

# Alkoholfüggők hozzátartozóinak pszichológiai tapasztalatai és megküzdési stílusuk. Áttekintő tanulmány

HORVÁTH ZSOLT – URBÁN RÓBERT\*

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai  
Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2016. augusztus 3.; elfogadva: 2016. október 18.)

Áttekintő tanulmányunk az alkoholhasználati zavart mutató személyek hozzátartozóinak pszichológiai problémáit vizsgálja meg. Az alkoholfüggők hozzátartozóinak pszichológiai tapasztalatait vizsgáló korai megközelítések szerint a szerhasználati problémákat mutató személyek közeli hozzátartozói vagy partnerei esetében feltárhatóak személyiség patológiák. Ezzel szemben, a stressz–feszültség–megküzdés–támogatás modell érvelése szerint a problémás italozást mutató egyénnel együtt élő szülők és partnerek valójában a család életében tapasztalható stressz elszennvedői és áldozatai. Az átélt stressz általában összefügg a családtag problémás italozási vagy drogfogyasztási viselkedésével, ami a család rendellenes működéséhez, a hozzátartozók körében megjelenő pszichés tünetekhez vezethet. A korábbi kutatási eredmények szerint az érintett személyek kellemetlennek ítélik meg a problémás szerhasználóval való együttélést, illetve az élet számos területén megterhelő eseményekkel kell szembesülniük. Az összefoglaló tanulmányban ismertetjük (1) az alkoholfüggő partnerrel való együttélésből származó problémákat bemutató, különböző elméleti megközelítéseket, (2) a hozzátartozók megküzdési stratégiáit a jóllétük vonatkozásában, illetve (3) azokat a bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás megközelítéseket, melyek a család támogatása érdekében alkalmazhatóak, hogy sikeresebben küzdjenek meg a körülményekkel.

**Kulcsszavak:** alkoholfüggőség, családtagok, hozzátartozók, megküzdés

## 1. Előszó

A magyarországi alkoholfogyasztás és problémás alkoholhasználat előfordulási aránya évtizedek óta világviszonylatban is magasnak mondható. Habár a KSH (2016) adatai szerint a nyilvántartott alkoholisták számában az 1990-es évek végétől csökkenés figyelhető meg, az alkoholfüggőség előfordulási aránya 2010-ben mégis jóval magasabb volt hazánkban (9,4%), mint az európai átlag érték (WHO-Európai régió átlaga: 4%). A kontinensen csu-

---

\* Levelező szerző: dr. Urbán Róbert, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, 1064 Budapest, Izabella utca 46. E-mail: urban.robort@ppk.elte.hu

pán Fehéroroszországban volt tapasztalható magasabb előfordulási arány a 15 évnél idősebb személyek körében (11%). Emellett, az alkohol káros mértékű használata Magyarországon a 15 évnél idősebb személyek 8,3%-át érintette, amely a leggyakoribbnak számít Európában. Így, az alkoholfüggőséget és a káros mértékű használatot magában foglaló mutató, illetve az életkorral korrigált alkoholhasználati zavar előfordulása tekintetében is „listavezetőnek” számít Magyarország a 2010-es adatok tükrében (19,3%; Országos Addiktológiai Centrum, 2009; WHO, 2014).

A környezetükben tapasztalható alkoholhasználati zavar következtében érintett hozzátartozók számára nincsenek a szakirodalomban pontos adatok sem országosan, sem nemzetközi viszonylatban, csupán becslések állnak rendelkezésre. Egyes konzervatív számítások szerint minden alkoholproblémával küzdő személy átlagosan 1–2 további családtag életére gyakorol jelentős stresszt. A képlet alapján az Egyesült Királyságban közel 14,8%-ra becsülik a lakosság érintettségét a problémával. Amerikai adatok szerint a teljes populációnak 25–38%-a rendelkezik olyan vérszerinti rokonnal, aki alkoholproblémával küzd, míg a felnőtt lakosság kb. 30%-a állította azt, hogy az alkohol okozott már nehézségeket a családon belül (Benishek, Kirby, & Dugosh, 2011; Copello, Orford, Velleman, Templeton, & Krishnan, 2000a; Copello, Templeton, & Powell, 2010b; Ibanga, Copello, Templeton, Orford, & Velleman, 2009; Orford, Templeton, Patel, Copello, & Velleman, 2007; Velleman & Templeton, 2003).

Ennek ellenére az alkoholproblémák családra gyakorolt hatása eddig kisebb figyelmet kapott, a kutatási terület perifériáján maradt (Orford, Templeton, Velleman, & Copello, 2005). Ezzel párhuzamosan a terápiás intervenciók általában a szerhasználóra fókuszálnak, így az érintett családtagok csak korlátozott mértékben férhetnek hozzá pszichés támogatáshoz, illetve a szerhasználat kezelésében is mellékes és kismértékű arányban részesülhetnek csak (Copello, 2010; Copello és mtsai, 2009). Holott, az alkohol problémás használata megterhelő és stresszes családi körülményeket hozhat létre, amely hátrányosan befolyásolhatja a családtagok és más fontos személyek fizikai és pszichológiai jóllétét. Az érintett hozzátartozók esetében megnőhet az esély a depresszió és a szerhasználati zavar kialakulására, illetve ezekben a családokban a stresszel összefüggő zavarok fokozott előfordulása figyelhető meg (pl. gasztrointesztinális betegségek; Akram & Copello, 2014; Lennox, Scott-Lennox, & Holder, 1992; Ray, Mertens, & Weisner 2007; Ray, Mertens, & Weisner, 2009; Svenson, Forster, Woodhead, & Platt, 1995). Ennek következtében, az alkoholbetegek családtagjai nagyobb egészségügyi költséget jelentenek az ellátórendszer számára (Lipscomb, Dement, & Li, 2003; Ray és mtsai, 2009; Svenson és mtsai, 1995).

## 2. Az érintett hozzátartozók élményeit magyarázó elméleti modellek

### 2.1. A hozzátartozók patológiáját hangsúlyozó megközelítések

Az alkoholfüggők partnereit vizsgáló szakirodalom korai elképzelései szerint az alkoholprobléma kialakulásáért elsősorban a női házastárs tehető felelőssé. A megközelítés az élettárs személyiségjellemzőit állította középpontba: feltételezték, hogy az alkoholfüggők házastársainál patológiás személyiségjegyek, ún. zavart személyiség (disturbed personality) figyelhető meg, amely befolyásolja a férjük italozását. Az alkoholista feleségét általában ellenségesnek és agresszívnek látták a férjükkel szemben. Emellett, úgy gondolták, hogy az alkoholfüggők partnerei ellenállnak és aktívan akadályozzák a férj próbálkozásait a gyógyulásra, mivel ez pszichés funkcióromláshoz vezethetne náluk. Fontos kiemelni, hogy az ún. zavart személyiséggel kapcsolatban megfogalmazott elképzelésekkel szemben komoly módszertani hiányosságok merültek fel: többek között az alacsony elemszámú mintákra alapozott következtetések, a kontrollcsoport hiánya, az ok-okozati viszonyok tisztázatlansága, valamint az, hogy a későbbi kutatások nem tudták megerősíteni a leírtakat (Hurcom, Copello, & Orford, 2000).

A fentiekől eltérő nézőpontot képviselt az ún. pszichoszociális perspektíva, amely szerint az alkoholfüggők feleségeinél tapasztalt személyiségpatológiához mind a korábban már létező személyiségproblémák, mind a jelenlegi környezeti stressz hozzájárul. A problémás italozást mutató férfiak feleségei egyfelől szignifikánsan magasabb stresszről számoltak be a párkapcsolatukban. Másfelől e nők esetében gyakran megtalálható volt az édesanyjuk részéről tapasztalt gondoskodás nem megfelelő minősége és a boldogtalan gyermekkori élménye. Ennek következtében, a pszichoszociális perspektíva alapján a gyermekkori distressz és a jelenleg átélt stressz együttes megjelenése különösen nagy valószínűséggel vezethet a feleségeknél kialakuló személyiségdiszfunkcióhoz. Ezen megközelítés azért tekinthető fontosnak a témakör vizsgálata során, mivel elmozdulást jelentett a korábbi nézőponthoz képest, amely szerint a pszichológiai szükségleteiket kielégítő feleségek hibáztathatóak a férj túlzott mértékű italozásáért. Ugyanakkor az elméletalkotók továbbra is a „jól funkcionáló” emberektől eltérőnek látták a hozzátartozókat (Hurcom és mtsai, 2000).

Később, az 1980-as és 1990-es évektől a társfüggőségen alapuló koncepció próbálta magyarázni a problémás alkoholhasználattal érintett családtagok nehézségeinek széles körét, így a házastársak viselkedését is. Az elképzelés az Anonim Alkoholisták (AA) mozgalmából nőtt ki, majd nagy hatást

gyakorolt a problémával szembesülő hozzátartozók önsegítő csoportjára, az Al-Anonra is. Az Anonim Alkoholista mozgalom elképzelése szerint a túlzott alkoholhasználat egy olyan betegségnek tekinthető, amely fölött a fogyasztók és a családtagok nem tudnak kontrollt gyakorolni. Az elmélet alapján a társfüggőséggel jellemezhető személyek túlzottan igénylik a környezetük és más személyek által nyújtott megerősítéseket, önértékelésüket és identitásukat a szerhasználati zavart mutató személy jóllététől teszik függővé. A hozzátartozók túlzott gondoskodást mutathatnak (pl. mások megmentésére irányuló kísérletek), amely eredményeképpen a segíteni igyekvő családtag haragot, illetve becsapottságérzést élhet meg. Ennek következtében a társfüggőség elméletének tanácsa szerint a hozzátartozónak igyekeznie kell „leválasztania” magát a szerfüggő személyről, és tartózkodni a segítő próbálkozásoktól (Denning, 2010; Hurcom és mtsai, 2000). A kódependencia hazai szakirodalmából fontos kiemelni Komáromi Éva tanulmányát (2010), amelyben többek között részletes esettanulmányokon keresztül kerül szemléltetésre a társfüggőség etiológiája és tünettana. A koncepcióval szemben azonban több kritika is felmerült. Egyrészt patologizálja a nőies személyiségjegyeket (pl. gondoskodás, empátia, önfeláldozás). Másrészt túlegyszerűsített képet fest a családról (pl. a használó függőséget mutat az ital iránt, míg a hozzátartozók a szerhasználóhoz kötődnek). Fontos hangsúlyozni, hogy nem tekinthető minden kontrolláló és segíteni próbáló coping viselkedés patológiásnak. Ráadásul az elméletből az is következik, hogy a hozzátartozónak ideális esetben nem szabad segítenie az alkoholhasználót egy nagyobb – akár életveszély – megakadályozásában, ami nyilvánvalóan nem lenne etikus viselkedés.

A társfüggőség elméletéhez kapcsolódik részben Eric Berne tranzakcióanalízise is, amely által leírhatóak az alkoholfüggőséggel érintett családokban és párok között lezajló érintkezések. A játékában a központi szerep az alkoholfüggő személyé, ám adott esetben a partnerek is összejátszhatnak az italozó személlyel, valamilyen nyereség megszerzése érdekében. A partnerek különböző szerepekbe kerülhetnek (pl. „üldöző”, „balek”, „megmentő”), amelyek a kódependencia egy-egy aspektusát jelenítik meg. A lehetséges nyereségek között a hasznosság élménye, a dominancia, a pozitívabb önértékelés, mások elismerésének igénye, illetve az intimitás elkerülése említhető meg (Komáromi, 2010). Bár a gyakorló szakemberek szívesen használják a játszmaértelmezést, empirikus vizsgálatok csak elvétve készültek a tranzakcióanalízis elméletének igazolására (Emerson, Bertoch, & Checketts, 1994; Keçeci & Taşocak, 2009; Loffredo, Harrington, Munoz, & Knowles, 2004; Temple, 2002).

## 2.2. A stressz–feszültség–megküzdés–támogatás modell

A stressz–feszültség–megküzdés–támogatás modell (Stress–strain–coping–support model, SSCS) számos tényező mentén különbözik a korábbi alkohol és családi kapcsolatokat vizsgáló megközelítéstől (ld. 1. táblázat). Az SSCS-modell elképzelése szerint az érintett családtagokra nem mint patológiás, a szerhasználati problémához hozzájáruló személyekre kell tekinteni, hanem inkább mint áldozatokra, akik próbálnak megküzdenni olyan stresszes körülményekkel, amelyet nem ők hoztak létre (Orford, Copello, Velleman, & Templeton, 2010a). Tehát a családot nem egy diszfunkcionális rendszerként szemléli, hanem azon hozzátartozók igényeit emeli a vizsgálódás fókuszába, akik stresszt élnek át a másik ember italozásának következtében. A hozzátartozók reakcióit a modell potenciálisan pozitív válaszként értelmezni, nem pedig maladaptív cselekedetként. A hozzátartozók által mutatott megküzdési viselkedéseknek jótékony hatása lehet az alkoholhasználati zavart mutató személyre, mivel elősegítheti a változás irányába történő elmozdulását. Úgy tűnik, hogy az érintett családtagok esetleges diszfunkcionális viselkedései inkább tekinthetők az alkoholhasználó által kiváltott, ismételten megghiúsult megküzdési próbálkozások eredményének, semmint személyiségtorzulásnak (Ibanga és mtsai, 2009; Krishnan, Orford, Bradbury, Copello, & Velleman, 2001; Rychtarik & McGillicuddy, 2006; Velleman & Templeton, 2003).

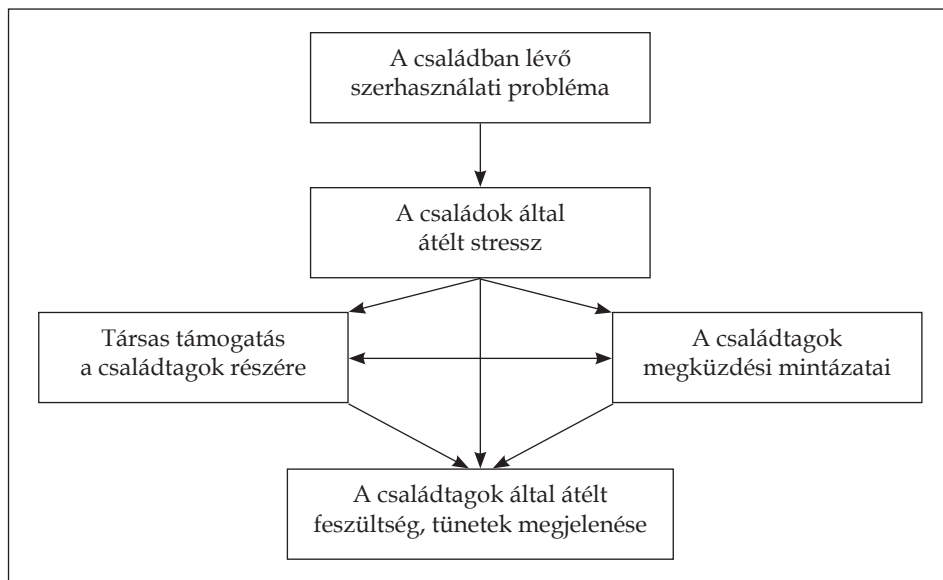
Az SSCS-modell szerint (ld. 1. ábra) a környezetben fellelhető szerhasználati probléma, illetve egy olyan emberrel való együttélés, aki súlyos szintű alkohol- vagy drogproblémákkal küzd, nagymértékű és hosszantartó stresszteni körülményeket hozhat létre az élet számos területén. Az érintett hozzátartozók életében nehézséget jelenthet az alkoholhasználó esetleges irritábilis és kiszámíthatatlan viselkedése, verbálisan és fizikálisan abuzív cselekedetei, az általa létrehozott pénzügyi problémák (pl. kölcsönök, lopás, hozzátartozók zsarolása). Emellett, a családtagok esetében súlyos stresszort jelenthet az alkoholhasználó személy fizikai és mentális egészségéért, illetve jövőbeli biztonságáért és jóllétéért való aggodalom. A problémás alkoholhasználó otthoni jelenléte idővel teljesen bejósolhatatlanná válhat, mivel például kötelezettségeit nem teljesíti, amelynek következtében az érintett családtagok nagyfokú bizonytalanságot élhetnek meg, valamint közösen végzett szociális tevékenységeik is visszaszorulhatnak (Arcidiacono, Sarnacchiaro, & Velleman, 2008; Arcidiacono, Velleman, Fioretti, & De Georgio, 2007; Orford és mtsai, 2010a; Orford és mtsai, 1998a; Orford és mtsai, 2001, Orford, Velleman, Copello, Templeton, & Ibanga, 2010b; Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013; Velleman & Templeton, 2003).

1. táblázat. A nem-patológia alapú és a deficit alapú modellek összehasonlítása (Orford és mtsai, 2010a, 39. o. nyomán)

<b>Nem-patológia alapú modell (pl. SSCS-modell)</b>	<b>Deficit alapú modellek</b>
A hozzátartozók tapasztalatai leginkább más, gyakran krónikus, stresszteni körülmények vagy szerencsétlenségek során átéltekhez hasonlíthatóak (pl. krónikus családi betegség).	A hozzátartozók tapasztalatai a nehézségek olyan más formáihoz hasonlíthatóak, amelyek gyakran a családi patológia részeként fejeződnek ki (pl. anorexia nervosa).
A családtagok cselekedetei nem tekinthetők maladaptívnek. Úgy tekintenek rá, mint különösen nehéz körülményekre és eseményekre adott érthető válasz.	Előfordul, hogy a családtagok cselekedeteit maladaptívként értékelik.
A hozzátartozó szerhasználóval való kapcsolata nincs hangsúlyozva az elméletben. A modell sokféle okot feltételezhet.	Az egyik legfontosabb faktornak tekintik a szerhasználati zavar kialakulása szempontjából a családi tényezőket, így a hozzátartozók szerhasználóval való kapcsolatát is.
Kulcsfogalmak: stressz, feszültség, megküzdés, támogatás.	Kulcsfogalmak: társfüggőség, szerhasználatot elősegítő viselkedések.
A családtagok képesek fenntartani saját egészségüket, valamint szerhasználó személynek is segíteni tudnak.	A családtagok képesek segíteni saját maguknak, viszont képtelenek segíteni a szerhasználó személynek.
Az érintett hozzátartozóknak szükségük van jó minőségű szociális támogatásra, hogy segítséget kapjanak a megküzdési próbálkozásaikhoz.	Az érintett hozzátartozóknak egyéni vagy családterápiára van szükségük.

Az érintett hozzátartozók által átélt stressz következtében létrejövő feszültség gyakran pszichológiai és fizikai betegségek és tünetek formájában (pl. alvászavarok, szerhasználat, táplálkozással és testsúllyal kapcsolatos változások, rossz koncentráció, szorongás, lehangoltság, testi fájdalmak, emésztőrendszeri tünetek), vagy más problémák megjelenésében (pl. kapcsolati problémák) manifesztálódhat. A családtagok rendszerint beszámoltak az aggodalom, reménytelenség, kétségbeesés, lehangoltság, egyedüllét, büntudat, csökkentértékűség érzéseiről. Ezáltal ambivalens viszonyulás jelenik meg az alkoholhasználó irányába: egyrészt negatív érzelmek jelennek meg az alkoholproblémát mutató személy felé (pl. harag), ugyanakkor emiatt számtalanszor rosszul is érzik magukat, mivel a problémát megelőzően

a szerhasználó még pozitív tulajdonságokat mutatott. Végül, a családtagok énképére és önbizalmára is káros hatásokat fejthetnek ki az átélt események (Orford és mtsai, 2010b; Templeton, 2009).



1. ábra. A stressz-feszültség-megküzdés-támogatás modell (Stressz-strain-coping-support model, SSCS; Orford és mtsai, 2010a, 37. o. nyomán)

A családtagok a kialakuló helyzetben gyakran nehéz feladatokkal kényserülnek szembesülni. Próbálják megérteni, hogy mi működik rosszul és hogyan javulhatna a családi dinamika. A helyzet megértésére való próbálkozásokat, valamint a körülményekre adott reakciókat és válaszokat megküzdésnek nevezzük a modellben. A különböző coping viselkedések alkalmazásával a hozzátartozók az alkoholhasználatra vonatkozó pozitív és negatív következményeket is megtapasztalhatnak. A családtagok ambivalenciát és bizonytalanságot élhetnek meg, hiszen úgy tűnhet, hogy hiába próbálnak számtalan módon megküzdenni a stresszes körülményekkel és a lehető legjobb megoldást találni a problémákra, egyik válaszuktól sem javul a helyzet. Habár alapvetően három coping típust azonosítottak a szerzők kvalitatív és kvantitatív kutatásaik során (bevonódó, toleráns-inaktív, visszahúzó), az érintett családtagok nem pusztán egy fajta megküzdési mintázatot mutatnak, hanem olyan viselkedés valószínűsíthető, amelyben akár több coping összemosódása figyelhető meg (pl. a hozzátartozó bár időnként szembeszáll az italozással, ugyanakkor próbál támogató és nem elutasító lenni). Az egyes családtagok más-más viselkedéseket találhatnak hatékony-

nak a stressz hatásainak semlegesítése érdekében, így a modell felvetése szerint nem teljesen hatástalanok, és képesek javítani saját egészségükön, illetve befolyásolni a szerhasználatot (Arcidiacono és mtsai, 2007; Copello és mtsai, 2000a; Orford és mtsai, 2010a; Velleman & Templeton, 2003).

Az érintett családtagok számára támogatást nyújthat, ha segítséget kaphatnak arra vonatkozóan, hogy „mennyire jól” reagálnak a felmerülő problémákra. Azaz a megközelítésben a coping és a társas támogatás komponense összekapcsolódik. Az interjúk során az alkoholproblémával együtt élő családtagok a támogatásoknak két speciális formáját emelték ki, amelyeket alapvetően hasznosnak éreztek. Egyrészt értékelték, ha más személyek támogatják a megküzdési próbálkozásait, ahelyett, hogy kritizálnák azokat. Másrészt fokozta az átélt támogatottságérzést a hozzátartozók esetében, ha a társas hálójukban lévő személyek következetesen pozitív hozzáállást tanúsítottak azokkal a személyekkel kapcsolatban, akik kedvező irányú hatást gyakoroltak az alkoholhasználó személyre (pl. pozitív vélemény megfogalmazása a szerhasználóval kapcsolatban). A modell szerint az érzelmi vagy anyagi támogatás forrásai lehetnek más családtagok, barátok, ismerősök és szakemberek is (Orford és mtsai, 2010a; Orford és mtsai, 2010b; Velleman & Templeton, 2003).

A hozzátartozó által megélt feszültség mértékét két kulcstényező befolyásolhatja: a megküzdés és a szociális támogatás. A modell felvetése szerint a feszültség két úton csökkenthető: (1) a stressz szintjének csökkentésével közvetlen módon, és/vagy (2) a mediáló faktorok esetleges megváltoztatásával. Mivel a feszültség szintje vagy a stressz mértékének, vagy a coping és a társas támogatás mértékének az eredménye, így idővel változás várható a tünetek tekintetében abban az esetben, ha sikerül ezeken a területeken módosulást elérni (Templeton, 2009).

Ennek érdekében Copello és munkatársai (2000a) kidolgoztak egy olyan, ún. ötlépéses módszert, mely által lehetőség nyílhat a hozzátartozók coping reakcióinak feltérképezésére és fejlesztésére, valamint az átélt társas támogatás fokozására. A program számos formában támogatja a segítségért folyamodó személyeket (pl. lehetővé teszi a családtagnak, hogy kifejezhesse aggodalmait és érzelmeit; információt nyújt a függőséggel kapcsolatos témákban; igyekszik feltérképezni és fejleszteni a résztvevő támogató mechanizmusait), valamint feltérképezi és világossá próbálja tenni a hozzátartozó számára, hogy mely megküzdési stratégiák bizonyulnak a leginkább hatékonyak az esetében (Arcidiacono és mtsai, 2008; Copello, Velleman, & Templeton, 2005; Velleman, 2006). Az eredmények szerint az intervenció hatására csökkent a hozzátartozók pszichológiai és fizikai tüneteinek száma, illetve a coping dimenziók mentén is kedvező irányú változások voltak megfigyelhetőek (pl. toleráns-inaktív megküzdés tekintetében tapasztalt szignifikáns csökkenés; Copello és mtsai, 2009; Templeton, 2009; Velleman,



Arcidiacono, Procentese, Copello, & Sarnacchiaro, 2008; Velleman és mtsai, 2011). Emellett, a hozzátartozók a módszer hatására úgy érezték, hogy fokozódott a saját életükre és az igényeikre való fókuszálásuk, illetve az alkoholhasználó személlyel való kapcsolatukban asszertívabbá váltak, így nyitottabb és nyugodtabb módon tudtak közelíteni feléjük (Copello, Templeton, Orford, & Velleman, 2010a; Orford, 2011; Orford és mtsai, 2007; Templeton, Zohhadi, & Velleman, 2007).

### **3. A problémás alkoholhasználóval való együttélés jellegzetességei**

#### **3.1. Az együttélés során tapasztalt nehézségek**

A problémás mértékű alkoholhasználat negatívan befolyásolhatja a családi rendszert és működést, így a család rituáléit, szerepeit, rutinjait, kommunikációs rendszereit, szociális életét és pénzügyeit. Benishek és munkatársai (2011) kutatása alapján az érzelmi és kapcsolati nehézségek bizonyultak a legjellemzőbb problémáknak a szerhasználóval való kapcsolat során. Ehhez hasonlóan, Berends és munkatársai (2014) vizsgálatukban az érzelmi sértettséget és elhanyagoltságot, a szociális eseményekre gyakorolt hátrányos hatást, és a kapcsolatban jellemző súlyos vitákat állapították meg a leggyakrabban átélt ártalmakként az érintett családokban.

Az érintett hozzátartozók a szerhasználati probléma következtében a negatív érzelmek széles spektrumát élhetik meg. Velleman és munkatársai (1993) vizsgálatában a droghasználók családtagjainak 82%-a számolt be legalább rövid távú negatív élményekről (pl. magányosság, fájdalom, hangulati levertség, bűntudat, aggodalom, félelem, zavartság érzése). A hozzátartozók egyik központi tapasztalata az együttélés során az aggodalom és a folyamatos bizonytalanságérzés lehet. A családtagokat nyugtalaníthatja az elfogyasztott ital mennyisége és gyakorisága, a fogyasztást kísérő társaság összetétele, a szerhasználó fizikális és mentális egészsége, biztonsága, illetve esetleges eltűnése és előzetesen megbeszélte találkozóktól való távolmaradása. Emellett, a hozzátartozók meghatározó tapasztalata lehet a szerhasználati probléma következtében a gyengeség és a stigmatizáció megélése. A másoktól várható lehetséges negatív reakciók miatt megszegyenülve és izolálódva érzik magukat az érintett családtagok (Orford, 2011; Orford és mtsai, 1998a; Orford és mtsai, 2010b).

A stressz átélésének egyik legfontosabb aspektusát jelenti, hogy az érintett hozzátartozó úgy érzi, egy olyan különösen fontos kapcsolat, amelybe sok energiát fektetett és reményt fűzött hozzá, rosszul alakult. Az alkoholproblémák hatására a partnerek az egymás közötti közelség és az intimitás

csökkenéséről számoltak be, ideértve a szexuális élet problémáit és a távollétek megnövekedett gyakoriságát is (Orford és mtsai, 2010a; Orford és mtsai, 2010b). A családi és párkapcsolati minőség zavarai a közösen végzett szociális tevékenységek – pl. áthívni másokat otthonukba, vagy színházba menni együtt – megszűnésében vagy szignifikáns mértékű csökkenésében manifesztálódhatnak. A hozzátartozók aggodalmat élhetnek át amiatt, hogy a használó miként fog viselkedni, ennél fogva igyekeznek elkerülni bizonyos szociális alkalmakat. Összességében a problémás italozás és a kapcsolatokban megtapasztalt problémák összeköttetésben és egymást erősítő viszonyban állhatnak egymással, ezáltal létrehozva egy egészségtelen és diszfunkcionális körforgást, amelyből a pároknak nehéz kilépniük. Azaz az alkoholfüggőség egyrészt hozzájárulhat a kapcsolati konfliktusokhoz, a kapcsolat instabilitásához, a szexuális elégedetlenséghez, a párkapcsolati erőszakhoz, másrészt a kapcsolati problémák az egyik leggyakoribb okai lehetnek a visszaeséseknek (Klostermann, Kelley, Mignone, Pusateri, & Wills, 2011). Ugyanakkor, ha a párkapcsolat és a családi működés javul, a problémás italozás mértéke is csökkenhet ennek következtében (Velleman, 2006). A szociális támogatottság érzése befolyásolhatja az alkoholproblémákkal küzdőket a terápia megkezdésében, amit az is mutat, hogy a szerfüggő személyek 75%-a a családot jelölte meg elsődleges okként a terápia megkezdésekor (Landau, 2011), a társas támasz továbbá az absztinencia sikeres fenntartásához is hozzájárul (Project MATCH Research Group, 1998).

A családi működés és a szerhasználati probléma szoros és rendkívül bonyolult összefüggéséről, és egymásra való hatásáról számolnak be a családi homeosztázison alapuló megközelítések is. Ha a szerhasználati probléma hosszabb távon fennmarad, beépülhet a család mindennapjaiba és működésébe, ezáltal könnyedén kialakulhat egy olyan sérült családi homeosztázis, amely fenntartja a diszfunkcionális viselkedést. Ezért, amikor a személy a kezelés során sikeresen megszünteti a szerabúzust, a hozzátartozók sérülékenynek érezhetik magukat a családi rendszer egyensúlyának felborulása miatt. A kialakult egyensúlyhiány hatására, amelyet a pozitív kimenetelű rehabilitáció okozott, a családtagok nem tudják, hogy miként reagáljanak és viselkedjenek az újonnan tiszta és józan személlyel, mint a rendszer egyik tagjával. A család ezért gyakran a nyugtalanság megszüntetése érdekében vissza kíván térni a korábban működő homeosztatis állapotba, azaz szabotálhatják a kezelés és felépülés folyamatát (Csiernik, 2002)

A családtagok által átélt distressz és konfliktusok egyik forrását képezhetik a pénzügyekkel kapcsolatos viták. Az érintett családokban nagyságrendileg a teljes bevétel 20%-át költik el a problémát okozó italra (Salize, Jacke, Kief, Franz, & Mann, 2013). Ezen túlmenően előfordulhat, hogy a problémás alkoholhasználó kérés nélkül ad el, vagy vesz kölcsön bizonyos tárgyakat, amelyeknek érzelmi vagy pénzügyi értéke lehet. Droghasználókat vizs-

gálva több, mint 40%-ban fordult elő a családon belül lopás a problémás szerfogyasztó részéről (Orford és mtsai, 1992; Velleman és mtsai, 1993). A használó idővel képtelen lesz a korábbiakhoz hasonló módon hozzájárulni a család pénzügyi forrásaihoz (pl. bérleti díj kifizetésével kapcsolatban adódó nehézségek), ezért a családtagok nagyfokú nyomást élhetnek át a megélhetéshez szükséges bevételek pótlása miatt. Ugyanakkor terhelést jelenthet a hozzátartozó számára az alkoholhasználó személy részéről érkező nyomás vagy zsarolás annak érdekében, hogy pénzt kaphasson. Ráadásul, a kéréseket gyakran kísérheti az erőszak különböző formái, mint például a fenyegetés, a vádaskodás, vagy a tényleges agresszió (Orford és mtsai, 1998a; Orford és mtsai, 2010b). A pénzügyi megterhelés szempontjából különbség rajzolódik ki az érintett partnerek és szülők között. A szerhasználó partnere az együttélés során élhet meg több anyagi kellemetlenséget, így ha különköltözik, akkor pénzügyileg függetlenné válhat, jelentősen csökkentve a megélt pénzügyi problémákat. Ezzel szemben a szülők akkor is felelősséget vállalnak pénzügyileg a szerhasználó gyermekükért, ha már nem lakik háztartásukban (Kirby, Dugosh, Benishek, & Harrington, 2005).

Gyakran jelenhet meg a családi és párkapcsolatokban ellenszenves és agresszív légkör. Orford és munkatársai adatai alapján (1992) a droghasználók hozzátartozóinak 56%-a szenvedett el családon belüli erőszakot, 44%-uk pedig verbális agresszió áldozata lett. Habár a fizikai erőszak nem minden esetben jellemző, az erőszakosság bizonyos formái általánosan tapasztalhatóak lehetnek: irritabilitás, verbális abúzus, durvaság, kritikusság és a másik feletti uralkodásra utaló viselkedések. Azonban, néha súlyosabb formákat is ölthet a kapcsolaton belüli agresszivitás, így például jelentkezhet fenyegetés, illetve tettelegességgig fajuló vita is. Az ellenséges légkör további jellegzetessége lehet a megtévesztés, a hazudozás, és a téves gyanúsítás felbukknása a kapcsolatban (Orford és mtsai, 2010b).

### 3.2. Gyermekre gyakorolt hatások

Az Egyesült Államokban több mint 8 millió 18 év alatti fiatal és gyermek él legalább egy olyan felnőttel, aki szerhasználati zavarral jellemezhető, azaz az amerikai gyermekek több mint 10%-a nő fel ilyen körülmények között. Ráadásul ezen fiatalok nagy része különösen sérülékenynek tekinthető, hiszen még nem töltötte be az 5. életévet (Lander, Howsare, & Byrne, 2013). A szülők problémás mértékű italozása és droghasználata káros hatást fejthet ki a gyermek fizikai, szociális és pszichológiai fejlődésére (Hurcom és mtsai, 2000; Velleman & Templeton, 2003).

A várandósság alatt megfigyelhető alkoholhasználat már a csecsemő megszületését megelőzően is súlyos károkat okozhat a fejlődő magzatnak

(pl. alacsony születési súly, mentális retardáció). A születést követően a problémás alkoholfogyasztást mutató szülő számára nehézséget jelenthet az egészséges gondozói kötődés kialakítása. A kölcsönös, a csecsemő és gondozó közötti interakciók nyomán kialakuló egészséges kötődési rendszer a pszichológiai immunrendszer fontos összetevőjének tekinthető, mivel védelmet nyújthat a pszichológiai problémákkal és betegségekkel szemben. Ennek hiányában, a gyermek sérülékenyebbé válhat az őt érő stresszel szemben, így nagyobb valószínűséggel alakulhatnak ki nála mentális betegségek (pl. szorongás, depresszió, függőség kialakulására való fokozott rizikó). Továbbá a kötődélmélet szerint a gyermekkel kialakított kötődési mintázat befolyásolhatja majd a megbízható, intim kapcsolatok kialakításának és fenntartásának képességét. Az érintett gyermekek nehézségeket mutathatnak ezeken a területeken (Copello és mtsai, 2005; Lander és mtsai, 2013; Taylor, 2011).

A kötődélmélet alapján a felnövekvő gyermekek az elsődleges gondozótól tanulhatják el, hogy miként szabályozzák az érzelmeiket. Azoknál a szülőknél, akik szerhasználati problémát mutatnak, nagyobb valószínűséggel jelentkezhet érzelmszabályozási rendellenesség, amelynek eredményeképpen kialakulhatott esetükben a szerhasználati zavar. Így a problémás szerhasználó szülők gyermekeinél nehézségek merülhetnek fel az affektus-szabályozó rendszer fejlődése során. Ennek eredményeképpen a gyermekeknél és a serdülőknél fokozott rizikó figyelhető meg az internalizáló (pl. depresszió, szorongás, szerabúzus, alacsonyabb szintű boldogság és önértékelés) és externalizáló (pl. agresszivitás, impulzivitás, viselkedési zavar, szerabúzus) problémák kialakulására (Hurcom és mtsai, 2000; Lander és mtsai, 2013).

A problémás alkoholhasználatot mutató szülők nagyobb eséllyel követhetnek el fizikális vagy szexuális abúzust gyermekükkel szemben, valamint ezekben a szülő-gyermek kapcsolatokban az elhanyagolás előfordulása is jellemzőbb. Azoknál a gyerekeknél, akik abúzust szenvedtek el szüleiktől, nagyobb valószínűséggel alakulhat ki az externalizáló probléma valamely formája (pl. az érintett fiatalok nagyobb valószínűséggel követnek el erőszakos bűncselekményeket, vagy lesznek letartóztatva). Ezzel szemben azoknál a kiskorúaknál, akik elhanyagolást éltek meg, nagyobb valószínűséggel diagnosztizálnak internalizáló problémákat (pl. depresszió, szorongás). Továbbá, a szerhasználati problémával jellemezhető gondozó-gyermek kapcsolatban fellelhető károsodások gyakran szeparáció következményei is lehetnek (pl. hosszú távú terápia, szülő börtönbüntetése esetén). A gyermekek az elválasztás hatására traumatizálódhatnak, így tompultság vagy hiperarousal jelenhet meg esetükben (pl. képtelen az őt érő ingereket diszkriminálni és megfelelően válaszolni rájuk; Lander és mtsai, 2013; Taylor, 2011).

A kiszámíthatatlan nevelési környezet hátrányosan befolyásolhatja a gyermek iskolai teljesítményét, ezért jellemző lehet az iskolakerülés, illetve az iskolából való lemorzsolódás is esetükben. Koragyermekkorban, ezekben a családokban a szülők kevesebbet olvasnak a gyermekeiknek és kevesebb tanulásalapú stimulációt nyújtanak az újszülöttek és kisgyermek számára. Iskoláskorban a szülők kevésbé elérhetőek, hogy segítséget nyújtsanak a házi feladat elkészítésében, illetve az iskolai teljesítmény monitorozásában. Összességében az érintett fiatalok esetében lemaradás tapasztalható a figyelem és a koncentráció területén (Csiernik, 2002; Lander és mtsai, 2013).

### 3.3. A problémás alkoholhasználóval való együttélést fenntartó tényezők

Bár az előzőek során bemutatott jellegzetességek alapján egyértelmű, hogy az érintett hozzátartozók nagy megterhelésnek vannak kitéve, mégis beszámolnak az alkoholfüggővel folytatott kapcsolatukból származó előnyökről és pozitív következményekről (Orford & Dalton, 2005; Young & Timko, 2015).

Az alkoholfüggővel folytatott kapcsolat lehetőséget adhat a hozzátartozók számára, hogy fenntartsák személyes és szociális identitásukat. A kapcsolat fenntartásával továbbra is úgy érezheti a családtag, hogy önmaga fontos szerepet tölt be (pl. „a partnerem nem lenne képes nélkülem boldogulni”), illetve a kapcsolat fenntartása támogathatja a hozzátartozó identitásának központi elemeit (pl. „hűséges vagyok”, „jó vagyok”, „erős vagyok”). Emellett a személy azért is megőrizheti a kapcsolatot a problémás alkoholhasználóval, hogy fenntartsa a vágyott külső képet magáról, az alkoholfüggőről, a családról, vagy a kapcsolatról. A szociális szerepek, vallásos értékek és a nemi normák kulturális elvárásokat hozhatnak létre, amelyek befolyásolhatják az elköteleződés mértékét (pl. továbbra is gondozni vagy elhagyni az alkoholfüggőt; Young & Timko, 2015).

A hosszú távú kapcsolatban való maradás stabilitásérzetet nyújthat a résztvevőknek. Annak ellenére, hogy az alkoholfüggő továbbra is túlzott mértékben italozhat, a hozzátartozók inkább preferálhatják a kapcsolat nyújtotta stabilitást, ezáltal ellenállva a meglévő kötelek esetleges felbomlásának. A kapcsolat fenntartásával a felek közösen megőrizhetik annak kapcsolati történetét (pl. közösen megosztott élmények), valamint az arra vonatkozó idealizált elképzeléseiket. Ennek következtében a kapcsolat folytatásával a hozzátartozó fenntarthatja a jövőre irányuló reményeit, míg a kapcsolat végeztével ezek elvesznek (pl. kapcsolat nem fog fejlődni, az alkoholprobléma soha nem fog megszűnni). Emellett, a kapcsolat védelmet és biztonságérzetet adhat a lehetséges fenyegetésekkel szemben is (pl. pénz-

ügyi bizonytalanság, magányosság, fizikai sérülékenység). Paradox módon, az alkoholhasználóval való párkapcsolat során a partner számára megnőhet a fenti fenyegetések előfordulásának valószínűsége, mégis úgy értékelheti kapcsolatát, mint amely védelmet nyújt azok ellen (pl. az erőszakos cselekedetek és az attól való félelem átélése a kapcsolatban növelheti a személy számára a fenntartás észlelt előnyeit; Young & Timko, 2015).

Végül, a hozzátartozók bizonyos esetekben úgy érezhetik, hogy az italozás segíthet az alkoholproblémát mutató személy esetében pozitív irányú hangulatváltozások (pl. kedvesebbé, kevésbé stresszessé válás), illetve közösen végzett, élvezetet nyújtó, szociális élmények elérésében. Ugyanakkor, a családtagok elsősorban akkor mutattak ilyen jellegű megengedő viselkedést a nagyfokú italozással kapcsolatban, ha ők is hasonló alkoholfogyasztást mutattak, vagy ha a szerhasználó alkoholfogyasztása csökkent az elmúlt időszakban (Orford & Dalton, 2005).

## 4. Az alkoholbetegek hozzátartozóinak lehetséges megküzdési mintázatai

### 4.1. Korai megküzdési tipológiák

Orford és munkatársai az elmúlt évtizedekben széleskörű, kvalitatív és kvantitatív vizsgálataik során térképezték fel a hozzátartozók által alkalmazott megküzdési stratégiáikat, amelyek fontos összetevői az SSCS-modellnek. Az 1990-es évek elején, alapvetően interjúmódszert alkalmazva született két egymáshoz kapcsolódó, a problémás droghasználók hozzátartozói által alkalmazott megküzdési mintázatokat leíró modell. Először, Velleman és munkatársai (1993) számoltak be ötven problémás droghasználó hozzátartozójával felvett interjú alapján arról, hogy milyen hatásokat gyakorol a szerhasználat a család életére, valamint miként próbálnak megküzdenni a családtagok a droghasználóval. A szerzők öt kategóriát találtak, amelyek mentén leírhatóak voltak a hozzátartozók megküzdési mintázatai:

1. *Dühös vagy visszahúzódozó coping.* A hozzátartozó dühös, erőszakos magatartást mutat, vagy elhagyja a droghasználót, emellett a szexuális együttlétek csökkent gyakorisága figyelhető meg közöttük, vagy a hozzátartozó új személlyel kezd szexuális kapcsolatot.

2. *Nem konfrontatív, vitát kerülő coping.* A hozzátartozó tapintatos és rokonszenves viselkedést mutat a droghasználó irányában, illetve igyekszik megvédeni és kiségeteni a fogyasztót.

3. *Erőteljes coping.* A hozzátartozó próbálja kontrollálni a droghasználót, így ellenőrzi a személy minden lépését, ellenáll a kéréseinek, illetve tanítani akarja.

4. *Szelf-protéktív coping*. A hozzátartozó magát igyekszik előtérbe helyezni, igyekszik nem túlságos mértékben törődni a droghasználóval, így elmélyülve más tevékenységekben, illetve próbálja elérni, hogy élete kevésbé legyen átszöve a használó problémáival.

5. *A fenti kategóriákba nem illeszthető válaszok*. Következetlen viselkedések a hozzátartozók részéről (pl. napról-napra való élés, a probléma mások elől való elrejtése).

Összességében az eredmények azt mutatják, hogy a hozzátartozók különösen nehéznek találják a droghasználókkal való megküzdést, és nem pusztán egy módot választanak arra, hogy megoldást találjanak a problémára, hanem ingadoznak az egyes stratégiák között, újabb és újabb módszereket kipróbálva az egyes helyzetekben. Továbbá a kvalitatív elemzés eredményei szerint a családtagok nagyfokú bizonytalanságot élnek át azzal kapcsolatban, hogy vajon a megfelelő megküzdést alkalmazzák-e. Hasonló bizonytalanság tapasztalható azzal kapcsolatban is, hogy vajon bevonódjanak-e a droghasználó problémáiba, vagy inkább hagyják a drogfogyasztóra a nehézségeit, illetve hogy vajon a „kemény” vagy a „szelíd”, gondoskodó viszonyulás lesz-e eredményes. (Velleman és mtsai, 1993).

A mintán végzett későbbi elemzés eredményei szerint (Orford és mtsai, 1992) a fenti öt komponens további alcsoportokra osztható (ld. 2. táblázat). A szerzők szerint az általuk megállapított coping stratégiák nem egymástól elkülönülten léteznek, hanem gyakran kombinálódhatnak egymással. Emellett az egyes megküzdési módok általában elválaszthatatlanul összekapcsolódnak attitűdökkel és érzelmekkel egy komplex cselekedet-attitűd-érzelem rendszerben. Továbbá fontos megjegyezni, hogy az egyes coping viselkedések hatékonyságát befolyásolhatja a szerhasználóhoz fűződő kapcsolat, és a szerhasználati probléma súlyossága is.

2. táblázat. Droghasználók hozzátartozóinál megfigyelt megküzdési stratégiák és azok alkotórészei (Orford és mtsai, 1992, 167. o. nyomán)

Dühös, vagy visszahúzó coping	Érzelmi megküzdés
	Inaktív megküzdés
	Elkerülő típusú megküzdés
Nem konfrontatív, vitát kerülő coping	Toleráns megküzdés
	Kontrolláló megküzdés
Erőteljes coping	A használó támogatása
	Konfrontatív megküzdés
Szelf-protéktív coping	Függetlenség

Orford és kollégái az alábbi coping dimenziókat azonosították az elemzésük során (1992):

1. *Érzelmi megküzdés.* A kialakuló konfliktusok hatására a hozzátartozók gyakran alkalmazták az érzelmi megküzdést, ami a drogabúzust mutató személy irányába kimutatott düh- és fájdalomérzésekben mutatkozott meg a viták során. Az ilyen reakció gyakran azonnal, és kevésbé átgondolt a hozzátartozó részéről. Jellemző érzelmek: düh, sértettség. Jellemző attitűd: a hozzátartozó úgy gondolja, hogy kihasználják őt, ezért a használót hibáztatja.

2. *Inaktív megküzdés.* A szerhasználók feleségeinek beszámolóí szerint előfordulhat, hogy olyannyira megrémülnek, vagy reménytelennek érzik magukat, hogy képtelenek bármit is tenni. Ekkor a hozzátartozókban ellentétes hatások figyelhetők meg: egyrészt szeretnék nyíltan kifejezni a düh- vagy sérelemérzéseiket, másrészt viszont úgy érzik, mégsem tehetik ezt meg. Jellemző érzelmek: zavar, reménytelenség, rémület. Jellemző attitűd: a hozzátartozó úgy véli, hogy nem tudja, mit csináljon, illetve nem is akar a problémára gondolni.

3. *Elkerülő típusú megküzdés.* A stresszel való megküzdés egy természetes módja, hogy a személy próbálja elkerülni annak forrását, így létrehozva a távolságot a szerhasználótól. Ez a típus megjelenhet akár olyan formában is, hogy a hozzátartozó rövidebb időre elhagyja a lakást, vagy a saját dolgaival foglalkozik inkább. Jellemző érzelmek: fájdalom, szomorúság, elkeseredettség. Jellemző attitűd: a hozzátartozó úgy gondolja, hogy minél kevesebb időt töltenek együtt, annál jobb mindkettőjüknek.

4. *Toleráns megküzdés.* A hozzátartozó diszkréten és tapintatosan viszonyul a problémás szerhasználathoz, gyakran teljesíti a szerhasználó kívánságait, igyekszik védeni őt a különböző helyzetek során. Így ekkor nemcsak a konfrontáció hiánya figyelhető meg, hanem akár a szerhasználat folytatódását is elősegítheti a hozzátartozó megküzdésével. Jellemző érzelmek: aggodalom, erőtlenség, büntudat. Jellemző attitűd: a hozzátartozó úgy gondolja, hogy mások nem értik meg a használót, aki segítség nélkül veszélybe kerülhet.

5. *Kontrolláló megküzdés.* A szerhasználók körül élők sokszor megpróbálják közvetlenül befolyásolni a szer keresésére és használására irányuló viselkedéseket. Az ilyen pozíciót felvevő hozzátartozók úgy érezhetik, hogy felelősek a problémát mutató személyért, így gyakran „kvázi-felnőtt” szerepbe kerülhetnek a felnőtt szerfogyasztóval szemben. Jellemző érzelmek: aggodalom, felelősség, elszántság. Jellemző attitűd: a hozzátartozó úgy véli, hogy biztosan kell lennie valaminek, amit tud tenni a probléma megoldása érdekében.

6. *A használó támogatása.* A hozzátartozó igyekszik bevonódni a problémás szerhasználó mindennapjaiba, így nem tapasztalható a részéről elutasítás vagy távolságtartás. Az érintett személyek próbálnak hasznos segítséget



nyújtani a szerabúzust folytató egyénnek, ugyanakkor mégsem tolerálják a túlzott mértékű fogyasztást, ám nem is akarják mindenáron befolyásolni azt (vö. toleráns és kontrolláló megküzdés). Jellemző érzelem: szeretet, optimizmus. Jellemző attitűd: a hozzátartozó úgy gondolja, hogy nem akarja feladni a reményt, és ki akar tartani a használó mellett.

7. *Konfrontatív megküzdés.* Az érintett családtagok nyíltan és őszintén kommunikálnak a használóval, és igyekeznek ellenállni az általa megfogalmazott kérések teljesítésének. A konfrontatív és asszertívabb stílus kialakítása hosszabb folyamatot vehet igénybe. Jellemző érzelem: ellenállás, nyugalom. Jellemző attitűd: a hozzátartozó úgy véli, azzal segíthet a legtöbbet, ha határozottan viselkedik, valamint nyíltan elmondja a használónak, hogyan érez.

8. *Függetlenség.* A hozzátartozók fokozott személyes és szerhasználótól való függetlenséget élnek át. Az ilyen viselkedést mutató hozzátartozók többet foglalkoztak magukkal, valamint a családi aktivitások során nem remélték, hogy megjelenik majd a problémás droghasználó. Jellemző érzelem: magabiztosság. Jellemző attitűd: a hozzátartozó úgy gondolja, hogy neki is megvan a saját élete, és nem tud akkor segíteni, ha túlságosan bevonódik.

#### 4.2. Háromfaktoros coping elképzelés

A fent bemutatott öt-, illetve nyolcelemű coping tipológiák leírása alapvetően kvalitatív elemzés eredményeképpen született meg. Ezért Orford és munkatársai (1998b) angliai és mexikói mintán igyekeztek bizonyítani a megküzdési dimenziók meglétét. A kutatás során alkalmazott faktoranalízis eredményei azonban nem erősítették meg a nyolc, vagy kilenc elemű megküzdési modellt. Ezzel szemben a vizsgálat három szélesen definiált megküzdési pozíciót azonosított: (1) bevonódó (*engaging*), (2) toleráns-inaktív (*tolerant-inactive*), valamint (3) visszahúzódó (*withdrawing*) megküzdést (ld. 3. táblázat). Későbbi tanulmányok során ez a faktorstruktúra ismételt megerősítést nyert alkohol- és droghasználók hozzátartozói körében (Orford és mtsai, 2005), valamint számos kultúrában vizsgálták annak jellemzőit, mint például angliai (Orford és mtsai, 2005), olasz (Arcidiacono és mtsai, 2010), mexikói (Orford és mtsai, 2001), sikh (Ahuja, Orford, & Copello, 2003), és szingapúri (Lee és mtsai, 2011) résztvevőkön.

A bevonódó megküzdés alkalmazása során a hozzátartozó megpróbál szembeszállni az alkoholhasználattal, és visszaszerezni a kontrollérzést a családi élet felett. A családtagok gyakran azért választják ezt a coping pozíciót, mert reménykednek, hogy konstruktív változásokat érhetnek el ezáltal, illetve úgy vélik, hogy a problémától való eltávolodás és visszahúzódás lehetetlen az adott körülmények között. Ugyanakkor a bevonódó megküzdés

dés nem mutat teljesen egységes képet, így több komponensből adódik össze. Egyrészt tartalmaz érzelmi és kontrolláló reakciókat, amely során az érintett hozzátartozó agresszívvá vagy emocionálissá válhat, amikor találkozik az italozással. Másrészt, a bevonódó coping során a hozzátartozó célja lehet akár a családot és saját magát ért lehetséges ártalmak minimalizálása. Azaz ekkor kevésbé a túlzott mértékű italozás közvetlen kontrollálása a cél, hanem az otthoni környezet és a családtagok megvédése az alkoholhasználat káros hatásaitól. Végül, asszertív és támogató reakciókat is tartalmaz a bevonódó megküzdés: a hozzátartozó ekkor igyekszik hangsúlyozni, mi számít elfogadható és elfogadhatatlan viselkedésnek, illetve támogatja a problémás alkoholhasználót azon erőfeszítéseit, amelynek célja az italozás kontrollálása, vagy a kezelés megkezdése (Orford és mtsai, 2010b; Orford és mtsai, 2013).

A toleráns-inaktív megküzdési pozíció során a hozzátartozó önfeláldozó próbálkozásokat tehet az alkoholhasználó érdekében, illetve a problémába való belenyugvás és rezignáltság jelenhet meg. Ennek következtében az érintett családtagokra a problémával kapcsolatos aktivitás hiánya, a túlzott mértékű italozás elfogadása és ahhoz való alkalmazkodás lehet jellemző. Mindazonáltal, a toleráns-inaktív reakciók megjelenésének hátterében számos ok meghúzódhat (pl. a hozzátartozó által érzett reménytelenség, a használó részéről érkező nyomás, a hozzátartozó toleráns hozzáállása a szerhasználattal kapcsolatban, a normális család látszatának fenntartása, a hozzátartozó alacsony önértékelése), ezért nélkülözhetetlen lehet a családi körülmények minél pontosabb feltérképezése. Habár a kutatási eredmények viszonylag egyértelműen azt jelzik, hogy a toleráns-inaktív coping a stressztől függetlenül is hozzájárulhat a hozzátartozók pszichés és szomatikus tüneteinek magasabb szintjéhez (vö. SSCS-modell; Orford és mtsai, 2001), Orford és munkatársai (2010b) mégis úgy érvelnek, hogy ezek a reagálási módok teljesen érthetőnek látszanak, hiszen egy különösen bonyolult helyzettel próbálnak a személyek megküzdni.

A visszahúzó megküzdési típus alapvetően két aspektusból tevődik össze, azonban ezek bizonyos szempontból egymást kizáróak. Egyrészt a hozzátartozó figyelmét és erőforrásait ismét saját szükségleteire fókuszálhatja, illetve függetlenség érzését próbálja fokozni (pl. azt teszi, amihez kedve van, más aktivitásokba vonódik be, kilép a problémás helyzetből). Másrészt elkerülő cselekedetek révén is beszélhetünk visszahúzó pozícióról, amelynek hátterében a bizonytalanság és a szituációra való reagálással kapcsolatos aggodalom állhat. A visszahúzó típusú coping reakciók között megkülönböztethetünk rövid időre korlátozó (pl. a hozzátartozó bezárkózik a szobájába) és hosszabb távú megoldásokat is (pl. a hozzátartozó elköltözik otthonról, vagy épp a használót kéri erre; Copello, Templeton, Krishnan, Orford, & Velleman, 2000b; Orford és mtsai, 2010b; Orford és mtsai, 2013).

3. táblázat. A három coping típus összehasonlítása  
(Copello és mtsai, 2000a, 335. o. nyomán)

	<b>Bevonódó</b>	<b>Toleráns-inaktív</b>	<b>Visszahúzó</b>
<i>Leírás</i>	Aktív interakció tapasztalható a hozzátartozó és a szerhasználati problémát mutató személy között arra vonatkozóan, hogy megpróbálják megoldani a problémát.	Az ilyen típusú cselekedetek, illetve azok hiánya eredményeként eltűnnek a negatív következmények a használó számára.	Próbálkozások arra vonatkozóan, hogy távolság alakuljon ki a hozzátartozó és a használó között. A háttérben a hozzátartozó bizonytalansága, illetve önmagával való foglalkozásának vágya.
<i>Gondolatok</i>	„Meg kellene változtatnom őt”.	„Mások nem értik meg őt”.	„Minél kevesebbet vagyunk együtt, annál jobb”.
<i>Érzelmek</i>	Harag, sértettség, felelősségérzés	Erőtlenség, büntudat.	Magabiztosság, sértettség.
<i>Cselekedetek (példák)</i>	A hozzátartozó figyeli a személy minden lépését, illetve gyakran ellenőrzi őt.	A hozzátartozó pénzt ad a szerhasználónak, annak ellenére, hogy úgy gondolja az italtra fogja költeni.	A hozzátartozó elkerüli a használót, amennyire csak lehetséges az italozása miatt.
<i>Lehetséges előnyök</i>	Segíthet a hozzátartozóknak azt érezni, hogy valami pozitív dolgot tesznek.	A konfliktusok elkerülhetőek.	Megakadályozhatja, hogy a hozzátartozó túlságosan bevonódjon.
<i>Lehetséges hátrányok</i>	Nagyon stresszes körülmények alakulhatnak ki, valamint a szerhasználó bosszússá válhat.	A hozzátartozó úgy érezheti, hogy kihasználják.	A hozzátartozó úgy érezheti, hogy elutasítja vagy kizárja a használót.

## 5. Az alkoholbetegek hozzátartozóit megcélzó terápiás formák

### 5.1. Általános jellemzők

Az alkohol- és drogfüggőség kezelésében elsősorban a szerhasználóra irányuló egyéni fókusz meghatározó. Annak ellenére, hogy egyre több bizonyíték szól a családtagok és hozzátartozók kiemelt szerepe mellett, a te-

rápiákban általában elhanyagolható hangsúlyt kapnak. Ezzel szemben a szociális kontextus szerepére fókuszáló elképzelések esetében a hozzátartozókra is nagyobb figyelem irányul a segítségnyújtás szempontjából. A hozzátartozók bevonásával megkönnyíthető a szerhasználati zavart mutató személyek terápiába való bevonása és bennmaradása, valamint a családi működés is előremozdulhat és erősödhet (Copello & Orford, 2002). A társas elemek terápiás fontosságát támasztja alá Miller és Wilbourne (2002) összefoglaló tanulmánya is, amelyben 59 kontrollált vizsgálat eredményét összegezték. Az alkoholhasználat zavara kezelésében a szociális komponenst is tartalmazó terápiás formák különösen hatékonynak bizonyultak (pl. közösségi megerősítésen alapuló megközelítés, vagy viselkedéses párterápia; Thomas & Corcoran, 2001).

## 5.2. Viselkedéses párterápia

A viselkedéses párterápia (Behavioural Couples Therapy, BCT) egy olyan empirikusan is megerősítést nyert terápiás forma, amely alapvetően a szociális tanulás elméletén nyugszik. A megközelítés szerint a szerhasználati zavar és a kapcsolat működése között reciprok viszony feltételezhető. A BCT célja közvetlenül elősegíteni az alkoholproblémával érintett párkapcsolati tényezők fejlesztését, ezáltal hozzájárulni a hosszú távú absztinencia eléréséhez. A modell feltételezése szerint a családtagok képesek megerősíteni és jutalmazni a józanságot, így a jobb kommunikációs mintázattal rendelkező kapcsolat megtapasztalása révén kisebb lesz a visszaesés valószínűsége az alkoholproblémát mutató személy esetében. A szerhasználati problémát mutató személy és partnere együtt jelennek meg a terápiás üléseken, amelyek általában 12–20 héten át tartanak. A módszer során először a szerhasználatra fókuszáló intervenciók alkalmazása történik. Az absztinencia elérését és stabilizálódását követően a párkapcsolatra fókuszáló intervenciókra helyeződik a hangsúly a pozitívabb aktivitások és kommunikáció elérése érdekében (Klosterman és mtsai, 2011; O'Farrell & Schein, 2011).

A BCT első szakaszának központi összetevője az ún. mindennapos felépülési szerződés. Ekkor a páciens kifejezi a szándékát arra vonatkozóan, hogy nem fog italt használni az adott napon, illetve élettársa kifejezi támogatását a megtartott tisztaság miatt. További absztinenciát támogató módszer lehet az első fázisban az előző héten tapasztalt italozást ösztönző tényezők áttekintése az egyes terápiás üléseken, amely segíthet felismerni az alkoholhasználatához kapcsolódó helyzeteket és érzelmeket. Azt követően, hogy a felépülési szerződés működése révén a szerabúzust mutató személy absztinenciát ér el, a terápia fókusza a pár és a család kapcsolatainak ja-

vítésára helyeződik. A kezelés második részének két fő célja, hogy (1) fokozza a pozitív érzéseket és az elköteleződést a kapcsolatban, illetve hogy (2) a kommunikációs készségek tanítása révén elősegítse a családon belüli konfliktusok adaptív megoldását. A kapcsolat iránti elköteleződést segítheti elő, ha sikerül növelni a pár tudatosságát a kapcsolatból származó előnyökkel kapcsolatban, beleértve például a partner gondoskodását, továbbá, ha közösen végzett szociális aktivitások tervezését és végrehajtását kérik tőlük. A kommunikációs készségek tanítása során a terapeuta hangsúlyozza a párbeszédhez szükséges „hallgató” és „beszéd” készségek, valamint a nyílt érzelme- és véleménykifejezés fontosságát, amellyel elkerülhető az ellenséges, egymás hibáztatására épülő kommunikációs stílus (Klosterman és mtsai, 2011; O’Farrel & Schein, 2011).

A BCT hatékonyságát vizsgáló randomizált kontrollált vizsgálatok eredményei alapján az absztinensen eltöltött napok magasabb száma, a szerhasználathoz köthető problémák alacsonyabb előfordulása, valamint nagyobb fokú párkapcsolati megelégedettség, a családon belüli erőszak mérsékelt előfordulása, és a különválás alacsonyabb esélye volt megfigyelhető azoknál a pácienseknél akik BCT-ben részesültek, szemben az egyéni fókuszú terápiákkal (Fals-Stewart, Birchler, & Kelley, 2006; Fals-Stewart, Klostermann, Yates, O’Farrell, & Birchler, 2005). Emellett Powers és munkatársai (2008) meta-analízisükben úgy találták, hogy a kezelés kezdetben a kapcsolat működését javítja, nem pedig az alkoholhasználat mentén figyelhető meg csökkenés, ám idővel a kapcsolatban tapasztalt fejlődés a szerfogyasztás területén is jobb eredményekhez vezet. A terápia használatával a társadalmi költségek (egészségügy, bűnelkövetések) is jelentősen visszaestek, így hozzávetőlegesen minden BCT-re elköltött 1 dollár több mint 5 dollár megtakarítását jelentette (O’Farrel & Schein, 2011).

### 5.3. Az ARISE-modell

Az ARISE módszert (Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement, ARISE) Garrett és munkatársai (1997, 1998) dolgozták ki, amelynek segítségével lehetőség nyílik a kezelés iránt erősen ambivalens alkohol és drogfüggő személyek terápiába való bevonására, illetve a család támogatására az addikció által okozott problémák miatt. Az ARISE modell szerint a családon belül működő kommunikáció és dinamika „erősebbé” teszi a családot, mint a kezelő személyzetet a változás elérésében, így a terápiás munka nagy részét a család képes elvégezni. A háromlépcsős intervenció során a szerfüggő családjának és barátainak gondoskodását felhasználva maximalizálják a bevonódást, amely egyúttal segíti a szenvedélybeteg megtartását a kezelésben is.

Az első fázisban általában egy érintett hozzátartozó keresi meg az intervenciót nyújtó szakembert (pl. telefonon keresztül), aki aggódik szenvedélybeteg családtagja miatt, aki még nem keresett segítséget, vagy elutasítja ennek gondolatát. A terapeuta célja ebben a fázisban, hogy a hívó aggodalmát az intervenciót célzó motivációvá alakítsa, valamint felmérje a hívás motivációs hátterét, a függő személy szerhasználatának alakulását. Igyekezni kell ekkor a hívót rávenni arra, hogy más érintetteket és magát a szerfüggő személyt is próbálja bevonni, hogy megjelenjenek az első, helyzetértékelő-felmérő beszélgetésen. A második fázis során a szociális háló mobilizálása történik a problémás szerhasználó kezelésbe vonásának érdekében. A kezdeti alkalom során a helyzet felmérése kerül középpontba (pl. hogyan látják a résztvevők a problémát), valamint stratégiákat dolgoznak ki arra, hogyan ösztönözzék az érintett személyt a kezelés vállalására. Függetlenül attól, hogy a szerfüggő személy vállalja-e a kezelést, a támogató háló kéthetente vagy havonta tart találkozókat. A szerzők tapasztalatai szerint a hozzátartozók már ebben a szakaszban is pozitív változásokat tapasztalhatnak a munka folyamán, illetve a kezdeti konfrontáció folyamatosan támogatás-sá fejlődik. A harmadik szakaszra azt követően kerülhet sor, miután már a hozzátartozók többféle stratégiát alkalmaztak arra, hogy a szerfüggő személyt kezelésbe vonják (csak a családok 2%-ának van szüksége a harmadik fázisra). Mivel a csoport konfrontációja, bátorítása, támogatása ellenére sem volt hajlandó a személy abba hagyni a használatot és megkezdeni a kezelést, ezért a támogató háló tagjai ekkor komoly következményeket helyeznek kiáltásba, ha a szerfüggő családtag továbbra is elutasítja a kezelést (pl. megakadályozzák a szerfüggő nagyszülőt, hogy láthassa unokáját). Az ARISE modell során a hozzátartozók támogatást kapnak a konfrontatív intervenció végrehajtására, majd egy fórumot hoznak létre, ahol a csoport találkozik a szerfüggő személlyel (Garrett & Landau, 2007; Garrett és mtsai, 1998; Garrett és mtsai, 1997; Landau, 2011).

Az ARISE modell hatékonyságát vizsgáló két kutatás alapján a program hatására a szerhasználók 80 és 83%-a bekapcsolódott a kezelésbe. Az egyéves utánkövetés során a szerfüggő személyek 61%-a józanságot ért el. Az eredmények érdekessége, hogy a kezelések hatékonyabbnak bizonyultak akkor, amikor legalább egy szülő részt vett a csoportos ülések során (Landau, 2011).

#### 5.4. Közösségi megerősítésen alapuló megközelítés

A közösségi megerősítésen alapuló megközelítés (Community Reinforcement Approach, CRA) egy átfogó kognitív-viselkedéses program a szerhasználati zavart mutató személyek kezelésére (Azrin, 1976; Hunt & Azrin,

1973). A modell azon az elképzelésen alapul, hogy a környezet eseményei meghatározó szerepet játszhatnak az italozáshoz kapcsolódó viselkedés támogatásában vagy az attól való eltántorításában. A cél, hogy az alkoholproblémákkal küzdő egyén közösségét oly módon szervezzék át, hogy a józan életmód nagyobb jutalmazásban részesüljön, mint amikor az alkohol dominált a mindennapjaiban. Ennek megvalósítása érdekében egy non-konfrontatív megközelítés alkalmazása célszerű, így felvázolva a szerhasználat külső és belső kiváltó tényezőit, illetve áttekintve a használat pozitív és negatív következményeit. Ezt követően, a terápiás terv a problémát mutató egyén életére fókuszálódik (pl. szociális tevékenységek, munka), mivel ezek fontos szerepet játszhatnak a szerhasználatban. Az érintett hozzátartozók, amikor csak lehetséges, részt vesznek a kezeléseken (Smith, Meyers, & Miller, 2001).

Később a CRA modell kiterjesztésére került sor annak érdekében, hogy segítséget nyújthassanak olyan alanyoknak, akik megtagadják az esetleges kezelés megkezdését. A közösségi megerősítésen és családdal végzett tréningen alapuló módszer (Community Reinforcement and Family Training, CRAFT) ahelyett hogy közvetlenül próbálná ezeket a személyeket motiválni, inkább az érintett hozzátartozókon keresztül igyekszik hatást gyakorolni (Meyers, Miller, Hill, & Tonigan, 1998). A CRAFT olyan viselkedéses technikákat tanít az érintett személyeknek, amely megváltoztatja a szerhasználóval való interakciót azzal a céllal, hogy rávegye a használót a kezelés megkezdésére. A módszer hangsúlyozza, hogy fokozni kell a józan viselkedésre irányuló megerősítéseket, ezzel szemben megakadályozni a szerhasználati viselkedés megerősítését. Továbbá a CRAFT igyekszik javítani az érintett hozzátartozók pszichoszociális funkcionálását. A terápiás forma a kutatási adatok szerint hatékonynak bizonyult a terápiába való bevonás szempontjából: Meyers és munkatársainak (2002) vizsgálatában a kezdetben a terápiát visszautasító személyek jóval nagyobb arányban vonódtak be kezelésbe (58,6% és 76,7%), akkor ha hozzátartozójuk valamelyik CRAFT kezelési felételbe került, szemben az Al-Anon csoportokba járó érintett személyekkel (29%).

## 6. Kitekintés

Áttekintő tanulmányunkban az alkoholhasználati zavart mutató személyek hozzátartozóinak tapasztalatait vizsgáltuk meg, ezáltal hangsúlyozva, hogy az alkoholprobléma nemcsak a szerhasználó egyént, hanem annak családját is sújthatja. Az érintett hozzátartozók pszichológiai élményeit vizsgáló korai elképzelések szerint a szerhasználati problémákat mutató személyek közeli hozzátartozói vagy partnerei esetében feltárhatóak patológiás személyiségjegyek, amelyek befolyásolják a szerhasználati probléma megjelenését és

fennmaradását (Hurcom és mtsai, 2000). Ehhez hasonlóan, a társfüggőség elmélete alapján az alkoholfüggők partnerei identitásukat és jóllétüket túlzott mértékben a problémás szerhasználatot folytató személy jóllététől tehetik függővé (Denning, 2010; Komáromi, 2010).

Ezzel szemben Orford és kollégái úgy érvelnek, hogy a szerabúzust mutató egyénnel együtt élő szülők és partnerek valójában a család életében tapasztalható stressz elszenvedői és áldozatai. A tanulmány során részletesen bemutatott stressz-feszültség-megküzdés-támogatás modell (SSCS-modell) szerint egy komoly alkoholproblémákkal küzdő emberrel való együttélés különösen megterhelő körülményeket hozhat létre. Az érintett hozzátartozók kellemetlennek ítélik meg a szerhasználóval való együttélést (pl. kapcsolati problémák, negatív érzelmek megjelenése). Ennek köszönhetően, a családtagok igyekeznek a kialakult problémás élethelyzetet megérteni és reagálni rá, azaz megküzdni a stresszes körülményekkel (Orford & mtsai, 2010a; Rychtarik & McGillicuddy, 2006; Velleman & Templeton, 2003). A modell részeként széleskörű, kvantitatív vizsgálatokkal három megküzdési típust sikerült leírni: (1) bevonódó, (2) toleráns-inaktív, valamint (3) visszahúzó coping (Orford & mtsai, 1998b).

A stressz gyakran nagyon intenzív mértékben és hosszan tartóan van jelen a családtagok életében, ezáltal fokozottan veszélyeztetettek a különböző mentális és fizikális betegségek kialakulásának szempontjából (Lennox és mtsai, 1992; Svensson és mtsai, 1995). Ezért különösen fontos lenne a gyakorlati alkalmazás szempontjából, hogy mind az alkoholfüggőség kezelésekor, mind az egészségügyi alapellátás során nagyobb figyelem szentelődjön az érintett hozzátartozók felismerésére és az őket megcélzó segítségnyújtásra. A hozzátartozók esetében kialakuló betegségek mögött meghúzódó valódi ok felismeretlen maradhat (pl. a háziorvosi ellátás során), valamint az érintett személyek úgy érezhetik, hogy a probléma feltárása megszégyenülést vonhat maga után. Ezért fontos lehet, hogy a családtagok számára elérhető legyen az ellátó rendszerben információ a szerhasználati problémával kapcsolatban, illetve támogatás az alkalmazott megküzdési stratégiákkal kapcsolatban (Arcidiacono és mtsai, 2008; Copello és mtsai, 2005; Velleman, 2006).

## Irodalomjegyzék

- Ahuja, A., Orford, J., & Copello, A.G. (2003). Understanding how families cope with alcohol problems in the UK West Midlands Sikh community. *Contemporary Drug Problems*, 30(4), 839–873.
- Akram, Y., & Copello, A. (2014). Family-based interventions for substance misuse: a systematic review of systematic reviews–protocol. *Systematic Reviews*, 3(90), 1–6.



- Arcidiacono, C., Sarnacchiaro, P., & Velleman, R. (2008). Testing fidelity to a new psychological intervention for family members of substance misusers during implementation in Italy. *Journal of Substance Use, 13*(6), 361–381.
- Arcidiacono, C., Velleman, R., Fioretti, G., & De Georgio, U. (2007). Professionals' evaluation of the '5-step method' for helping family members of substance misusers in the context of the Italian Health Services. *Drugs: education, prevention and policy, 14*(4), 367–388.
- Arcidiacono, C., Velleman, R., Procentese, F., Berti, P., Albanesi, C., Sommantico, M., & Copello, A. (2010). Italian families living with relatives with alcohol or drugs problems. *Drugs: education, prevention and policy, 17*(6), 659–680.
- Azrin, N.H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and therapy, 14*(5), 339–348.
- Benishek, L.A., Kirby, K.C., & Dugosh, K.L. (2011). Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance-using loved one. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*(2), 82–88.
- Berends, L., Ferris, J., & Laslett, A.M. (2014). On the nature of harms reported by those identifying a problematic drinker in the family, an exploratory study. *Journal of Family Violence, 29*(2), 197–204.
- Copello, A. (2010). Commentary on Roozen et al. (2010): Involving families in addiction treatment – the way forward. *Addiction, 105*(10), 1739–1740.
- Copello, A., & Orford, J. (2002). Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction, 97*(11), 1361–1363.
- Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L., & Krishnan, M. (2000a). Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *Journal of Mental Health, 9*(3), 329–343.
- Copello, A., Templeton, L., & Powell, J. (2010b). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 17*(sup1), 63–74.
- Copello, A., Templeton, L., Krishnan, M., Orford, J., & Velleman, R. (2000b). A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research, 8*(5), 471–484.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., & Velleman, R. (2010a). The 5-Step Method: Evidence of gains for affected family members. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 17*(sup1), 100–112.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., MacLeod, J., & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction, 104*(1), 49–58.
- Copello, A.G., Velleman, R.D., & Templeton, L.J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review, 24*(4), 369–385.
- Csiernik, R. (2002). Counseling for the family: The neglected aspect of addiction treatment in Canada. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 2*(1), 79–92.
- Denning, P. (2010). Harm reduction therapy with families and friends of people with drug problems. *Journal of Clinical Psychology, 66*(2), 1–11.
- Emerson, J., Bertoch, M.R., & Checketts, K.T. (1994). Transactional analysis ego state functioning, psychological distress, and client change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*(1), 109–113.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R., & Kelley, M.L. (2006). Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 579–591.

- Fals-Stewart, W., Klostermann, K., Yates, B.T., O'Farrell, T.J., & Birchler, G.R. (2005). Brief relationship therapy for alcoholism: A randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(4), 363–371.
- Garrett, J., & Landau, J. (2007). Family motivation to change: A major factor in engaging alcoholics in treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly, 25*(1–2), 65–83.
- Garrett, J., Landau, J., Shea, R., Stanton, M.D., Baciewicz, G., & Brinkman-Sull, D. (1998). The ARISE intervention: using family and network links to engage addicted persons in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*(4), 333–343.
- Garrett, J., Landau-Stanton, J., Stanton, M.D., Stellato-Kabat, J., & Stellato-Kabat, D. (1997). ARISE: A method for engaging reluctant alcohol- and drug-dependent individuals in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(3), 235–248.
- Hunt, G.M., & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy, 11*(1), 91–104.
- Hurcom, C., Copello, A., & Orford, J. (2000). The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualizations of spouses over recent decades. *Substance Use and Misuse, 35*(4), 473–502.
- Ibanga, A., Copello, A., Templeton, L., Orford, J., & Velleman, R. (2009). *Early experience with a web-based intervention with family members of alcohol or drug misusing relatives*. Unpublished manuscript. Letöltve: 2016. 07. 15-én: [https://www.researchgate.net/publication/237328105\\_Early\\_experience\\_with\\_a\\_web-based\\_intervention\\_with\\_family\\_members\\_of\\_alcohol\\_or\\_drug\\_misusing\\_relatives](https://www.researchgate.net/publication/237328105_Early_experience_with_a_web-based_intervention_with_family_members_of_alcohol_or_drug_misusing_relatives)
- Keçeci, A., & Taşocak, G. (2009). Nurse faculty members' ego states: Transactional Analysis Approach. *Nurse Education Today, 29*(7), 746–752.
- Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Benishek, L.A., & Harrington, V.M. (2005). The Significant Other Checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addictive Behaviors, 30*(1), 29–47.
- Klostermann, K., Kelley, M.L., Mignone, T., Pusateri, L., & Wills, K. (2011). Behavioral couples therapy for substance abusers: Where do we go from here?. *Substance use & misuse, 46*(12), 1502–1509.
- Komáromi, É. (2010). A kodependencia. In Zs. Demetrovics, & B. Kun (Szerk.), *Az addiktológia alapjai IV.* (331–384). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Krishnan, M., Orford, J., Bradbury, C., Copello, A., & Velleman, R. (2001). Drug and Alcohol Problems: The Users' Perspective on Family Members' Coping. *Drug and Alcohol Review, 20*(4), 385–393.
- KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2016). A kábítószer-fogyasztók és alkoholisták gondozása (1997–2015). Letöltve: 2016. 10. 11-én: [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fek005.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek005.html)
- Landau, J. (2011). The ARISE Intervention and Continuum of Care: Engaging substance abusers and their families in treatment and long-term recovery. *Familiendynamik, 36*(1), 2–11.
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Social work in public health, 28*(3–4), 194–205.
- Lee, K.M.T., Manning, V., Teoh, H.C., Winslow, M., Lee, A., Subramaniam, M., Guo, S., & Wong, K.E. (2011). Stress-coping morbidity among family members of addiction patients in Singapore. *Drug and alcohol Review, 30*(4), 441–447.
- Lennox, R.D., Scott-Lennox, J.A., & Holder, H.D. (1992). Substance abuse and family illness: Evidence from health care utilization and cost-offset research. *The journal of mental health administration, 19*(1), 83–95.

- Lipscomb, H.J., Dement, J.M., & Li, L. (2003). Health care utilization of families of carpenters with alcohol or substance abuse-related diagnoses. *American journal of industrial medicine*, 43(4), 361–368.
- Loffredo, D.A., Harrington, R., Munoz, M.K., & Knowles, L.R. (2004). The ego state questionnaire-Revised. *Transactional Analysis Journal*, 34(1), 90–95.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., & Tonigan, J.S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291–308.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Smith, J.E., & Tonigan, J.S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1182–1185.
- Miller, W.R., & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265–277.
- O’Farrell, T.J., & Schein, A.Z. (2011). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(3), 193–215.
- Orford, J. (2011). Re-Empowering Family Members Disempowered by Addiction: Support for Individual or Collective Action?. *International Community Psychology*, 3(1), 59–64.
- Orford, J., & Dalton, S. (2005). A four-year follow-up of close family members of Birmingham untreated heavy drinkers. *Addiction Research and Theory*, 13(2), 155–170.
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010a). Family members affected by a close relative’s addiction: The stress–strain–coping–support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 36–43.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Copello, A., & Velleman, R. (1998a). Social support in coping with alcohol and drug problems at home: Findings from Mexican and English families. *Addiction Research*, 6(5), 395–420.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A., & Velleman, R. (1998b). Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12), 1799–1813.
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., Davies, J., Mora, J., Nava, A., Rigby, K., & Tiburcio, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96(5), 761–774.
- Orford, J., Rigby, K., Miller, T., Tod, A., Bennett, G., & Velleman, R. (1992). Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2(3), 163–183.
- Orford, J., Templeton, L., Patel, A., Copello, A., & Velleman, R. (2007). The 5-Step family intervention in primary care: I. Strengths and limitations according to family members. *Drugs: education, Prevention and Policy*, 14(1), 29–47.
- Orford, J., Templeton, L., Velleman, R., & Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*, 100(11), 1611–1624.
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibang, A. (2010b). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 44–62.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science and Medicine*, 78 (1), 70–77.
- Országos Addiktológiai Centrum (2009). Alkohol-politika és -stratégia 2009 (tervezet). Letöltve: 2016. 04. 12-én: [www.eum.hu/download.php?docID=3228](http://www.eum.hu/download.php?docID=3228)

- Powers, M.B., Vedel, E., & Emmelkamp, P.M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952–962.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health*, 7(6), 589–602.
- Ray, G.T., Mertens, J.R., & Weisner, C. (2007). The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Medical Care*, 45(2), 116–122.
- Ray, G.T., Mertens, J.R., & Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104(2), 203–214.
- Rychtarik, R.G., & McGillicuddy, N.B. (2006). Preliminary evaluation of a coping skills training program for those with a pathological-gambling partner. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 165–178.
- Salize, H.J., Jacke, C., Kief, S., Franz, M., & Mann, K. (2013). Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. *Addiction*, 108(1), 62–70.
- Smith, J.E., Meyers, R.J., & Miller, W.R. (2001). Community Reinforcement Approach to the treatment of substance use disorders. *American Journal on Addictions*, 10(Sup.), 51–59.
- Svenson, L.W., Forster, D.I., Woodhead, S.E., & Platt, G.H. (1995). Individuals with a chemical-dependent family member. Does their health care use increase? *Canadian Family Physician*, 41(1), 1488–1493.
- Taylor, O.D. (2011). Children of substance-abusing or substance-dependent parents. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(7), 727–743.
- Temple, S.F. (2002). *The development of a transactional analysis psychometric tool for enhancing functional fluency* (Doktori disszertáció, University of Plymouth). Letöltve: 2016. 04. 1-jén: <https://pearl.plymouth.ac.uk/handle/10026.1/1142>
- Templeton, L. (2009). Use of a structured brief intervention in a group setting for family members living with substance misuse. *Journal of Substance Use*, 14(3–4), 211–220.
- Templeton, L.J., Zohhadi, S.E., & Velleman, R.D. (2007). Working with family members in specialist drug and alcohol services: Findings from a feasibility study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(2), 137–150.
- Thomas, C., & Corcoran, J. (2001). Empirically based marital and family interventions for alcohol abuse: A review. *Research on Social Work Practice*, 11(5), 549–575.
- Velleman, R. (2006). The importance of family members in helping problem drinkers achieve their chosen goal. *Addiction Research & Theory*, 14(1), 73–85.
- Velleman, R., & Templeton, L. (2003). Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. *European Addiction Research*, 9(3), 103–112.
- Velleman, R., Arcidiacono, C., Procentese, F., Copello, A., & Sarnacchiaro, P. (2008). A 5-step intervention to help family members in Italy who live with substance misusers. *Journal of Mental Health*, 17(6), 643–655.
- Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., & Tod, A. (1993). The families of problem drug users: A study of 50 close relatives. *Addiction*, 88(9), 1281–1289.
- Velleman, R., Orford, J., Templeton, L., Copello, A., Patel, A., Moore, L., MacLeod, J., & Godfrey, C. (2011). 12-Month follow-up after brief interventions in primary care for family members affected by the substance misuse problem of a close relative. *Addiction Research and Theory*, 19(4), 362–374.

- WHO (World Health Organization) (2014). Global status report on alcohol and health. Letöltve: 2016. 03. 19-én: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)
- Young, L.B., & Timko, C. (2015). Benefits and costs of alcoholic relationships and recovery through AI-Anon. *Substance Use and Misuse*, 50(1), 62–71.

## Szerzői munkamegosztás

Az áttekintő tanulmányhoz kapcsolódó szakirodalom-kutatást, illetve a fejezetek megírását Horváth Zsolt készítette. Urbán Róbert végezte a tanulmány strukturálását, valamint a szöveg szakmai ellenőrzését és kiegészítését. A kézirat végső kialakítása a szerzők közös munkájának eredménye.

## Nyilatkozat érdeklődésről

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdeklődések.

## Psychological experiences and coping of relatives of people living with alcohol dependence – A review

HORVÁTH, ZSOLT - URBÁN, RÓBERT

Our review paper focuses on the psychological problems of relatives of people suffering from alcohol use disorder. Early theories investigating the psychological experiences of alcoholics' put emphasis on the personality pathology among the close relatives and partners of the persons with substance use disorders. As opposed to this, by stress-strain-coping-support model emphasized that those parents and partners who live together with an abusive drinker, actually the victims of the stress existing in the family life. The experienced stress is usually related to the family member's drinking or drug-taking behavior, which can lead to the dysfunctional functioning of the family, and to the presence of psychological symptoms among relatives. According to previous research, the affected individuals may judge the living together as unpleasant, and they need to face with stressful events in many area of their life. In this paper we review (1) the different theoretical approaches to the problems of living with alcoholic partners, (2) the coping behaviours in relation with the well-being of relatives, (3) the evidence-based psychotherapeutic approaches that are applicable to support the family to cope more successfully in this context.

**Keywords:** alcohol dependence, family members, relatives, coping