

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

13. Ha szükséged van arra, hogy meglátogass valakit, elmenj vele sétálni vagy vacsorázni, akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személyre?

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

14. Ha hirtelen nagyobb pénzösszegre van szükséged kölcsönbe (kb. 50ezer Ft-ra), akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személyre?

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

15. Ha segítségre van szükséged (ház körüli munkához, gyerekfelügyeletre), akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személy segítségére?

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

16. Ha személyes problémád vagy gondod van és meg szeretnéd beszélni valakivel, akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személy segítségére?

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

17. Ha információra vagy tanácsra van szükséged egy fontos döntés vagy változás meghozatala előtt, akkor a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személy segítségére?

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

18. Hosszabb betegség esetén a felsoroltak közül mennyire számíthatsz az adott személy segítségére?

1. _____ 3. _____ 5. _____

2. _____ 4. _____ 6. _____

19. Mennyire tartod szorosnak a kapcsolatodat a felsorolt személyekkel?

1 = egyáltalán nem szoros; 2 = kissé szoros; 3 = közepesen szoros; 4 = elég szoros; 5 = nagyon szoros

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

20. Milyen gyakran kerülsz konfliktusba ezzel a személlyel? Milyen gyakran fordul elő, hogy megbánt, elszomorít vagy felidegesít?

1 = soha
2 = ritkán
3 = gyakran
4 = minden egyes alkalommal

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

21. Milyen mértékben járul/t hozzá a viselkedésével ez a személy a visszaesésidhez? (bizalmatlanság, gyanúsítgatás, állandó figyelés)

1 = egyáltalán nem; 2 = egy kissé; 3 = közepesen; 4 = többnyire
5 = jelentősen

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

22. Az utóbbi évek alatt megromlott a kapcsolatod a felsoroltak közül valamelyik személlyel?

1 = Igen
2 = Nem

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

22a. A józanságod megtartását mennyire segítették ezek az emberek, akikkel megromlott a kapcsolatod?

1 = egyáltalán nem; 2 = egy kissé; 3 = közepesen; 4 = többnyire
5 = jelentősen

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

23. Az utóbbi évek alatt megszakadt a felsoroltak közül valamelyik fontos kapcsolatod?

1 = Igen
2 = Nem

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

23a. A józanságod megtartását mennyire segítették ezek az emberek, akik már nem elérhetők számodra?

1 = egyáltalán nem
2 = egy kissé

3 = közepesen

4 = többnyire

5 = jelentősen

1. _____

3. _____

5. _____

2. _____

4. _____

6. _____

24. Sorold fel azokat a fontos személyeket, akiket eddig esetleg nem említettél, és „ellendrukkerként“ viselkednek/tek veled!

Segít a következő lista a viszonyokról, hogy minél több ember az eszedbe jusson, pl: - házastárs vagy partner, - családtagok vagy rokonok, - barátok, - munka- vagy iskolatársak, - szomszédok, - egészségügyi gondozók, - tanácsadó vagy terapeuta, - AAtag, - plébános, - egyéb, stb.

Név/becenév	Viszony
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

Kérlek a következő kérdéseknél tartsd azt a sorrendet, ahogy az előbb megadtad őket! Minden 24. pontban felsorolt személynél pontozd a kérdést!

25. Mióta ismered a felsorolt személyeket? Pontozd 1-5ig:

1 = kevesebb, mint 3 hónapja

2 = 3-12 hónapja

3 = 1-2 éve

4 = 2-5 éve

5 = több, mint 5 éve

1. _____

3. _____

5. _____

2. _____

4. _____

6. _____

26. Milyen gyakran tartod a kapcsolatot a felsorolt személyekkel (személyesen, telefonon vagy más módon)?

1 = naponta

2 = hetente

3 = havonta

4 = évente néhányszor

5 = évente egyszer vagy kevesebbszer

1. _____

3. _____

5. _____

2. _____

4. _____

6. _____

2. Emocionális, szociális, instrumentális dimenziók meghatározása főkomponens elemzéssel

2.1. Emocionális dimenzió

Communalities

	Initial	Extraction
mennyire támogat 1 ne igyál	1,000	,733
mennyire szeret1	1,000	,733

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,466	73,286	73,286	1,466	73,286	73,286
2	,534	26,714	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix(a)

	Component
	1
mennyire támogat 1 ne igyál	,856
mennyire szeret1	,856

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a 1 components extracted.

2.2. Szociális dimenzió

Communalities

	Initial	Extraction
támogató látogatás 1	1,000	,460
támogató probléma 1	1,000	,740
támogató információ 1	1,000	,747

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,948	64,920	64,920	1,948	64,920	64,920
2	,707	23,579	88,500			
3	,345	11,500	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix(a)

	Component
	1
támogató látogatás 1	,678
támogató probléma 1	,861
támogató információ 1	,865

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a 1 components extracted.

2.3. Instrumentális dimenzió

Communalities

	Initial	Extraction
támogató kölcsön 1	1,000	,604
támogató segítség 1	1,000	,747
támogató betegség 1	1,000	,601

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,951	65,042	65,042	1,951	65,042	65,042
2	,638	21,279	86,321			
3	,410	13,679	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix(a)

	Component
	1
támogató kölcsön 1	,777
támogató segítség 1	,864
támogató betegség 1	,775

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a 1 components extracted.

3. Erős és gyenge kötések kialakítása főkomponens elemzéssel

Communalities

	Initial	Extraction
sz1_funk	1,000	,588
kapcsolat szorossága 1	1,000	,752
mennyire szeret1	1,000	,521

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,861	62,023	62,023	1,861	62,023	62,023
2	,725	24,173	86,196			
3	,414	13,804	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix(a)

	Component
	1
sz1_funk	,767
kapcsolat szorossága 1	,867
mennyire szeret1	,722

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a 1 components extracted.

Irodalomjegyzék

Alcoholics Anonymus 70 years of growth [2005]: Alcoholics Anonymus World Services

Alcoholics Anonymus Membership Survey 2004 [2005]: General Service Office
www.aa.org.

Anonim Alkoholisták [1996]: Alcoholics Anonymus World Services, New York City

Bill így látja – Az AA életstílus [1996]: Alcoholics Anonymus World Services, New York City

Tizenkét lépés és tizenkét hagyomány [1993]: Alcoholics Anonymus World Services, New York City

Living Sober.(Some Methods AA Members Have Used for Not Drinking) [1999]: Alcoholics Anonymus World Services, New York City

Akers, R.L. - Cochran, J.E. [1985]: Adolescent marijuana use: A test of three theories of deviant behaviour. In: Deviant Behaviour, 6, 323-346.

Alasuutari, P. [1990]: Desire and Craving, Studies in a Cultural Theory of Alcoholism. University of Tampere, Tampere

Albert F. – Dávid B.: A hajléktalanság az emberi kapcsolatok szemszögéből: szakirodalmi áttekintés. www.socialnetwork.hu/cikkek/hl.htm

Albert F. – Dávid B. [2001]: Ha elszakad a háló: a hajléktalanság kapcsolathálózati megközelítésben. Új Mandátum, Budapest

Albert F. – Dávid B. [2006]: A kapcsolati tőke dimenziói etnikai metszetben. In: Kolosi Tamás - Tóth István György - Vukovich György (szerk): Társadalmi Riport 2006. TÁRKI

Albert F. – Dávid B. [2003]: Az emberi kapcsolatok alakulása Magyarországon a XX. század utolsó évtizedében. Kutatási jelentés http://www.tarki.hu/cgi-bin/katalogus/publikacio_hun.pl

Albert F. - Dávid B. [2000]: A kapcsolathálózatokról. In: Növekedés alulnézetben. Táarki Monitorjelentések

Albert F. - Dávid B. [1994]: Magyarországon tanuló külföldi diákok kapcsolathálózati jellemzői. Szociológiai Szemle/3

Alkohol. Önségítés – tömegtájékoztatás [1992]. Alkoholológiai Füzetek 15, Országos Alkoholológiai Intézet, Budapest

Andorka R. [1984]: Az alkoholizmus elleni küzdelem külföldön. Kiadó: Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság, Budapest

Andorka, R. [1994]: Social changes and social problems in Hungary since 1930s. Economic, social and political causes of demise of state socialism. Comparative Social Research

Andorka R. [1996]: Merre tart a magyar társadalom? Antológia Kiadó, Lakitelek

Andorka R. – Buda B. – Cseh-Szombathy L. [1974]: A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat Kiadó, Budapest

Angelusz R. – Tardos R. [1991]: Hálózatok, stílusok, struktúrák. Kiadó: ELTE Szociológiai Intézet, Budapest

Angelusz R. - Tardos R. [1990]: Társadalmak rejtett hálózata. Magyar Közvéleménykutató Intézet, Budapest

Angelusz R. – Tardos R. [1991]: A „gyenge kötések” ereje és gyengesége. In: Utasi Á. (szerk.): Társas kapcsolatok, Gondolat Kiadó, Budapest

Angelusz R. - Tardos R [1998].: A kapcsolathálózati erőforrások átrendeződésének tendenciái a kilencvenes években. In: Kolosi Tamás - Tóth István György - Vukovich György (szerk): Társadalmi Riport 1998. TÁRKI

Antze, P. [1989]: Az ideológiák szerepe az azonos élethelyzetűek pszichoterápiás szervezeteiben – néhány elméleti megfontolás és három esettanulmány. In: Fridli J.: Önszolgáltató csoportok: Laikusok önkéntes társulásai a humán szolgáltatásban. Budapest, Országos Egészségvédelmi Tanács

Argyle, M. [1991]: Friendship, Cooperation, Chapter VIII, Routledge, London

Armsztong, D. [1981]: Az orvosi szociológia alapjai. Semmelweis Kiadó, Budapest

Bálint I. [1981]: Az alkoholizmus főbb kérdései. Alkoholológiai Kiskönyvtár 3. Medicina Kiadó, Budapest

Baldauf K. [2007]: Az Anonim Alkoholisták közössége Magyarországon. BCE szakdolgozat

Bandura, A. [1982]: Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37, 122-147.

Bandura, A. [1986]: Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Berkman L. - Syme S. [1979]: Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.

Biegel, D.E. – Tracy, E.M. [1994]: Strengthening Social Networks. *Health and Social Work*

Bienenstock, E., Bonacich, P., Oliver, M. [1990]: The effect of network density and homogeneity on attitude polarization, *Social Networks* 12, 153-172.

Bourdieu, P. [1994]: Férfiuralom. In: Hadas Miklós (szerk.): Férfiuralom. Replika kör, Budapest

Buda B. [2002]: A drogmegelőzés elméleti alapjai. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest

Buda B. [1992]: Az alkoholológia új távlatai. Akadémiai Kiadó, Budapest

Buda B. [1998]: Elmélet és alkalmazás a mentálhigiében. Kiadó: TÁMASZ Alapítvány és az Országos Alkoholológiai Intézet, Budapest

Burr, A. [1987]: Alkoholista a családban. Medicina Könyvkiadó, Budapest

Burt, R. [1992]: Structural holes. Chicago: University of Chicago Press.

Cassel, J. [1976]: The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107–123.

Donovan. J.E., Jessor, R. [1985]: Structure of problem behaviour in adolescence and young adulthood. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 890-904.

Durkheim, E. [2000]: Az öngyilkosság. Osiris Kiadó, Budapest

Durkheim, E. [1978]: A társadalmi tények magyarázatához. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest

Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja [2007]
http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=5451

Elliott, D.S., Huizinga, D., Menard, S. [1989]: Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems. New York: Spriner-Verlag.

Fischer, C. [1982]: To dwell among friends. Berkeley, CA: University of California Press

F. Lassú Zs. [2004]: Barátok és barátnők-együtt és egymás ellen. Akadémia Kiadó, Budapest

Fónagy P. [1996]: Patterns of attachment, interpersonal relationships and health. In: In: Health and Social Organization, (Eds:Blane D., Brunner E., Wilkinson R.) Routledge, New York, 125-151.

Fukuyama, F. [1995]: Trust, the social virtues and the creation of prosperity. The Free Press, New York

Funk S. [2000]: Korszerű terápiás lehetőségek krónikus alkoholbetegségben. Háziiorvosi Továbbképző Szemle 5. 190.

Gerevich J. [2000]: A szenvedélybetegek rehabilitációja – elméleti modelljei. In: Huszár – Kullmann – Tringer: A rehabilitáció gyakorlata. Medicina, Budapest, 174-180 p.

Gouldner, H., Strong, M. S. [1987]: Speaking of friendship: Middle-class women and their friends, Westport, Greenwood Press

Granello, P.F. [2001]: A Comparison of Wellness and Social Support Networks in Different Age Groups. *Adultspan Journal*

Haines, V., Hurlbert, J.[1992]: Network range and health, *Journal of Health and Social Behaviour*, 33, 254–266.

Heaney, C.A. and Israel, B.A. [2002]: Social Networks and Social Support. In K. Glanz, B.K. Rimer and F.M. Lewis: *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco

Heather, N. [1995]: *Treatment Approaches to Alcohol Problems*. WHO Regional Publications, European Series, No. 65

Herrera-Castanedo, S., Vazquez-Barquero, JL., Gaité, L. [1996]: Alcohol consumption in a rural area of Cantabria, *Soc Psychiatry Epidemiol*, 31, 3-4, 199-206.

House, J.S. [1981]: *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley

Jacobson, D.E. [1986]: Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behaviour* 27, 250-264.

Józan P. [2006]: A nők egészségi állapotának néhány jellemzője. (elektronikus verzió) A tanulmány eredetileg nyomtatásban megjelent: Józan Péter (1999): „A nők egészségi állapotának néhány jellemzője” in: *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*, 1999, Pongrácz Tiborné, Tóth István György, (szerk.). Budapest: TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviseleti Titkársága

Kaplan, B.H. - J.C. Cassel – S. Gore [1977]: Social Support and Health. *Medical Care* 15 (supplement), 47-58.

Kaskutas, L.A.; Bond, J.; Humphreys K. [2002]: Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Addiction*, vol. 97

Kassai-Farkas Á. [2007]: <http://www.vitalitas.hu/?ctype=5&did=6577&cid=1324>

Katz, A.H. [1989]: Önségítés és kölcsönös segítség – Új társadalmi mozgalom? In: Fridli J.: Önségítő csoportok: Laikusok önkéntes társulásai a humán szolgáltatásban. Budapest, Országos Egészségvédelmi Tanács

Kopp M., Skrabski Á., Szedmák S. [1998]: A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In: Glatz, F. (szerk.): Magyarország az ezredfordulón. MTA Stratégiai Kutatások. Népegészség, orvos, társadalom. Budapest

Kopp M., Skrabski Á., Szedmák S. [1998]: A bizalom, a társas támogatás, az összetartozás, az együttműködés képességének egészségügyi jelentősége. *Végeken* /4

Kopp M., Skrabski Á. [2000]: A magyar lelkiállapot és a társadalmi tőke szerepe a népegészségügyi mutatók alakulásában. In: Elekes Zs., Spéder Zs. (szerk.): Törések és kötések a magyar társadalomban. Századvég Kiadó, Budapest

Kopp M., Szedmák S., Lóke J., Skrabski Á. [1997]: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében, *Lege Artis Med*, 7

Kopp M., Skrabski Á. [2002]: A magyarság társadalmi és erkölcsi tőkéje. *Valóság*, 2002/9

Koski-Jännes, A. [1992]: Alcohol Addiction and Self-Regulation, A Controlled Trial of a Relapse. Prevention Program for Finnish Inpatient Alcoholics. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Helsinki

Környey E. – Kassai-Farkas Á. [2002]: Az alkoholbetegség és neuropszichiátriai szövődményei. Medicina, Budapest

KSH Demográfiai évkönyv. 2005.

Kumpfer, K.L.; Turner, C.W. [1991]: The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of Addictions*, 25.

Lazarus, R.S., Folkman, S. [1984]: Stress, appraisal and coping. Springer, New York

Lehto, J. [1995]: Approaches to Alcohol Control Policy. WHO Regional Publications, European Series, No. 60

Levendel L. [1987]: Alkoholbetegek gyógykezelése és gondozása. Akadémiai Kiadó, Budapest

Levendel L. [1991]: Önkormányzati alkoholpolitika. Tanulmánykötet. Kiadó: „Egészség” Alkoholmentes Rehabilitációs Egyesület, Budapest

Lin, N., Xiaolan, Y., Walter M. E. [1999]: Social Support and Depressed Mood: A Structural Analysis. *Journal of Health and Social Behaviour* 40, 344-359.

Lin, N.; Dean, A.; Ensel, W. [1986]: Social Support, Life Events and Depression. Orlando, Academic Press

Lin, N. [1982]: Social Resources and Instrumental Action. In *Social Structure and Network Analysis*, ed. by P. Marsden and N. Lin, Beverly Hills, CA: Sage.

Lin, N. et al. [1979]: Social Support, Stressful Life Events, and Illness: A Model and an Empirical Test. *Journal of Health and Social Behaviour*, 20: 108-119.

Litt, M.D.; Kadden, R.M.; Kabela-Cormier, E.; Petry, N. [2007]: Changing network support for drinking: Initial findings from the Network Support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Aug Vol 75

Makela, P.; Fonager, K.; Hibell, B., Nordlund, S.; Sabroe, S.; Simpura, J. [2001]: Episodic Heavy Drinking in Four Nordic Countries: A Comparative Survey. STAKES / Alcohol and Drug Research, Helsinki

Mitchell, R.E. - E.J. Trickett [1980]: Social Networks as Mediators of Social Support: an Analysis of the Effects and Determinants of Social Networks. *Community Mental Health Journal*, 16, 27-44.

Moeller, M. [1989]: Demokratikus munkakapcsolat az önségítő csoportokban – A deprofessionalizálódás hatásai a terápiás kapcsolatokra. In: Fridli J.: Önségítő csoportok: Laikusok önkéntes társulásai a humán szolgáltatásban. Budapest, Országos Egészségvédelmi Tanács

Müller, C., Wellman, B., Marin, A. [1999]: How to use SPSS to study ego-centered networks. *Bulletin de Methode Sociologique* 69, 83-100.

Najman, J.M. [1993]: Health and poverty: past, present and prospects for the future. *Social Science and Medicine* 36 (2): 157-166.

Norbeck, J.S. [1995]: Scoring Instructions for the Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ). Unpublished manual available online through the UCSF School of Nursing website: www.nurseweb.ucsf.edu

Oliker, S. J. [1989]: Best friends and marriage: Exchange among women, University of California Press, Berkeley

Österberg, E. [2000]: Themes from Finland; International Seminar on Alcohol Retail Monopolies: Exchange of Information and Experience. STAKES, Helsinki

Payne, D.C. [2001]: Social relationships and Health: Past, Present, and Future. The Ohio State University, Health and the Life Course, Reports. <http://www.sociology.ohiostate.edu/classes/soc758/mirowsky/fall2001/products.htm>

Pénzes M. [2000]: Drogfogyasztás a hazai és nemzetközi vizsgálatok tükrében. In: Murányi I., Pénzes M., Barát K.: Drog - család – érték. Nevelőotthonban élő fiatalok drogfogyasztása és értékrendje. Nyíregyháza 2000. Kiadja: Északkelet Magyarországi Szenvedélybetegségeket Megelőző Egyesület (szerk.) Murányi I.

Pescosolido, B. [1991]: Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance, *Advances in Medical Sociology*, 2, 161–184.

Pikó B., Paulik E., Pető É., Müller A. [1995]: Orvos- és gyógyszerészhallgatók dohányzással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. *Addictologia Hungarica*/ 3

Pikó B. [2000]: Dohányzás serdülő-és ifjúkorban: az attitűdöktől a magatartásig *Addictologia Hungarica*/ 8

Pugliesi, K. - Shook L. [1998]: Gender, Ethnicity and Network Characteristics: Variation in Social Support Resources. *Sex Roles: A Journal of Research*

Rihmer Z., Belső N., Barsi J., György S. [1995]: Depresszió és öngyilkosság. *Literatura Medica Kiadó*

Rosovsky, H., Garcia, G., Gutierrez, R., Casanova, L. [1992]: Al-Anon Groups in Mexico. *Contemporary Drug Problems*

Rush, M.M. [2007]: Perceived social support in AA. Dimensions of social interaction among sober female participants in Alcoholics Anonymous. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*

Russell D.W., Booth, B.M., Soucek, S., Laughlin, P.R. [1992]: Social support and outcome of alcoholism treatment: an exploratory analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, March

Sarason, I. G., Pierce, G. R. [1994]: Social support: global and relationship-based levels of analysis, in: *Journal of Social and Personal relationships*. Vol. 11 295-312.

Scharff, D. [1996]: Mother to Mother Telephone Support Project: Formative Evaluation and Intervention Design. *International Journal of Childbirth Education*

Seligman, M.E.P. [1975]: *Helplessness: On Depression, Development and death*, Freeman, WH, San Francisco

Sherbourne, C.D., R.D. Hays [1990]: Marital Status, Social Support, and Health Transitions in Chronic Disease Patients. *Journal of Health and Social Behaviour* 31, 328-43.

Shumaker, S.A. - A. Brownell [1984]: Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40: 11-36.

Simpura, J., Karlsson, T. [2001]: *Trends in Drinking Patterns in Fifteen European Countries, 1950 to 2000 (A Collection of Country Reports)*. STAKES, Helsinki

Singer, B.H. – Ryff, C.D. [2001]: *New Horizons in Health: An Integrative Approach*. Washington, D.C.: National Academy Press

Skrabski Á, Kopp M., Kawachi, I. [2003]: Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003.

Skrabski, Á. – Kopp, M. [1999]: Társadalmi beállítottság, társadalmi tőke. Századvég/12

Sloan, V.J., Jason, L.A., Addlesberger, E. [1996]: Social Networks among Inner-city Minority Women. Education

Stokowski, P., Lee, R.[1991]: The influence of social network ties on recreation and leisure, Journal of Leisure Research, 2, 95–113.

Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumin G., Schut H. [1997]: The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory, J Pers Soc Psychol, 70, 1241-1249.

Szabó L. [2003]: A társadalmi támaszt nyújtó személyes kapcsolatháló és a szubjektív életminőség összefüggései az egészséges és a mozgáskorlátozott személyek körében. Ph.D. értekezés

Szabó L. [2003]: A boldogság relatív – fogyatékos és szubjektív életminőség. Szociológiai Szemle 2003/3.

Székelyi M. – Barna I. [2002]: Túlélőkészlet az SPSS-hez. Typotex Kiadó

Szerepváltozások - Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. [1999] Szerk.: Pongrácz Gy. és Tóth I. Gy., TÁRKI, Budapest

Szikszay P. – Tóth M. [1999]: Deviáns alkoholológia. (A Minnesota Modell első tíz éve). Kiadó: Szőlőtő Alapítvány, Györköny

Takách G. [1995]: Miért ne igyunk...sokat. SubRosa Kiadó, Budapest

TÁRKI [2002] Közép-európai közvélemény: Családi konfliktusok a közép-kelet európai országokban. A Central European Opinion Research Group (CEORG) havi rendszeres közvélemény kutatása

Thoits, P. [1982]: Life stress, social support, and psychological vulnerability. *Journal of Community Psychology*, 10, 341–362.

Thoits, P.A. [1982]: Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 23, 145-159.

Utasi Á. [1991]: Az interperszonális kapcsolatok néhány nemzeti sajátosságáról. In: Utasi Á. (szerk.): *Társas kapcsolatok*. Gondolat Kiadó, Budapest

Utasi Á. [2002]: Fiatal egyedülálló nők párkapcsolati esélye. In: Nagy I. - Pongrácz T-né -Tóth I. Gy. (szerk.): *Szerepváltozások 2001*. Budapest: TÁRKI - Szociális és Családügyi Minisztérium, 113-133.

Utasi Á. [1990]: Baráti kapcsolatok, In: *Társadalmi Riport*, (szerk.): Andorka R., Kolosi T., Vukovich Gy., TÁRKI, Budapest

Utasi Á. [2000]: A társadalmi szolidaritás és integráció. Fogalmi értelmezés, kategóriák és jelzőszámok. KSH, Budapest

Utasi Á. [2002]: A társadalmi integráció és a szolidaritás alapjai: a bizalmas kapcsolatok. *Századvég/2*

Utasi Á. [1999]: The Emotional Function of Interpersonal Relations. Presented at the International Conference „Foreign Regional Cooperation in the Mediterranean Basin” Arles, 1999. május 27-28. www.socialnetwork.hu/cikkek/cikkek.htm

Utasi Á. [2002]: A bizalom hálója. Mikrotársadalmi kapcsolatok, szolidaritás. Új Mandátum, Budapest

Van Lear, Jr, C.; Brown, M.; Anderson, E. [2007]: Communication, Social Support, and Emotional Quality of Life in the Twelve-Step Sobriety Maintenance

Process: Three Studies. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Marriott Hotel, San Diego, CA, 2007-09-18.

Vandervoort, D. [1999]: Quality of Social Support in Mental and Physical Health. *Current Psychology*;18, 205-221.

Walton, M.A., Blow, F.C., Booth, B.M. [2001]: Diversity In Relapse Prevention Needs: Gender And Race Comparisons Among Substance Abuse Treatment Patients - Statistical Data Included, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, May

Wellman, B. [1992]: Which Types of Ties and Networks Provide What Kinds of Social Support. *Advances in Group Processes*

Wellman, B. – Gulia M. [2002]: Where Does Social Support Come From? The Social Network Basis of Interpersonal Resources for Coping with Stress. Centre for Urban and Community Studies, University of Toronto [Chapter 15 in *Socioeconomic Conditions, Stress and Mental Disorders: Toward a New Synthesis of Research and Public Policy*. 2002.]

Wellman, B. [2007]: Challenges in Collecting Personal Network Data. [*Field Methods* 19,2. May, 2007.]

http://www.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/network_is_personal/network_is_personal.html

Wellman, B. – Frank, K. [2001]: Network Capital in a Multi-Level World: Getting Support from Personal Communities. In Lin, N. – Cook, K. – Burt, R. (eds.): *Social Capital: Theory and Research*. Chicago: Aldine
<http://www.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/index.html>.

Wellman, B. – Wortley, S. [1990]: Different Strokes for Different Folks: Community Ties and Social Support
<http://www.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/index.html>.

Whitaker, C.A. [1967]: The garving edge. In J. Haley and L. Hoffman (Eds.), Techniques of family therapy, New York, Basic Books, 265-360.

WHO Global Status Report on Alcohol [2004]: World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., Farley, G.K. [1988]: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52, 30-41.