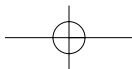
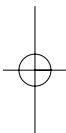
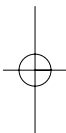


IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott viselkedési addikciók



*Szabó Attila, Demetrovics Zsolt, Kun Bernadette
és Kurimay Tamás*

Testedzésfüggőség

Bevezetés

A rendszeres mozgásra, sportolásra, testedzésre alapvetően mint pozitív, a mentális és testi egészséget elősegítő, valamint az összegéség megórzéséhez hozzájáruló tevékenységre gondolunk (Waddington, 2000). Jogosan tesszük ezt; kutatások ezrei igazolták az elmúlt évtizedekben, hogy a rendszeres, megfelelő mennyiségű és intenzitású sporttevékenység jelentősen hozzájárul egészségünk megórzéséhez, míg a testedzés hiánya, az inaktivitás számos alapvető kockázatot jelent egészségünkre nézve (Blair és mtsai, 1989; Paffenbarger, Hyde, Wing és Hsieh, 1986; Royal College of Physicians, 1991; Stephens, 1988; United States Department of Health and Human Services, 1996). A kutatások szerint az optimális mennyiségű és minőségű sporttevékenység mind a fizikai, mind a pszichés egészségre kedvező hatással van; felnőttek (Folsom és mtsai, 1985; Lamb, Roberts és Brodie, 1990; Lotan, Merrick és Carmeli, 2005b; Warburton, Nicol és Bredin, 2006) és gyermekek, illetve serdülők (Biddle, Gorely és Stensel, 2004; Lotan, Merrick és Carmeli, 2005a; Piko, 2000; Piko és Keresztes, 2006) esetében egyaránt. A sokat hangoztatott megfelelő táplálkozás mellett a megfelelő fizikai aktivitás valóban egy további kulcsfontosságú, amikor az egészség megórzéséről beszélünk. Mégis, a sporttevékenység maga is jó példa arra, hogy bármely tevékenység túlzásba vitele problémákat vethet fel.

Definíció és tünettan

A fentiekkel összhangban, eredendően, a testedzésfüggőség vizsgálatának története sem az árnyoldalokról szól. Így Glasser, a téma első leírásában a jelenséget „pozitív függőségként” aposztrofálta, pontosan azt a jellegét kiemelve, hogy a függőségek egy olyan formájáról van szó, amely következményeiben pozitív, hiszen az egészségre nézve kedvező hatással bír, továbbá számos pszichológiai dimenzióval hozható kedvező kapcsolatba, hozzájárul az étellel való elégedettséghez (Glasser, 1976). Néhány évvel később azonban Morgan megkérdőjelezte ezeket az állításokat, mert pszichiátriai esettanulmányok alapján kiderült, hogy a túlzásba vitt testedzés nemcsak súlyos sérülésekhez vezethet, hanem a mindennapi felelősségtudatos élet hanyatlásához is. Szélsőséges esetekben a túlzott testedzés az önpusztítás egyik ösvényének a kezdetét is jelentheti (Morgan, 1979). Ezekből a tényekből kifolyólag Morgan rámutatott arra, hogy igenis, a testedzéstől való függőség

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

esetében is megmutatkozhatnak az addikciónál szokásos tünetek, a megvonásos szindróma, a kedvezőtlen szociális következmények és egyéb káros hatások. Ennek megfelelően ő már viselkedési zavarként azonosította a testedzésfüggőséget, s mintegy reflektálva Glasser elnevezésére, a „negatív addikció” kifejezést használta. Bár ez az elnevezés még ma is fel-felbukkan a szakirodalomban, mint látni fogjuk, helyét egyre inkább átveszik az értékmentesebb elnevezések, elsősorban a *testedzésfüggőség*. Annak ellenére, hogy egy homogén elnevezés a szakterület előnyére válna, a különböző tudományágakban és kutatóhelyeken gyakran eltérő kifejezéseket használnak. Ily módon elterjedt még a *testedzés-addikció* (exercise addiction) (Griffiths, 1997; Thaxton, 1982), amely Goodman (1990) szerint angol nyelven a legmegfelelőbb kifejezés. Szintén használatos a *kényszeres edzés* (obligatory exercise) elnevezés (Pasman és Thopson, 1988), míg a médiumokban gyakran *kompulzív testedzésről* (compulsive exercise) beszélnek (Eberle, 2004). Előfordul az *abuzív testedzés* (abusive exercise) megjelölés is (Davis, 2000). Magyarul a legmegfelelőbb kifejezés a *testedzésfüggőség*, mert – hasonlóan az *internetfüggőség* jelenségéhez – magában foglalja a dependencia és az addikció fogalmát is, miközben egy magatartási problémára utal.

A testedzésfüggőség legfontosabb, diagnosztikus értékű jellemzői az alábbiakban foglalhatók össze (Terry, Szabo és Griffiths, 2004). Mint látni fogjuk, ezek a tünetek általánosan jellemzőek valamennyi – eddig ismert – viselkedési függőség esetében, ami egyúttal indokoltá teszi a testedzésfüggőség mint önálló viselkedési függőség azonosítását (Griffiths, 1996, 1997, 2002). A viselkedési függőségek esetében azonosított hat általános tünet – amelyek részletes kutatások és több életterületen végzett felmérések eredményei alapján kerültek a felszínre (például testedzés, szex, szerencsejáték, videojáték, internethasználat) – az alábbiakban a testedzésfüggőségre vonatkoztatva kerül bemutatásra. Brown (1993) általános tüneteit alapul véve Griffiths (1996, 1997, 2002) értékelte át a tünetcsoport összetevőit a következőképpen:

1. *Kiemelkedőség*. Ez a tünet akkor van jelen, amikor az edzés az egyén életének legfontosabb részévé válik, dominálja gondolatait (belefeledkezés és igénytorzulás), érzelmeit (sóvárgás), viselkedését (szociális beállítottság romlása). Az edzésfüggő egyén gondolata szinte minden szituációban (például gépkocsivezetés, evés, értekezlet, sőt még a barátokkal való beszélgetés alatt is) az edzés körül forog. Minél közelebb kerül a várva várt időpont, annál jobban izgul vagy fél, hogy nem lesz képes időben elkezdni az edzést. A *túlzott mértékű sporttevékenység* ebben az esetben a személy testi, lelki, társas vagy egyéb más területet érintő működésének károsodásával fog együtt járni. A testedzés *uralja* a személy mindennapjait; gondolatait csakúgy, mint az érzéseit (sóvárgás) és a viselkedését. Amikor nem edz, gondolatai gyakran akkor is a testedzés körül forognak.
2. *Tolerancia*, azaz egyre nagyobb mennyiségű testedzésre van szüksége a személynek az elvonási tünetek elkerülése, illetve annak érdekében, hogy megfelelően érezze magát. A tolerancia az a tünet, amely akkor figyelhető meg, amikor az edzettség miatt egy adott edzésmennyiség már nem elegendő ahhoz, hogy az előző időszakokhoz hasonlóan észlelhető eredményt váltson

ki. Ilyenkor az érintett egyén az edzés gyakoriságát és/vagy intenzitását növeli, hogy ismét tapasztalja az előzőleg átélt állapotjavulást.

3. *Megvonás.* Megvonási tünetek, azaz a testedzés hiányában, annak akadályozásakor jellegzetes *megvonásos tünetegyüttes* alakul ki. Ezek a tünetek kellemetlen érzést és kényelmetlen testi-lelki állapotot takarnak, amelyek a nem megtervezett, illetve az egyén akaratától független edzésmegvonásnak a következményei. A leggyakrabban jelentkező érzések a bűntudat, idegesség, irritabilitás, szorongás, nyomottság, kövérségérzet, erőtlenség, hangulatingadozás, rosszkedv, depresszió, alvászavar vagy egyéb testi és/vagy pszichés tünetek (Szabo, 1995; Demetrovics és Kurimay, 2008). Ebben a tünetcsoportban igen komoly különbség jelenik meg az elkötelezett, illetve a testedzésfüggőségben szenvedő sportolók között. Amíg az edzésfüggő kifejezetten szenved, az elkötelezett egyénnek csak némi ürességérzete támad az elmaradt edzés miatt, miközben szívesen tekint előre a következő edzési alkalomra.
4. *Konfliktus.* Ez a tünet a testedzésfüggőség okozta tényleges konfliktust jelenti az érintett egyén és a környezete között (szociális konfliktus), illetve az élet egyéb területein (munka, szociális kapcsolatok, érdeklődés), esetleg saját magával szemben (személyes konfliktus). A más személyekkel való konfliktus a családdal, barátokkal való kapcsolat romlásában jelentkezik, amit az edzéssel töltött túl sok idő, és ezzel párhuzamosan a kapcsolat elhanyagolása eredményez. A mindennapi élethez való, a környezet számára elfogadható viszonyulás hiánya is a sporttal töltött órák következménye. Ilyen esetben jellemző, hogy az alapvető létszükségletek, mint például a takarítás, a csekkek befizetése, a munka, a vizsgára való felkészülés háttérbe szorulnak. A belső konfliktus akkor keletkezik, amikor az edzésfüggő felismeri, hogy amit tesz, és ahogyan teszi, ártalmas, ennek ellenére nem képes abbahagyni és visszatérni normális életéhez.
5. *Hangulatmódosítás.* Ez a tünet arra a szubjektív élményre utal, amelyet az egyén az edzés következményeképpen tapasztal (pl. „feldobottság” vagy „fel-frissülés” érzete, vagy a másik oldalról „menekülés”, illetve a „letargia” elkerülése). A legtöbb sportoló az edzést követően pozitív vagy kellemes érzésekről számol be. A testedzésfüggőségben szenvedő egyént viszont nem ezek a pozitív hangulatváltozások ösztönzik az ismételt edzésre, hanem inkább az edzés hiányában tapasztalható negatív érzelmek és a rossz hangulat vagy közérzet elkerülése. A személyek gyakran számolnak be arról, hogy az edzés segít nekik „megszökni”, megnyugvást találni a mindennapos problémákkal szemben.
6. *Visszaesés.* A visszaesés a korábban megszokott, rendszeresen művelt cselekvéshez, illetve edzéshez történő visszatérés egy kihagyott időszak után. Ez a kiesés lehet az egyéntől függő, vagy az egyéntől független választás is. Az egyéntől független kiesést okozhatja például egy sérülés, amikor a személy akarata ellenére kénytelen megszakítani a rendszeres edzést. Más esetben a személy – például szakember javaslata alapján vagy a családja nyomására – látja be, hogy az általa művelt sport ilyen formában egészségtelen, határozza el, hogy megpróbálja abbahagyni, de egy ponton túl nem képes a további ön-

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

megtartóztatásra, és visszaesik. Jellemző, hogy az újrakezdéskor a tevékenység nagyon rövid időn belül ismét eléri a korábbi extrém magas szintet az aktivitásban.

A fenti tüneteket áttekintve láthatjuk, hogy a túlzásba vitt testedzés esetében lényegében hasonló tünetek jelennek meg, mint más viselkedéses, illetve kémiai addikciók esetében. Megjelenik a tolerancia, a megvonásos tünetek, s a viselkedés értelmetlen, a mindennapi életvitelt, a kapcsolatokat, a szociális funkciókat károsító volta. Jellemző a hangulatmódosulásra utaló tünet, amely a testedzés „szelfmedikációs” jellegére utal, azaz arra, hogy ezek a személyek nem egyértelműen csupán a testedzés örömeért, hanem vagy valamilyen extra kielégülés, élvezet érdekében, vagy még inkább a negatív hangulatok, kellemetlen vagy frusztráló érzések elkerülése, a mindennapi nehézségek előli „menekülés” miatt edzenek túlzott mértékben. A „túlzott mérték” itt a kiemelendő egyrészt, hiszen ez az, ami maladaptívá teszi a tevékenységet, másrészt pedig az, hogy a tevékenység nem az önmagáért való öröm miatt jelenik meg, hanem instrumentálissá válik. A személyek gyakran a droghasználók által használt „high” kifejezéssel írják le élményüket, vagy a mindennapi nehézségek világából való „kilépésre” utalnak.

Fontos az utolsó kritérium, azaz annak a megállapítása, hogy a testedzésfüggőség *elsődleges* probléma-e a személy életében vagy valamilyen egyéb mentális zavar hátterén, ahhoz kapcsolódva, *másodlagos zavarként* jelenik meg. Utóbbi esetben a leggyakoribb az anorexia nervosa vagy a bulimia nervosa részeként megjelenő túlzott mértékű testedzés (ezen jelenségekről lásd részletesen Túry és Szabó, 2000; Túry és Pászthy, 2008 munkáit, illetve Túry és Szabó fejezetét jelen kötetben). Ezekben az esetekben azonban a problémás mértékű testedzést másodlagos problémaként kezeljük, amely az elsődleges evési zavar egyik fő tünete, a testsúlykontrollálás kényszerének eszközeként jelenik meg. Bár a zavar elsődleges, illetve másodlagos voltának kérdése ennél bonyolultabb, a jelenség operacionalizálásakor a legtöbb szerző az evési zavarral együtt járó testedzésfüggőséget per definitionem másodlagosnak tekinti (Bamber, Cockerill és Carroll, 2000; Blaydon és Lindner, 2002). Ezen túlmenően Bamber és munkatársai 56 felnőtt, rendszeres testedző nő féligstrukturált klinikai interjúval történő kvalitatív vizsgálata (Bamber, Cockerill, Rodgers és Carroll, 2003) alapján három tényezőt azonosítottak a másodlagos testedzésfüggőség diagnosztikus kritériumaként. Ezek közül a harmadik, a táplálkozási magatartás zavarának a jelenléte a differenciáldiagnosztikai értékű az elsődleges testedzés-addikcióval szemben, míg a károsodott pszichológiai, fizikai, társas vagy viselkedésbeli működés, valamint a megvonás jelenléte nem specifikus e tekintetben. Blaydon és munkatársai azonban újabb írásukban (Blaydon, Lindner és Kerr, 2004) már a másodlagos testedzésfüggőséget is kettébontják a szerint, hogy a testképpel való túlzott foglalkozás, avagy az evési zavar hátterén alakul ki a testedzés-addikció. Bamber és munkatársai ugyanakkor, kvalitatív elemzések alapján az elsődleges testedzésfüggőséget nem is találták igazolható koncepciónak (Bamber, Cockerill, Rodgers és Carroll, 2000). Ezek a szerzők úgy ítélik, hogy a problémás, a dependencia kritériumainak megfelelő testedzés minden esetben evési zavarhoz kapcsolódik.

Az elsődleges testedzészfüggőséget a rendszeresen edző alanyok megvonási tüneteivel kapcsolatosan kezdték el tanulmányozni. Baekeland (1970) az alvás és a testedzés közötti kapcsolatot vizsgálva megfigyelte, hogy a rendszeresen edző alanyoknál megvonási tünetek mutatkoztak, amikor rövid időtartamú laboratóriumi bezártság miatt képtelenek voltak edzeni. Tehát a rendszeres edzők között megfigyelt megvonási tünetek szülték meg a kutatási érdeklődést a testedzészfüggőség iránt.

Sachs (1981) szerint a futás mint testedzészfüggőség a következőképpen definiálható: „olyan fiziológiai és/vagy pszichológiai eredetű probléma, amelyben 24–36 órával az utolsó edzés után megvonási tünetek jelentkeznek” (118). Ebben a megfogalmazásban, amelyet mások is átvettek (Furst és Gernomore, 1993; Morris, 1989; Sachs és Pargman, 1984), a lényegi hiba, hogy a megvonási tünet csupán egy a több jellemző tünet közül, amelyek a függőségbetegségekben megfigyelhetők (Brown, 1993; Griffiths, 1997). Több tanulmány – tévesen – a tünet *jelenlétét*, és nem a *típusát*, *gyakoriságát* vagy az *intenzitását* mérte fel (Szabo, 1995; Szabo és mtsai, 1997). Negatív pszichológiai tünetek majdnem minden sportolónál vagy más, hobbiszintű rekreációs tevékenységekben részt vevő személynél is jelentkezhetnek, amikor valamilyen előre nem tervezett oknál fogva elmarad a várt aktivitás (Szabo, 1997; Szabo, Frenkl és Caputo, 1996). Szabo és munkatársai (1996) eredményei alapján, még kismértékben megterhelő fizikai aktivitásnál, mint például a rendszeres tekézőknél is, jelentkezhetnek megvonási tünetek, ha egy nem kívánt esemény miatt ki kell hagyniuk a tekézést. Hozzá kell azonban tenni, hogy a tekézők csoportjában jelentett megvonási tünetek kisebb mértékűek voltak, mint például a futóknál, a súlyemelőknél vagy a vívóknál (Szabo és mtsai, 1996).

Fontos észrevenni azt is, hogy a megvonási tünetek jelenléte önmagában nem elegendő a testedzészfüggőség diagnosztizálásához. A meghatározó tényező a megvonási tünetek *erőssége*, ami segíthet szétválasztani az elkötelezett és az edzésfüggő sportolókat. Cockerill és Riddington (1996) például még említést sem tesznek a megvonási tünetekről mint a testedzészfüggőség egyik velejárójáról. Mi több, a megvonási tünet, mint *enyhe hiányérzet*, a különféle sport- és rekreációs tevékenységekben a pozitív/egészséges elkötelezettséget is mutatja. Annak a rendszeres tevékenységnek az elmaradása, amely az életminőséget gazdagítja, hiányérzetet, *de nem megvonási tünetet* vált ki. Úgy tűnik tehát, hogy a hiányérzet és a megvonási tünetek fogalmát érdemes megkülönböztetni. Előbbi egy olyan pozitív motiváció, amely kellemessé teszi az adott cselekvést, de annak hiányában nem alakul ki negatív érzelmi állapot, míg az utóbbi viszont a tevékenység elmaradása esetén megjelenő, negatív élettani változások és tünetek megjelenésére utal, amelyek a tevékenység elmaradása esetén kifejezetten negatív emocionális állapotot generálnak. A hiányérzet tehát nem jellemzően, a megvonási tünetek viszont egyértelműen jellemzőek a testedzészfüggőség kialakulása esetén, illetve tükrözhetik az arra való hajlamosságot.

Mérőeszközök

A testedzészfüggőség elterjedtsége, részben a definíciós nehézségek, részben pedig a megfelelő mérőeszközök hiányának, illetve körülményes alkalmazási lehetősé-

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

gének köszönhetően nem igazán alaposan feltárt terület. Mivel a jelenség nem szerepel a diagnosztikus rendszerekben, így szűrése általában nem képezi a normál orvosi diagnosztikus eljárás részét.

Léteznek ma már kevésbé elfogadott felmérési eszközök a testedzésfüggőség feltárására, mint például a Futás Iránti Elkötelezettség Skála (*Commitment to Running Scale*, Carmack és Martens, 1979) és a Negatív Addikció Skála (*Negative Addiction Scale*, Hailey és Bailey, 1982). Az előbbit Szabó (1997) kritikusan és határozottan elutasította, mert nem a testedzésfüggőséget, hanem a testedzés iránti elkötelezettséget méri, holott ezek az edzésviselkedés alapvetően elkülönülő aspektusai. Egyértelmű, hogy míg a testedzésfüggőség egy negatív jelenség, addig az elkötelezettség egy pozitív magatartási forma. A második kérdőívet, bár használták néhány kutatásban, pszichometriai jellemzői nem megbízhatóak. Ezek és hasonló kérdőívek ösztönözték a specifikusabb és megbízhatóbb mérőeszközök kidolgozását.

A pszichometriai szempontból tesztelt mérőeszközöket tekintve mind a Pasman és Thompson által kialakított Kényszeres Testedzés Kérdőív (*Obligatory Exercise Inventory*, Pasman és Thompson, 1987), mind a Hausenblas és Downs által kidolgozott Testedzésfüggőség Skála (*Exercise Dependence Scale* Downs, Hausenblas és Nigg, 2004; Hausenblas és Downs, 2002b), mind pedig az Ogden, Veale és Summers nevéhez fűződő Testedzésfüggőség Kérdőív (*Exercise Dependence Questionnaire*, Ogden, Veale és Summers, 1997; Summers és Hinton, 1986) megbízható és érvényes eszközöknek bizonyultak a vizsgálatok során.

Az EDQ kialakítása során a szerzők 8 faktort azonosítottak:

- (1) a társas kapcsolatokban, a családi életben és/vagy a munka terén jelentkező konfliktusok;
- (2) pozitív megerősítés;
- (3) megvonásos tünetek;
- (4) a testsúly kontrollálása érdekében végzett testedzés;
- (5) problémabelátás;
- (6) társas okok miatt végzett testedzés;
- (7) egészségügyi okok miatt végzett testedzés;
- (8) sztereotíp viselkedés.

Hausenblas és Downs 21 tételes kérdőíve, a Testedzésfüggőség Skála (Hausenblas és Downs, 2002b) 7, a DSM-IV alapján teoretikusan kialakított skálát használ, amelyek az alábbiak (a kérdőív a Függelékben megtalálható):

- (1) tolerancia;
- (2) megvonás;
- (3) készletelés (ez arra utal, hogy a személy többet és hosszabb ideig edz, mint tervezte);
- (4) kontrollhiány;
- (5) idő (a személy jelentős időt szentel a tevékenységnek);
- (6) az egyéb (társas, kikapcsolódási, munka stb.) tevékenységek csökkenése;
- (7) a tevékenység fennmaradása az észlelt negatívumok ellenére.

Ugyanakkor ezeket az eszközöket több kritika is érte viszonylagos hosszadalmaságuk, illetve komplikált, egyes esetekben szakértő bevonását is igénylő kiértékelésük miatt. Újabban Griffiths és munkatársai pontosan ezért tettek kísérletet egy

rövid, önkitöltős eszköz kialakítására (Testedzés Addikció Kérdőív, *Exercise Addiction Inventory*, EAI), amely az első vizsgálati eredmények szerint szintén megbízható és érvényes eszköznek bizonyult (Griffiths, Szabo és Terry, 2005; Terry, Szabo és Griffiths, 2004) (lásd a Függelékben).

Specifikusabb Smith és munkatársai kérdőíve, amely kifejezetten a testépítéssel kapcsolatos addikció mértékét és jellemzőit méri (Smith, Hale és Collins, 1998). A BDS (*Bodybuilding Dependence Scale*) 9 tételle három faktort képez, amelyek a társas függőség (*social dependence*), az edzésfüggőség (*training dependence*) és a kiválóságfüggőség (*mastery dependence*) (Smith, Hale és Collins, 1998; Smith és Hale, 2005).

Epidemiológia

Több mérőeszközzel és különböző populációkban nagyon eltérő eredmények születtek a testedzésfüggőség vonatkozásában. Triatlonisták körében Blaydon és Linder 52%-ban azonosított elsődleges vagy másodlagos testedzésfüggőséget (Blaydon és Lindner, 2002), míg mások (Slay, Hayaki, Napolitano és Brownell, 1998) futók között férfiak esetében 26%-os, míg a nők vonatkozásában 25%-os prevalenciát mértek. A fenti eredmények jól jelzik, hogy mennyire különböző adatok és nézetek léteznek a jelenség előfordulásának gyakoriságát illetően. Míg egyes kutatók szerint a klinikai figyelmet érdemlő elsődleges testedzésfüggőség extrém ritka, addig mások igen magas prevalenciaértékeket jeleznek (Bamber, Cockerill és Carroll, 2000). Ez a magas prevalenciaelmélet valószínűleg téves, és a mérőeszköz igen fontos szerepet játszhat az ilyen eredmények feltárásában. Például a Futás Iránti Elkötelezettség Skálát (*Commitment to Running Scale*) használva Carmack és Martens (1979) futómintájuk 77%-át (!) bélyegezték testedzésfüggőnek. E tekintetben érthető, hogy miért hívta fel Szabo (1997) a szakterület figyelmét a mérőeszköz téves használatára és belső érvényességének a megkérdőjelezésére.

Nem csupán a mérőeszközök különbözősége miatt nehéz azonban itt pontos értéket mondani, hanem azért is, mert *klínikailag validált* mérőeszköz egyáltalán nem áll rendelkezésre, aminek eredményeképp a függőség határának meghúzása kérdéses. A kérdőíveket az egyes kutatók a korábbi kérdőívekhez mérten validálták. Olyan vizsgálatról, amelyben diagnosztikai interjú egészítette volna ki a validálást, nem tudunk. Blaydon és Linder kutatásában továbbá, amelyet a későbbiekben részletesen bemutatunk, a szerzők klaszteranalízis segítségével hozták létre a csoportokat, s nem klinikai megfontolások alapján, így eredményük klinikai relevanciája csekély, inkább teoretikus és kutatási célokat szolgál. További probléma, hogy a különböző vizsgálatokban felmért csoportok nagyon heterogének, összehasonlításuk ezért is problematikus. A jó hír az, hogy a Testedzésfüggőség Skála (Hausenblas és Symons Downs, 2000) és a Testedzés Addikció Kérdőív (Terry, Szabo és Griffiths, 2004) megbízhatóbb és konzisztensebb eredményeket mutatnak ki.

Hausenblas és Symons Downs (2000) a Testedzésfüggőség Skála segítségével arra a következtetésre jutott, hogy a tanulmányozott minta 2,5%-a volt besorolható

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

a testedzésfüggők kategóriájába. Griffiths és munkatársai (Griffiths, Szabo és Terry, 2005) fent említett rövid, 6 tételes kérdőívükkel 3%-os testedzésfüggőséget (illetve annak magas rizikóját) azonosítottak rendszeres testedzők körében. Később Szabo és Griffiths (2007) továbbtanulmányozták a testedzésfüggőség epidemiológiáját a brit sporttudományokat tanuló egyetemisták körében, és egy majdnem 200 fős kontroll-, rendszeresen edző egyén között. Ez az utóbbi csoport az előző eredményekhez hasonló, 3,6%-os testedzésfüggőség valószínűségét mutatta ki, amíg a sporttudományt tanuló 261 fő egyetemista 7%-a bizonyult testedzésfüggőnek. A szerzők szerint ennek az a magyarázata, hogy a sporttudomány szakos diákok napi szinten a sporttal „elméleti és gyakorlati szimbiózisban” élik (valószínűleg csak átmenetileg) az egyetemista életüket. Ezt a specifikus populációt nem tekintve, az eddigi megbízható eredmények arra utalnak, hogy a rendszeresen edző egyének körülbelül 3%-ánál fordulhat elő a testedzésfüggőség.

Normál populációs vizsgálatot nemzetközi viszonylatban nem ismerünk. Ugyanakkor az első ilyen jellegű vizsgálat hazánkban készült (Paksi és mtsai, 2009). Ennek eredményei szerint, az Testedzésfüggőség Skála alapján a magyarországi felnőtt populáció 0,3%-a jellemezhető testedzésfüggőséggel vagy annak kockázatával. További 6,2% bár nem függő, de bizonyos tüneteket mutat, míg 9,8% tünetmentes aktív sportoló (Demetrovics, Szabó, Kun, Arnold és Paksi, 2009).

Komorbiditás

A testedzésfüggőség és a táplálkozási magatartás zavarainak együttjárása, mint azt már a fentiekben is jeleztük, igen szoros. Számos tanulmány jelzi, hogy az evési zavarok esetében kiemelkedően magas a kényszeres testedzés előfordulása és fordítva, a testedzésfüggőség esetében is jellemző a testtel, a testsúllyal való túlzott mértékű foglalkozás, és ehhez kapcsolódóan a táplálkozási magatartás fölött gyakorolt speciális kontroll (Blaydon és Lindner, 2002; Klein és mtsai, 2004; Lyons és Cromey, 1989; Sundgot-Borgen, 1994). Bár sok esetben történhet reális kísérlet annak eldöntésére, hogy melyik zavar az elsődleges, ez nem mindig lehetséges; annál inkább, hiszen bizonyos tekintetben rokon jelenségekről van szó, amelyek gyökere sokszor közös. Yates és kollégái például 60 esettanulmány alapján azt találták, hogy kényszeres futóként azonosítható férfi hosszútávfutók nemcsak a családi hátterüket és szocioökonómiai státuszukat illetően hasonlítanak jelentős mértékben az anorexiás nőkre, hanem számos személyiségdimenzió mentén is. Így a harag gátlása, a saját magukkal szemben támasztott rendkívül magas elvárások, a testi diszkomfortérzések jó tűrése, a potenciálisan komoly kimerültség tagadása, valamint a depresszív tendenciák jelenléte egyaránt jellemzője mind a két csoportnak (Yates, Leehey és Shisslak, 1983). Egy MMPI-kérdőívvel végzett vizsgálat ugyanakkor azt jelezte, hogy a kényszeres futók esetében messze nem beszélhetünk olyan mértékű pszichopatológiáról, mint az anorexia nervosában szenvedő betegek esetében (Blumenthal, O'Toole és Chang, 1984). Hasonlóképp, Bamber és munkatársai is megállapítják, hogy amennyiben a kényszeres testedzést patológiás jelenségnek tekintenénk, lényegesen magasabb komorbiditás-

értékeket kellene kapnunk, mint amelyeket a rendelkezésre álló kutatási eredmények jeleznek (Bamber, Cockerill és Carroll, 2000). Továbbá, bár a negatív pszichológiai jelenségeket vizsgálva utalnak a kutatások a szorongás, a depresszió vagy az irritabilitás mértékére, az eredmények megint csak nem meggyőzőek a jelenségek patológiás mértékét illetően.

A testedzésfüggőség jellemzői és következményei

A kényszeres testedzés, illetve testedzésfüggőség esetében ma még nagyon kevés kutatási eredmény áll rendelkezésünkre ahhoz, hogy az egyes sporttípusok, illetve az egyes sportolási típusok között érdemben differenciálni tudjunk. A kutatások jórészt a futásra (hosszútávfutás, tájékozódási futás) (Chapman és De Castro, 1990; Furst és Germone, 1993; Hailey és Bailey, 1982), az aerobic típusú sportokra (Kirkby és Adams, 1996), illetve a testépítésre (Smith és Hale, 2005; Smith, Hale és Collins, 1998) koncentrálnak, csak néhány írás foglalkozik a táncsal (Pierce, Daleng és McGowan, 1993), a triatlonnal (Blaydon és Lindner, 2002), a súlyemeléssel (Hurst, Hale, Smith és Collins, 2000), illetve egyéb sportokkal. Minőségileg megkülönböztetett figyelmet elsősorban a testépítés szokott kapni, amennyiben itt olyan specifikus jelenségek is tetten érhetők (elsősorban talán az izomdisz-morfia jelensége említhető e tekintetben), amelyek az egyéb említett sportoknál kevésbé jellemzőek.

A testedzés minőségét illetően lényegében a kényszeres, illetve a nem kényszeres sportolási módot szokás elkülöníteni; előbbit a szerint meghatározva, hogy az intenzív testedzés az egyértelmű testi sérülés vagy egyéb kontraindikáció ellenére fennmarad. Yates és munkatársai ugyanakkor, e két csoportot összehasonlítva megállapítja, hogy bár a kényszeres futók többet és rigidebb módon foglalkoznak a súlyuk kontrollálásával, szintén többet foglalkoznak a testükkel és jobban szeretnek egyedül lenni, végeredményben valamennyi vizsgált személyiségbeli és egyéb dimenzió mentén (Eysenck Personality Questionnaire, Beck Depression Inventory, Eating Attitude Test) a normál tartományon belüli értékeket mutatnak. Különbségként jelent meg továbbá, hogy a kényszeresen futó csoport több pozitív változást jelzett az énképét illetően, és nagyobb mértékű kontrollt élt meg az élete vonatkozásában, mióta futni kezdett, mint a nem kényszeresen futók (Yates, Shisslak, Allender, Crago és Leehey, 1992). Utóbbi eredmények vonatkozásában, ezt kiegészítve még azzal a korábban idézett eredménnyel, hogy a kényszeres futók túlzott jelentőséget tulajdonítanak táplálkozásuknak, megkockáztatható az a feltevés, hogy a kényszeres testedzés, ha veszélyes módon is, de szerepet játszhat – részben talán sikeresen – a személy identitásának formálásában, s a pozitív vonások erősítésében (Yates, Leehey és Shisslak, 1983), tekinthető egyfajta megküzdési kísérletnek.

Egy másik kutatásban (Blaydon és Lindner, 2002) a szerzők, triatlonisták az EDQ- (Testedzésfüggőség Kérdőív) és az EAT- (Évesi Attitűdök Tesztje, Eating Attitude Test) (magyarul lásd Túry és Szabó, 2000) kérdőíveken mutatott pontszámok alapján klaszteranalízissel négy csoportot alakítottak ki. A nem dependens

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

csoportot alacsony EAT- és alacsony EDQ-pontszám, míg az evési zavartól szenvedőket magas EAT-, de alacsony EDQ-pontszám jellemezte. *Elsődleges test-edzés-addikciónak* a magas EDQ- és alacsony EAT-kombinációt tekintették a szerzők, míg a mindkét teszten magas értéket mutató személyeket azonosították *másodlagos test-edzés-addikciótól* szenvedőknek. A triatlonisták között a test-edzés-függők aránya 52%-osnak bizonyult (30,4% elsődleges és 21,6% másodlagos). Érdekes eredmény ugyanakkor, hogy utóbbi két csoport között, legalábbis a vizsgált dimenziók mentén, nem mutatkozott nagyon jelentős különbség. Magasabb volt az elsődleges test-edzésfüggők aránya a férfiak között, ugyanakkor a másodlagos test-edzés-dependencia, és különösen az evési zavar a nők között fordult elő valószínűbben. A függőség hiánya (mind a test-edzés, mind az evési problémák vonatkozásában) megint csak a férfiak között volt valószínűbb (41,1% vs. 25,3%). Az elsődleges evészavar előfordulása közel kétszer olyan gyakori volt a profik (41,4%), mint az amatőrök (22,8%) esetében; utóbbiak között fordult elő valószínűbben, hogy semmilyen zavart nem jeleztek az alkalmazott tesztek (41,6%). Hausenblas és Downs normál egyetemi populációban férfiak esetében talált magasabb (EDS-sel mért) test-edzésfüggőséget (Hausenblas és Downs, 2002c). Bamber és munkatársai, a fentiekhez hasonló módon, szintén elsődleges és másodlagos test-edzésfüggőket, valamint evési zavarral is jellemezhető test-edzésfüggőket és kontrollszemélyeket (kizárólag nőket) hasonlítottak össze pszichológiai jellemzőik mentén (Bamber, Cockerill és Carroll, 2000). Eredményeik sok tekintetben egybevágóak Blaydon és Lindner eredményeivel. A másodlagos test-edzésfüggők (akik evési zavarral is jellemezhetőek) magasabb neuroticitást, impulzivitást, alacsonyabb önértékelést, az alakjukkal és a súlyukkal való intenzívebb foglalkozást és egyéb pszichológiai morbiditási jellemzőket mutattak, mint az elsődleges test-edzésfüggők, ugyanakkor kevés jellemzőben tértek el a csak evési zavarral jellemezhető csoporttól. Ezzel szemben az elsődleges test-edzésfüggők nem bizonyultak jól elkülöníthetőeknek a kontrollszemélyektől, s ily módon a szerzők, Yates és munkatársai fent idézett vizsgálatával (Yates, Shisslak, Allender, Crago és Leehey, 1992) és más kutatásokkal is (Basson, 2001) összhangban, nem látják indokoltnak, hogy az elsődleges test-edzésfüggőséget mint széles körben előforduló patológiát tekintsük.

Hurst és munkatársai testépítőket és súlyemelőket vizsgáltak (Hurst, Hale, Smith és Collins, 2000), akiknél szintén szoros kapcsolat található a táplálkozási magatartás zavarával, azonban ezúttal sem a bulimia nervosáról, sem pedig az anorexiáról nincs szó. Esetükben egy elsősorban férfiakra jellemző evési zavar, az *izomdiszmorfia* (inverz *anorexia nervosa*) fordul elő valószínűbben, mint a normál populációban, s jár gyakran együtt a test-edzésfüggőség mellett az anabolikus szteroidok szedésével is. Pope és munkatársai hívták fel a figyelmet arra a testképzavarra, amely fiatal, elsősorban testépítő férfiak között gyakori, és az anorexia nervosa fordítottjának tekinthető (Pope, Katz és Hudson, 1993; Túry, Kovács és Gyenis, 2001; Babusa és Túry, 2010). Ezek a férfiak igen izmos testalkatuk ellenére is soványnak és kicsinek tartják magukat, és mindent megtesznek annak érdekében, hogy még izmosabbak és nagyobbak legyenek. Nyáron is vastag melegítőben vagy dzsekiben járnak, nem mutatkoznak strandon, mert félnek, hogy kinevetik

őket testalkatuk miatt. Ahogy az anorexiásokat, őket sem győzi meg tükörcsbeli látványuk, de testképzavaruk fordított: izmosan is soványnak látják magukat. Később e betegséggel kapcsolatosan az *izomdiszmorfia* elnevezés honosodott meg, utalva ezzel egyrészt a kapcsolódó testképzavarra, illetve a testdiszmorfiás zavarral való szoros kapcsolatra.

Etiológia

Biológiai modellek

A testedzésfüggőség kialakulását számos elmélet magyarázza. Egy klasszikus elmélet a futók futás utáni euforikus érzéséhez („runner’s high”) fűződik, ami egy kellemes érzés, életerővel, pozitív önértékeléssel, megelégedettséggel és kontrollérettel párosulva. Az érzés nemcsak futás, hanem más testedzés után is érzékelhető, amennyiben az edzésidő és -intenzitás elégségesen magas ezen állapot kialakulásához. Ezt az euforikus érzést az edzés okozta serkentett endogén opiát- és adrenalinaktivitással hozták kapcsolatba. Pontosabban az az állítás terjedt el, hogy a testedzés növeli az endorfinszintet az agyban, s ennek következtében keletkeznek euforikus érzések. Az merült tehát fel, hogy a külsőleg bevitt kémiai anyagokhoz, illetve drogokhoz hasonlóan a belsőleg modulált kémiai reakciók egy kellemesen módosított tudatállapothoz vezetnek, azzal a különbséggel, hogy az utóbbit jelentős erőfeszítést igénylő munka idézi elő (tehát az alany keményen megdolgozik érte), míg a drogokat passzívan, minden fizikai erőfeszítés nélkül el lehet fogyasztani. Annak ellenére, hogy ez az elmélet népszerű és „elegánsan” magyarázhatná a testedzésfüggőség gyökereit, Szabo (2010), megvizsgálva a tudományos tényeket az endorfin hipotézis vonatkozásában, annak elvetése mellett érvel. A szerző arra a következtetésre jutott, hogy az elméleti kapcsolódás korántsem annyira szoros, amint azt gondoltuk, mivel a fizikai aktivitást vagy erőfeszítést nem igénylő tevékenységek is, mint például zene vagy komédia hallgatása, a futáshoz hasonló euforikus állapotot tudnak kiváltani. Továbbá, bár a fizikai megerőltetés és az endogén opiátaktivitás közötti pozitív kapcsolat, valamint ezzel összefüggésben az euforikus élmény megjelenése jól dokumentált (Fraioni és mtsai, 1980), valójában, ennek az összefüggésnek a testedzésfüggőség kialakulásában játszott szerepe messze nem tisztázott. Sőt, az adatok inkább ellene szólnak egy ilyen direkt kapcsolódásnak (Pierce, Eastman, Tripathi, Olson és Dewey, 1993), annak ellenére, hogy sokan evidenciaként kezelik ezt az összefüggést, a jelenség tényleges háttere valójában sokkal bonyolultabb.

Egy másik fiziológiai modell Thompson és Blanton (1987) munkájához kötődik. A szerzők abból indultak ki, hogy a hosszú távú testedzés után a nyugalmi állapotban mért szívfrekvencia általában alacsonyabb értéket mutat, mint a rendszeres edzés kezdete előtt, amit ők az alacsonyabb szimpatikus tónusnak tulajdonítottak. Véleményük szerint ezt a változást az egyén egy letargikus és erőtlenség állapotnak érzékeli, amin az edzés által keltett arousalszint-emelkedés javít. Mivel

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

az alapfrekvencia egy ideig folyamatosan csökken, egyre több edzés kell a megfelelő arousal vagy izgalmi állapot eléréséhez. Ezt a folyamatot a szerzők a tolerancia fokozódásának és a testedzésfüggőség fiziológiai hátterének tekintik.

A termoregulációs hipotézis alátámasztotta azt állítja, hogy az akut testedzés serkenti a testhőmérsékletet (pl. ez a bemelegítés célja is), ami a test ellazulásához vezet. Ez a hatás hasonló a szauna és a termálfürdők lazító hatásához. Az ellazult testben ugyanakkor „nincs helye” egy feszült vagy szorongó elmének, s így módon a testedzés csökkenti a szorongást vagy a belső feszültséget (de Vries, 1981; Morgan és O'Connor, 1988). Ez a kellemes állapot megerősíti a testedzés iránti motivációt és megtanítja az érintett személyt az edzés által szabályozható szorongás- vagy feszültségoldásra. Bizonyos élethelyzetekben, amikor nagy a bizonytalanság, és ez jelentős szorongással párosul, az érintett személy növelheti a testedzést, hogy erősebb vagy nagyobb szorongásoldó hatást érjen el. Hosszú időszakokon keresztül a megnövelt edzésidő és -intenzitás toleranciához vezet, ami az egyik tipikus jellemzője a testedzésfüggőségnek. Ezt az elméletet látszik alátámasztani az a tapasztalat is, hogy nagyon kevés rendszeresen edző ember válik testedzésfüggővé. Ők lehetnek azok, akik szorongás- és feszültségoldás céljára használják a rendszeres és megszokott testedzést.

A katekolamin hipotézis arra a megfigyelésre épül, hogy a katekolaminok szintje megnövekszik a testedzés után (Cousineau és mtsai, 1977). A katekolaminok, több más funkciójuk mellett, szoros kapcsolatban vannak a stresszreaktivitással és a testedzés kiváltotta, szimpatikus idegrendszeri reakcióval. A katekolamin hipotézis szerint a katekolamin-aktivitás az agyban is megváltozik a testedzés hatására. Mivel a központi katekolaminok a hangulat és az érzelmek – vagy akár komoly pszichés betegségek, mint a depresszió – működésében fontos szerepet játszanak, a katekolamin-működést befolyásoló testedzés egy érdekes magyarázat lehet a testedzésfüggőségre. A feltételezés azonban ma még nem alátámasztott, további vizsgálatokat igényel.

A megerősítés szerepe a testedzésfüggőségben

A terület egyik megválaszolatlan kérdése, hogy a testedzésfüggőség revolúciós vagy evolúciós módon jelentkezik, illetve folytatódik-e. Az utóbbit elemezve, a kezdeti motívum gyakran lehet valamilyen eszmei értéket képviselő dolog, mint például a „jó formában maradni”, „jól kinézni”, a „barátokkal együtt lenni”, „egészségesnek maradni”, „izmokat erősíteni”, a „testsúlyt karbantartani” stb. képze. A szubjektív jutalmazási élmények megerősítik a sportolói, illetve edzési magatartást. A behaviorista szemlélet alapján a magatartást *megerősítés*en keresztül elemezhetjük. A testedzésfüggőség hátterében – a *működési elmélet* szerint (Bozarth, 1994) – egyaránt állhat *pozitív és negatív megerősítés*. Pozitív megerősítés akkor jön létre, ha az egyén elér egy vágyott célt (pl. az izomzat megerősödését), ami egyre jobban motiválja a további cselekvésre. Ezekben az esetekben a pozitív megerősítés (vagy jutalom) annak a változásnak az észlelése, ami a cselekvést motiválta, és időben követi a cselekvést (jelen esetben az edzőmunkát). Ilyen lehet a

sűrűn jelentkező euforikus érzés (az előbbieken már említett „runners' high”) is egy-egy nagy futás után (Pierce, 1994; Szabo, 1995).

A *negatív megerősítés* lehet elhárító, illetve elkerülő viselkedéssel kapcsolatos. Az elhárító jellegű viselkedés egy fennálló rossz állapot (kellemetlen vagy rossz esemény, dolog vagy érzés) megszüntetését célozza, következménye viszonylag egyértelműen észlelhető, és lényegében szintén jutalmazó jellegű (paradox módon ilyen lehet például a megvonási tünetek megszüntetése is), de idesorolható a testedzés az előzőekben tárgyalt stressz- és szorongáscsökkentő hatása. Az elkerülő magatartás megítélése mindazonáltal kevésbé konkrét, hiszen ilyenkor a negatív állapot vagy következmény (pl. elhízás) sok esetben valójában sohasem áll fenn, illetve nem dönthető el, hogy előfordulása az edzés elmaradásának tudható-e be, valamint a viselkedés következménye sem észlelhető konkrétan. Az elkerülő viselkedésben tehát a megerősítés gyakran csak egyfajta kognitív úton állítható elő, hiszen annak „bizonyítása”, hogy valami azért következett be, mert „én valamit nem csináltam”, ezekben a folyamatokban nehézségekbe ütközik. Emiatt a megerősítés szubjektív, és tudatosan is, meg tudattalanul is manipulálható, illetve jelentősen függ a környezet hatásaitól is. Éppen emiatt lehet azonban a viselkedési függőség kialakulásának – egyik – pszichés mechanizmusa. A testedzésfüggőségben szenvedő egyén *muszájból*, avagy *kötelező* módon áll az edzéshez, mert azt feltételezi, hogy ha nem teljesíti azt, valami rossz fog történni. Az általuk végzett edzés egy „követelmény” (említik még mint „kényszer edzést” is az irodalomban), amelyet ha elmulasztanak, komoly következményt vonhat maga után. Ezekben a situációkban a személyt inkább a „*muszáj, hogy tegyem*”, mintsem a „*tenni szeretném*” motiváció hajtja.

A fentiek miatt az elkerülő magatartás negatív megerősítése, pontosabban a negatív megerősítők maguk nincsenek szoros összefüggésben a tevékenységgel, elmentésben a pozitív megerősítés esetével, ami a cselekvés következménye. Ezért a tevékenység intenzitása (és egyéb tulajdonságai) nem feltétlenül hozzák azt az eredményt, amit a személy elvár. Vagyis az elvárások és a konkrét változások nem szükségszerűen esnek egybe (jelen esetben a stressz például nem csökken érezhetően, hiába végez extrém mozgást a személy, sőt – paradox módon, mivel maga a tevékenység is generál(hat) stresszt – még fokozódhat is). A személy ily módon a megerősítés hiányát éli meg, ami a testedzés fokozására motiválja, és a két hatás circulus vitiosusként erősítheti egymást.

Meg kell jegyezni, hogy a valamitől menekülő magatartás nem az *elkötelezett* sportolók jellemzője (Szabo, 1995), sőt, ők általában úgy alakítják a sportot, hogy profitáljanak belőle. Több példa is létezik azonban arra az esetre, amikor a pozitív megerősítés átváltozik negatívvá. Egy tehetséges futballista például, aki kedvtelésből kezd el játszani, amikor sikere révén egy nagy csapathoz szerződve már *elvárják* tőle, hogy teljesítsen, jelentősen veszíthet az eredeti belső motivációjából. Bár a sportoló még mindig élvezzi, vagy élvezheti a játékot, a kialakuló *kötelezett-ségérzet* immár egy negatív megerősítésen alapuló ösztönzést jelent.

Attól függetlenül, hogy a pozitív megerősítés is szerepet játszhat a testedzésfüggőségben, a legtöbb esetben a motiváló erő sokkal inkább a negatív események vagy érzelmek megelőzése vagy valamilyen kellemetlen érzés elkerülése (Baker és mtsai, 2004). Az érintett személy tulajdonképpen a kihagyott edzés következmé-

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

nyeitől szeretné megóvni önmagát. Nagyon fontos ugyanakkor megjegyezni, hogy többnyire valamilyen jelentős életesemény az, ami megfordíthatja a pozitív megerősítést, mint a fenti labdarúgó példájában is. Egy ilyen esemény lehet bármilyen stressz vagy konfliktus, mint például válás, munka elvesztése stb. Ha a megküzdés módja a testedzésben (is) megnyilvánul, akkor a testedzésfüggőség kialakulása valószínű lehet. Tekintve, hogy egy adott pontban történő életesemény megváltoztatja az edzéssel kapcsolatos motivációs értékeket, a testedzésfüggőség kialakulása valószínűleg revolúciós módon történik.

Pszichológiai megközelítések

A fentiekkel is összefüggésben, felmerül, hogy a rendszeres edzést folytató személyek egy része magánéleti problémák elől menekülhet a sportba (Morris, 1989), bár azon esetek száma, ahol a túlzott edzés egy pszichológiai probléma előli menekülést jelent, elég nehezen becsülhető. Másokhoz hasonlóan, akik például alkoholhoz vagy droghoz nyúlnak a nehéz szituációkban, az edzéshez szokott egyén a hosszú időtartamú és intenzív mozgáson keresztül vezeti le a feszültségét, frusztrációját vagy tehetetlenségét (Griffiths, 1997). Mivel a testmozgás, ellentétben az alkohol-, illetve drog-fogyasztással, fizikai terhelésen és nagy erőfeszítésen alapul (Cockerill és Riddington, 1996), menekülő magatartásra „nem ideális”, amennyiben elkötelezettséget, odafigyelést, és esetlegesen némi mazochizmust is igényel. Ebből kifolyólag feltételezhető, hogy a problémáktól való menekülésre használt edzésforma, avagy a testedzésfüggőség mint pszichológiai rendellenesség ritkább, mint más függőségi formák.

Tizenöt évvel ezelőtt Szabo (1995) a testedzésfüggőségre vonatkozóan egy „mentális kiértékelési” hipotézist javasolt. Ennek a pszichológiai modellnek az az alapja, hogy amikor az egyén a stressz elkerülése céljából edz, és ennek eredményeképpen megkönnyebbül, a rendszeres edzés a pszichológiai stresszel szembeni megküzdést jelenti számára, tehát az edzés egy stresszoldó eszközzé válik. A testedzésfüggőségben szenvedő egyén abban a hitben él, hogy a túlzott edzés egy egészséges módja a stresszel szembeni harcnak. Ebből kiindulva racionális magyarázatokat talál ki annak igazolására, hogy miért viszi túlzásba a mindennapi edzést, és miért vonja el a figyelmét más fontos, akár létfontosságú dolgoktól. Ha a túlzásba vitt edzés immár gondokat jelent sérülés vagy a kötelezettségek elhanyagolása miatt, és az edzés redukálására kényszeríti a testedzésfüggőségben szenvedő egyént, a csökkentett edzésmennyiség elvonási tüneteket okozhat. Ezen túl, a stresszoldás miatt végzendő edzésmennyiség csökkentése pszichés gondokat is jelenthet, mert a stresszoldó eszköz kevésbé hatékony az előzőleg elért eredményekhez képest. A probléma még súlyosabbá válik, ha sérülés vagy más okok miatt az edzést teljesen abba kell hagyni, hiszen ekkor a személy elveszti stresszoldó eszközét, ami a szorongás növekedéséhez vezet. Amennyiben a személy nem talál más módot a szorongás és stressz oldására, úgy ezek enyhítése csak az újrakezdett edzés segítségével történhet meg. Azokban az esetekben, amikor az újrakezdés lehetséges, az érintett egyén hamarosan, akár napokon belül, ismét ugyanannyit edz, mint amennyit az edzés abbahagyása előtt.

A pszichológiai vonatkozások közül az *önértékelés* kérdésköre látszik egy további kulcstényezőnek (Hausenblas és Giacobbi, 2004; Rudy és Estok, 1983). Súlyemelő és testépítő esetében felmerül, hogy ezen sporttevékenységek kompenzációs szerepet töltenek be, amennyiben a testképével elégedetlen személy számára az egyre nagyobb súlyok felemelésének a képessége, a fizikai erő megélése hozzájárulhat egy pozitívabb énkép és kedvezőbb önértékelés kialakulásához. Tucker számos vizsgálatban igazolta, hogy a súlyemelés pozitív hatással van a testképre és az önbecsülésre, mind a férfiak (Tucker, 1982, 1983b), mind pedig a nők (Tucker és Maxwell, 1992) esetében. Ráadásul, arra is rámutatott, hogy a súlyemelés hatására elsősorban az eredendően alacsonyabb önértékelésű, a testükkel, izomerejükkel kevésbé elégedett férfiak énképében mutatkozik pozitív irányú elmozdulás (Tucker, 1983a, 1987). Bár Tucker főiskolás populáción végzett eredményei nem vonatkoztathatók közvetlenül a testépítők vagy súlyemelők, s különösen nem a testedzésfüggők populációjára, mindazonáltal erősítik azt a felvetést, hogy utóbbiak esetében szerepet játszhat a testképpel való elégedetlenség, az alacsony önértékelés kompenzációjának kísérlete a túlhajtott testedzésben. Ezt a feltevést erősíti a testedzésfüggőség és az izomdiszmorfia egyre jobban dokumentált kapcsolata is (Hurst, Hale, Smith és Collins, 2000; Pope, Gruber, Choi, Olivardia és Phillips, 1997). Hasonlóképp, az egyéb sportok esetében is a testképpel való elégedetlenség potenciális közvetítő faktor lehet a testedzés kialakulásának irányába. Sajnos elméleti modell ebben a vonatkozásban még nem létezik.

Szintén kulcstényezőnek látszik a *perfekcionizmus*, az *obszesszív-kompulzív működés*, valamint a *szorongás* megemelkedett mértéke is a testedzésfüggőség hátterében (Coen és Ogles, 1993; Davis, Brewer és Ratusny, 1993; Davis és mtsai, 1995; Hausenblas és Downs, 2002b; Spano, 2001).

Mint ahogy a táplálkozási magatartás zavarai esetében, úgy a testedzésfüggőség vonatkozásában sem tekinthetünk el a társadalom szerepétől, amikor a jelenség hátterét vizsgáljuk. Mint említettük fentebb, olyan jelenségről van szó, amely iránt a társadalom pozitív attitűdöt táplál, sőt, amelyet kifejezetten támogat. A különböző népegészségügyi, egészségfejlesztési kampányok kifejezetten nagy hangsúlyt fektetnek a rendszeres testedzés minél szélesebb körben történő népszerűsítésére, hiszen tudjuk, hogy annak hozzájárulása az egészségünkhöz igen jelentős. Fontos azonban, hogy ezekben a népszerűsítésekben a jelenség árnyoldala is megjelenjen. Ennek az információnak a kezelése objektív, strukturált és érthető kell, hogy legyen. Ki kell hangsúlyozni, hogy a testedzésfüggőség aránylag ritka, és valószínűleg csak azok az egyének lehetnek érintve, akik stresszkezelésre vagy valamilyen problémától való menekülésre használják fel túlzott mértékben az egyébként egészséges edzésmódot. Egyszerre fontos tehát annak a kommunikálása, hogy a testedzés hatékony és egészséges stresszkezelési módszer, túlzásba vitele ennek ellenére ártalmas is lehet. Ennek a felismerését tanítani kell a rendszeresen edző populációban. A környezetnek is fontos szerepe van a testedzésfüggőség felismerésében. A kompulzív, folyamatosan növekvő mértékű, immár kötelező és hangulatot nem javító edzésforma egy figyelmeztető jel lehet a szülők vagy élettársak számára a probléma felismerése szempontjából.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Irodalom

- American Psychiatric Association 2001. *DSM-IV. Text revision. A DSM-IV módosított szövege*. Budapest, Animula Kiadó.
- Babusa B. & Túry F. 2010. Izomdiszmorfia. In Demetrovics Zs. & Kun B. szerk.: *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 481–499). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Baekeland, F. 1970. Exercise deprivation. Sleep and psychological reactions. *Archives of General Psychiatry*, 22(4), 365–369.
- Baker, T. B.; Piper, M. E.; McCarthy, D. E.; Majeskie, M. R. & Fiore, M. C. 2004. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111, 33–51.
- Bamber, D. J.; Cockerill, I. M. & Carroll, D. 2000. The pathological status of exercise dependence. *British Journal of Sports Medicine*, 34(2), 125–132.
- Bamber, D. J.; Cockerill, I. M.; Rodgers, S. & Carroll, D. 2000. “It’s exercise or nothing”: a qualitative analysis of exercise dependence. *British Journal of Sports Medicine*, 34(6), 423–430.
- Bamber, D. J.; Cockerill, I. M.; Rodgers, S. & Carroll, D. 2003. Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *British Journal of Sports Medicine*, 37(5), 393–400.
- Basson, C. J. 2001. Personality and behaviour associated with excessive dependence on exercise: Some reflections from research. *South African Journal of Psychology*, 31(2), 53–59.
- Biddle, S. J.; Gorely, T. & Stensel, D. J. 2004. Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *Journal of Sports Sciences*, 22(8), 679–701.
- Blair, S. N.; Kohl, H. W.; Paffenbarger, R. S., Jr.; Clark, D. G.; Cooper, K. H. & Gibbons, L. W. 1989. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA*, 262(17), 2395–2401.
- Blaydon, M. J. & Lindner, K. J. 2002. Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eating Disorders*, 10(1), 49–60.
- Blaydon, M. J.; Lindner, K. J. & Kerr, J. H. 2004. Metamotivational characteristics of exercise dependence and eating disorders in highly active amateur sport participants. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1419–1432.
- Blumenthal, J. A.; O’Toole, L. C. & Chang, J. L. 1984. Is running an analogue of anorexia nervosa? An empirical study of obligatory running and anorexia nervosa. *JAMA*, 252(4), 520–523.
- Bozarth, M. A. 1994. Pleasure systems in the brain. In D. M. Warburton (ed.) *Pleasure: The politics and the reality* (pp. 5–14). New York, John Wiley & Sons.
- Brown, R. I. F. 1993. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In Eadington, W. R. & Cornelius, J. A. eds.: *Gambling behavior and problem gambling* (pp. 241–272). Reno, University of Nevada Press.
- Carmack, M. A. & Martens, R. 1979. Measuring commitment to running: A survey of runners’ attitudes and mental states. *Journal of Sport Psychology*, 1, 25–42.

- Chapman, C. L. & De Castro, J. M. 1990. Running addiction: Measurement and associated psychological characteristics. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 30, 283–290.
- Cockerill, I. M. & Riddington, M. E. 1996. Exercise dependence and associated disorders: a review. *Counselling Psychology Quarterly*, 9, 119–129.
- Coen, S. P. & Ogles, B. M. 1993. Psychological characteristics of the obligatory runner: A critical examination of the anorexia analogue hypothesis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15(3), 338–354.
- Cousineau, D.; Ferguson, R. J.; de Champlain, J.; Gauthier, P.; Cote, P. & Bourassa, M. 1977. Catecholamines in coronary sinus during exercise in man before and after training. *J Appl Physiol* 43:801–806.
- Davis, C.; Brewer, H. & Ratusny, D. 1993. Behavioral frequency and psychological commitment: Necessary concepts in the study of excessive exercising. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 611–628.
- Davis, C.; Kennedy, S. H.; Ralevski, E.; Dionne, M.; Brewer, H.; Neitzert, C. & Ratusny, D. 1995. Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 967–976.
- De Vries, H. A. 1981. Tranquilizer effect of exercise: A critical review. *The Physician and Sports Medicine*, 9(11):47–53.
- Demetrovics Zs. & Kurimay T. 2008. Testedzsfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatria Hungarica*, 23(2), 129–141.
- Demetrovics Zs. 2007a. Az addiktológia alapfogalmai. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics Zs. 2007b. *A droghasználat funkciói.* Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Demetrovics Zs. & Kun B. 2007. Viselkedéses addikciók. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics Zs., Szabó A., Kun B., Arnold P. & Paksi B. 2009. A population wide study of exercise addiction. *Kézirat.*
- Downs, D. S.; Hausenblas, H. A. & Nigg, C. R. 2004. Factorial Validity and Psychometric Examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 183–201.
- Folsom, A. R.; Caspersen, C. J.; Taylor, H. L.; Jacobs, D. R., Jr.; Luepker, R. V.; Gomez-Marín, O. et al. 1985. Leisure time physical activity and its relationship to coronary risk factors in a population-based sample. The Minnesota Heart Survey. *American Journal of Epidemiology*, 121(4), 570–579.
- Fraïoli, F.; Moretti, C.; Paolucci, D.; Alicicco, E.; Crescenzi, F. & Fortunio, G. 1980. Physical exercise stimulates marked concomitant release of beta-endorphin and adrenocorticotrophic hormone (ACTH) in peripheral blood in man. *Experientia*, 36(8), 987–989.
- Furst, D. M. & Germone, K. 1993. Negative addiction in male and female runners and exercisers. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 192–194.
- Glasser, W. 1976. *Positive addiction.* New York, Harper & Row.
- Griffiths, M. 1997. Exercise addiction: A case study. *Addiction Research*, 5, 161–168.
- Griffiths, M. D. 1996. Behavioural addiction: an issue for everybody? *Journal of Workplace Learning*, 8(3):19–25.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

- Griffiths, M. D. 2002. Gambling and gaming addictions in adolescence. *Leicester: British Psychological Society, Blackwells.*
- Griffiths, M. D.; Szabo, A. & Terry, A. 2005. The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *British Journal of Sports Medicine*, 39(6), e30.
- Hailey, B. J. & Bailey, L. A. 1982. Negative addiction in runners: A quantitative approach. *Journal of Sport Behavior*, 5(3), 150–154.
- Hausenblas, H. A. & Downs, D. S. 2002a. Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(2), 89–123.
- Hausenblas, H. A. & Downs, D. S. 2002b. How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychology & Health*, 17(4), 387–404.
- Hausenblas, H. A. & Downs, D. S. 2002c. Relationship among sex, imagery, and exercise dependence symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 169–172.
- Hausenblas, H. A. & Giacobbi, P. R. J. 2004. Relationship between exercise dependence symptoms and personality. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1265–1273.
- Hurst, R.; Hale, B.; Smith, D. & Collins, D. 2000. Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 34(6), 431–435.
- Kirkby, R. J. & Adams, J. 1996. Exercise dependence: the relationship between two measures. *Perceptual & Motor Skills*, 82(2), 366.
- Klein, D. A.; Bennett, A. S.; Schebendach, J.; Foltin, R. W.; Devlin, M. J. & Walsh, B. T. 2004. Exercise “addiction” in anorexia nervosa: model development and pilot data. *CNS Spectrums*, 9(7), 531–537.
- Lamb, K. L.; Roberts, K. & Brodie, D. A. 1990. Self-perceived health among sports participants and non-sports participants. *Social Science & Medicine*, 31(9), 963–969.
- Levine, M. D.; Marcus, M. D. & Moulton, P. 1996. Exercise in the treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 171–177.
- Lotan, M.; Merrick, J. & Carmeli, E. 2005a. Physical activity in adolescence. A review with clinical suggestions. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(1), 13–21.
- Lotan, M.; Merrick, J. & Carmeli, E. 2005b. A review of physical activity and well-being. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(1), 23–31.
- Lyons, H. A. & Cromey, R. 1989. Compulsive jogging: exercise dependence and associated disorder of eating. *Ulster Medical Journal*, 58(1), 100–102.
- Morgan, W. P. 1979. Negative addiction in runners. *The Physician and Sportsmedicine*, 7, 57–70.
- Morgan, W. P. & O'Connor, P. J. 1988. Exercise and mental health. In: R. K. Dishman ed.: *Exercise Adherence: Its impact on Public Health* (pp. 91–121). Champaign, IL, Human Kinetics.
- Morris, M. 1989. Running round the clock. *Running*, 104, (Dec.) 44–45.
- Ogden, J.; Veale, D. M. & Summers, Z. 1997. The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. *Addiction Research*, 5(4), 343–355.

- Paffenbarger, R. S., Jr.; Hyde, R. T.; Wing, A. L. & Hsieh, C. C. 1986. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314(10), 605–613.
- Paksi B.; Rózsa S.; Kun B.; Arnold P. & Demetrovics Zs. 2009. A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 273–300.
- Pasman, L. N. & Thompson, J. K. 1987. Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 7(6), 759–769.
- Pasman, L. & Thompson, J. K. 1988. Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 759–777.
- Pierce, E. F.; Eastman, N. W.; Tripathi, H. L.; Olson, K. G. & Dewey, W. L. 1993. Beta-endorphin response to endurance exercise: relationship to exercise dependence. *Perceptual and Motor Skills*, 77(3 Pt 1), 767–770.
- Pierce, E. F. 1994. Exercise dependence syndrome in runners. *Sports Medicine*, 18, 149–155.
- Pierce, E. F.; Daleng, M. L. & McGowan, R. W. 1993. Scores of exercise dependence among dancers. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 531–535.
- Piko B. F. 2000. Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *Journal of Community Health*, 25(2), 125–137.
- Piko B. F. & Keresztes N. 2006. Physical activity, psychosocial health, and life goals among youth. *Journal of Community Health*, 31(2), 136–145.
- Pope, H. G., Jr.; Gruber, A. J.; Choi, P.; Olivardia, R. & Phillips, K. A. 1997. Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548–557.
- Pope, H. G., Jr.; Katz, D. L. & Hudson, J. I. 1993. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406–409.
- Royal College of Physicians 1991. *Medical aspects of exercise. Risks and benefits*. London, Royal College of Physicians.
- Rudy, E. B. & Estok, P. J. 1983. Intensity of jogging: its relationship to selected physical and psychosocial variables in women. *Western Journal of Nursing Research*, 5(4), 325–336.
- Sachs, M. L. & Pargman, D. 1984. Running addiction. In Sachs, M. L. & Buffone, G. W. eds.: *Running as therapy: An integrated approach* (pp. 231–252). Lincoln, NE, University of Nebraska Press.
- Sachs, M. L. 1981. Running addiction. In Sacks, M. & Sachs, M. eds.: *Psychology of Running* (pp. 116–126). Champaign, ILL, Human Kinetics.
- Slay, H. A.; Hayaki, J.; Napolitano, M. A. & Brownell, K. D. 1998. Motivations for running and eating attitudes in obligatory versus nonobligatory runners. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 267–275.
- Smith, D. K. & Hale, B. D. 2005. Exercise-dependence in bodybuilders: antecedents and reliability of measurement. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 45(3), 401–408.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

- Smith, D. K.; Hale, B. D. & Collins, D. 1998. Measurement of exercise dependence in bodybuilders. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 38(1), 66–74.
- Spano, L. 2001. The relationship between exercise and anxiety, obsessive-compulsiveness, and narcissism. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 87–93.
- Stephens, T. 1988. Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. *Preventive Medicine*, 17(1), 35–47.
- Summers, J. J. & Hinton, E. R. 1986. Development of scales to measure participation in running. In Unestahl, L. E. ed.: *Contemporary Sport Psychology* (pp. 73–84). Veje, Sweden.
- Sundgot-Borgen, J. 1994. Eating disorders in female athletes. *Sports Medicine*, 17(3), 176–188.
- Szabo, A. 1995. The impact of exercise deprivation on well-being of habitual exercisers. *The Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, 27, 68–75.
- Szabo, A. 1997. Cross sectional research on the Internet. *Journal of Physical Education and Sport Sciences*, 10, 14–22.
- Szabo, A. 2010. *Addiction to Exercise: A Symptom or a Disorder?* Hauppauge, NY, Nova Publisher.
- Szabo, A. & Griffiths, M. D. 2007. Exercise addiction in British sport science students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5(1), 25–28.
- Szabo, A.; Frenkl, R. & Caputo, A. 1996. Deprivation feelings, anxiety, and commitment to various forms of physical activity: A cross-sectional study on the Internet. *Psychologia*, 39, 223–230.
- Szabo, A.; Frenkl, R. & Caputo, A. 1997. Relationships between addiction to running, commitment to running, and deprivation from running. *European Yearbook of Sport Psychology*, 1, 130–147.
- Terry, A.; Szabo, A. & Griffiths, M. D. 2004. The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12(5), 489–499.
- Thaxton, L. 1982. Physiological and psychological effects of short-term exercise addiction on habitual runners. *Journal of Sport Psychology*, 4, 7–80.
- Thompson, J. K. & Blanton, P. 1987. Energy conservation and exercise dependence: A sympathetic arousal hypothesis. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19, 91–97.
- Tucker, L. A. 1982. Effect of a weight-training program on the self-concepts of college males. *Perceptual & Motor Skills*, 54(3, Pt 2), 1055–1061.
- Tucker, L. A. 1983a. Effect of weight training on self-concept: A profile of those influenced most. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 54(4), 389–397.
- Tucker, L. A. 1983b. Weight training: a tool for the improvement of the self and body concepts of males. *Journal of Human Movement Studies*, 9, 31–37.
- Tucker, L. A. 1987. Effect of weight training on body attitudes: who benefits most? *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 27(1), 70–78.
- Tucker, L. A. & Maxwell, K. 1992. Effects of weight training on the emotional well-being and body image of females: predictors of greatest benefit. *American Journal of Health Promotion*, 6(5), 338–344, 371.

- Túry F. & Szabó P. 2010. Az evés zavarai: anorexia, bulimia, falási zavar. In Demetrovics Zs. & Kun B. szerk.: *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 423–446). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Túry F. & Pászthy B. szerk. 2008. *Evészavarok és testképzavarok.* Budapest, Pro Die Kiadó.
- Túry F. & Szabó P. 2000. *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa.* Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- Túry F.; Kovács S. & Gyenis M. 2001. Az izomdiszmorfia (inverz anorexia nervosa) hazai gyakorisága testépítők között. *Szenvedélybetegségek*, 9(5), 326–330.
- United States Department of Health and Human Services 1996. *Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General.* Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports.
- Waddington, I. 2000. *Sport, Health, and Drugs: A Critical Sociological Perspective.* London, Spoon Press.
- Warburton, D. E.; Nicol, C. W. & Bredin, S. S. 2006. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801–809.
- World Health Organization 1994. *A mentális és viselkedészavarok BNO-10 szerinti osztályozása. Klinikai leírás és diagnosztikus útmutató.* Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Yates, A.; Leehey, K. & Shisslak, C. M. 1983. Running-An analogue of anorexia? *New England Journal of Medicine*, 308, 251–255.
- Yates, A.; Shisslak, C. M.; Allender, J.; Crago, M. & Leehey, K. 1992. Comparing obligatory to nonobligatory runners. *Psychosomatics*, 33(2), 180–189.
- Yates, A.; Shisslak, C. M.; Crago, M. & Allender, J. 1994. Overcommitment to sport: Is there a relationship to the eating disorders? *Clinical Journal of Sport Medicine*, 4, 39–46.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Függelék

A Hausenblas és Downs (2002) által kialakított Testedzésfüggőség Skála (Exercise Dependence Scale, EDS) magyar változata

Testedzésfüggőség Skála (EDS-HU)

Kérjük, az alábbi állítások mindegyikét jellemezze a szerint, hogy az mennyire jellemző Önre! Az egyes állításokat a *jelenlegi* elképzelései, illetve az *elmúlt 3 hónapban jellemző* testedzési szokásaira vonatkozóan értékelje. Ha az állítás soha nem jellemző Önre, akkor az 1-es számot karikázza be, ha mindig, akkor a 6-os számot jelölje meg. Köztes esetekben a többi szám valamelyikének a bekarikázásával jelölje, hogy mennyire jellemző Önre az állítás.

Kérjük, minden állítás mellett jelölje meg azt a számot, amelyet megfelelőnek tart.

	Soha		Mindig			
	1	2	3	4	5	6
1. Azért edzek, hogy megszabaduljak a kellemetlen érzésektől.	1	2	3	4	5	6
2. A visszatérő testi problémáim ellenére is folytatom az edzéseket.	1	2	3	4	5	6
3. Folyamatosan növelem az edzéseim intenzitását annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem.	1	2	3	4	5	6
4. Képtelen vagyok lerövidíteni az edzésidőmet.	1	2	3	4	5	6
5. Szívesebben edzek, minthogy a családommal vagy a barátaimmal töltssem az időmet.	1	2	3	4	5	6
6. Sok időt szánok az edzéseimre.	1	2	3	4	5	6
7. Általában többet edzek, mint amennyit eredetileg eltervezek.	1	2	3	4	5	6
8. Azért edzek, hogy megszabaduljak a szorongó érzéseimtől.	1	2	3	4	5	6
9. Sérülten is edzek.	1	2	3	4	5	6
10. Egyre többet edzek, annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem.	1	2	3	4	5	6
11. Képtelen vagyok arra, hogy ritkábban járjak edzeni.	1	2	3	4	5	6
12. Olyankor is az edzésen jár az eszem, amikor a munkámra/tanulásra kellene koncentrálnom.	1	2	3	4	5	6
13. A szabadidőm nagyobb részét edzéssel töltöm.	1	2	3	4	5	6
14. Általában hosszabban edzek, mint amennyit tervezek.	1	2	3	4	5	6
15. Azért edzek, hogy megszabaduljak a feszültségektől.	1	2	3	4	5	6
16. A folyamatosan fennálló testi problémák ellenére is folytatom az edzéseimet.	1	2	3	4	5	6
17. Folyamatosan, egyre hosszabb ideig edzek annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem.	1	2	3	4	5	6
18. Képtelen vagyok arra, hogy kisebb erőbedobással edzzek.	1	2	3	4	5	6

Testedzésfüggőség

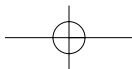
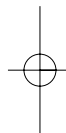
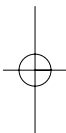
	Soha			Mindig		
19. Azért is edzek, mert így kevesebb időt kell a családommal/barátaimmal töltenem.	1	2	3	4	5	6
20. Az időm igen jelentős része edzéssel telik.	1	2	3	4	5	6
21. Általában többet edzem, mint amennyit előre eltervezek.	1	2	3	4	5	6

A Terry, Szabo és Griffiths (2004) által kialakított Testedzés Addikció Kérdőív (Exercise Addiction Inventory, EAI) rövid verziójának magyar változata

Testedzés Addikció Kérdőív (EAI-HU)

A következő kérdések a sportolásról, testmozgásról, edzésről szólnak. Kérjük, az alábbi állítások mindegyikénél jelölje, hogy az milyen mértékben igaz Önre.

	Nagyon nem érték egyet	Inkább nem érték egyet	Egyet is érték, meg nem is	Inkább egyérték	Nagyon egyérték
a A testedzés a legfontosabb dolog az életemben.	1	2	3	4	5
b Konfliktusok adódnak köztem és a családom és/vagy partnerem között amiatt, hogy mennyit edzek.	1	2	3	4	5
c A testedzést arra használom, hogy a hangulatomon változtassak (pl. hogy kellemesebben érezzem magam, vagy hogy ne kelljen a problémáimmal foglalkoznom).	1	2	3	4	5
d Az elmúlt időszak során növeltem a napi edzőmennyiségemet.	1	2	3	4	5
e Ha ki kell hagynom egy edzést, rosszkedvű és ideges leszek.	1	2	3	4	5
f Ha lecsökkentem a szokásos edzőmennyiségemet, akkor amikor újra elkezdem az edzést, addig folytatom, amíg az eredeti mennyiséget el nem érem.	1	2	3	4	5



Kun Bernadette és Demetrovics Zsolt

Munkafüggőség

Definíció és tünettan

A munkafüggőség, vagy más néven munkamánia az elmúlt évtizedekben kifejezetten gyakori, szinte hétköznapi fogalomná vált. Ugyanakkor ez az érdeklődés elsősorban nem a szakirodalomban, hanem inkább a laikusok körében jelent meg. A Google internetes keresőoldal 116 ezer találatot ad a „workaholism” (munkaalkoholizmus) kifejezésre, míg a „work addiction” (munkafüggőség) kulcsszó beírása esetén 36 ezer találatot kapunk. Ennél jóval kevesebb találatot kapunk például a kényszeres vásárlásra (30 ezer találat a „compulsive buying” [kényszeres vásárlás] és 84 ezer találat az „oniomania” kifejezésekre), bár a két jelenséggel körülbelül egy időben – a nyolcvanas, kilencvenes évek során – kezdtek foglalkozni a szakemberek. Érdekes ugyanakkor, hogy a tudományos érdeklődés a kényszeres vásárlás tekintetében jelentősebb.

A nagy érdeklődés ellenére a munkafüggőség természetét illetően nagyon kevés empirikus munka született. Az írások túlnyomó többsége klinikai megfigyelésekre, anekdotákra alapoz, s ezekből vonnak le elméleti megfontolásokat. Ahogy látni fogjuk, számos definíció, meghatározás, tünettani felsorolás létezik a munkafüggőségre vonatkozóan. Ezek között azonban azért nehéz rendet, rendszert teremteni, mivel többségüket empirikus munka nem támasztotta alá (többnyire kísérlet sem történt ilyesmire), így csupán feltételezéseknek tekinthetjük ezeket. Mindazonáltal fontos ezeket részleteiben tárgyalnunk, hiszen egyrészt jelenleg ezek képezik a jelenségre vonatkozó legfrissebb tudásokat, másrészt ezek jelölhetik ki az irányt további kutatások számára. Amennyiben empirikus munkákkal is megerősítést nyernek azok az elméletek, amelyek jelenleg rendelkezésre állnak, talán azok a mítoszok, amelyek a munkafüggőséget körülveszik, lassan feledésbe merülnek. A munkamániával kapcsolatosan ugyanis számos tévhit él az emberekben, amelyeket Fassel (1992), Robinson (1998), valamint Robinson és Flowers (2004) nyomán érdemes ehelyütt is összefoglalnunk (lásd 1. táblázat).

A munkafüggőség első leírása Wayne Oates (1971) amerikai teológusprofesszortól származik, aki saját munkafüggőségével kapcsolatos vallomásait adta ki egy a szakirodalomban is sokak által idézett kötetben. Oates nevezte el a zavart „munkaalkoholizmusnak” (workaholism), a szóösszetétellel utalva arra, hogy nézete szerint az alkoholizmushoz hasonlatos jelenségről van szó. A szerző ennek megfelelően a definíciót is az alkoholizmus meghatározásából alakította ki, és a következőképpen írta le: a munkaalkoholista „az a személy, akinek olyan nagy mértékben van szüksége a munkára, hogy az észrevehetően megzavarja vagy akadályozza testi egészségét, személyes boldogságát, interperszonális kapcsolatait és

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

alapvető társas működését” (Oates, 1971, 4).¹ Ezt követően a nyolcvanas években jelentek meg munkafüggőségről szóló írások, amelyek újabb és újabb definíciókkal álltak elő.

1. táblázat. Tévhitek a munkafüggőséggel kapcsolatosan (Fassel, 1992; Robinson, 1998; Robinson és Flowers, 2004)

<p>Az a munkamániás, aki mindig dolgozik. A munkafüggőséget a munka mennyisége alakítja ki. A munkafüggőség csak a magas társadalmi-gazdasági státusú személyeket érinti. A munkafüggők élvezik a munkájukat és boldogok. A munkafüggőség pozitív függőség, erény, és erkölcsi többletet jelent. A munkafüggőség csak a munkafüggőkre lehet káros. A munkafüggőség előnyös a cégek, vállalatok számára. A munkafüggők magas szintű munkateljesítményt nyújtanak. A munkafüggő a családjáért dolgozik, önfeláldozó, hős. A munkamániás nem más, mint túlzott stressz és kiegész. A munkafüggőség nem egy legitim addikció, mert nincs pszichológiai alapja. A munkafüggőség csak egy másodlagos addikció egy elsődleges, „igazi” addikció mellett. A munkafüggőségből való felépülés rontja a munkahelyi teljesítményt. A munkafüggőségből való felépüléshez csupán a munkával töltött órák számának csökkentésére van szükség.</p>	<hr/>
---	-------

A legegyszerűbb, bár korántsem a jelenség lényegi elemeit megragadó definíciót Mosier (1983) adta, aki egész egyszerűen a munkavégzés mennyisége mentén határozta meg a munkafüggőséget. Meglátása szerint ugyanis azok a személyek, akik hetente több mint 50 órát dolgoznak, munkafüggőségben szenvednek. A munkavégzés mennyiségét azonban számos tényező befolyásolja, környezeti, szituációs (társadalmi, kulturális, gazdasági) tényezők mellett szociális és személyiségbeli faktorok egyaránt. Különösen az utóbbi jellegzetességek megragadása segíthet bennünket abban, hogy megértsük, a munkafüggő személyek miben különböznek másoktól. Könnyen beláthatjuk ugyanis, hogy nem azokat a személyeket kell kóros munkavégzőknek tekintenünk, akik kedvezőtlen anyagi helyzetük miatt dolgoznak az átlagnál jóval többet. Machlowitz (1980) már a nyolcvanas évek elején rámutatott arra, hogy a munkavégzés mennyisége helyett inkább az azzal kapcsolatos attitűdöket kell figyelembe venni a munkafüggőség megítélésekor. Eszerint munkafüggő az a személy, „*aki mindig több időt és gondolatot szentel a munkának, mint amennyit a helyzet megkövetel [...], ami megkülönbözteti a munkaalko-*

1 Jelen fejezet szerzőinek fordítása.

holistákat más emberektől, az a munkához való attitűdjük, nem pedig a munkájukkal eltöltött idő” (Machlowitz, 1980, 11).²

A szerzők többsége a zavar *obszesszív-kompulzív*, illetve *addikciós* jellegét hangsúlyozza. A zavar jól elhelyezhető a jelen kötet elején (Demetrovics és Kun, 2010) részletesen bemutatott *obszesszív-impulzív* spektrumon (Hollander és Wong, 1995) is, mégpedig az *obszesszív* pólushoz közel. A munkamánia ugyanis számos kényszeres jegyet mutat, amire több szerző is felhívja a figyelmet. Homer (1985) például „obszesszív perfekcionizmusként” írja le a problémát, ahogy Naughton (1987) is az *obszesszív-kompulzív* működést emeli ki a karrierhez való túlzott, irracionális elköteleződés mellett. Woitiz (1987) elképzelésében a munkafüggőség lényege, hogy a személy számára nehézséget jelent bármi mással foglalkozni, ami nem a munkája – s ezzel ő is a jelenség kényszeres aspektusát emeli ki. Robinson (1998) a következőképpen határozza meg a problémát: „*egy obszesszív-kompulzív zavar, amely önmaga felé irányuló követelésekben, a munkával kapcsolatos szokások szabályozásának képtelenségében és az élet más egyéb tevékenységeinek kizárásához vezető, munkába való túlzott mértékű beletemetkezésben nyilvánul meg*” (Robinson, 1998, 7).³ Ahogy a fejezet későbbi részeiben látni fogjuk, a munkafüggőség kényszerbetegséggel való rokonságát az intrapszichés hasonlóságok – pl. magas szorongás, bizonytalanság kerülése, perfekcionizmus – is alátámasztják.

A munkafüggőséget – ahogy fentebb, Oates (1971) kapcsán már utaltunk rá – *addikciós* problémaként is értelmezhetjük. Teszi ezt Nakken (1996), Griffiths (2005) és Robinson (1998) is, utóbbi szerző így nem csupán kényszeres vonásokat, hanem olyan elemeket is leír a jelenség kapcsán, amelyek más *addikciós* problémák esetében is meghatározóak. Klinikai tapasztalatai szerint ugyanis a munkamániás személyeknél felfedezhető az *alkoholistákra* és *drogfüggőkre* jellemző *sóvárgás, tolerancia* (ez esetben egyre nagyobb mennyiségű munka szükséges ugyanazon pszichés hatás eléréséhez) és a *megvonás* tünetei. Porter (1996) hasonlóképpen vélekedik a munkafüggőségről, s annak főbb tüneteit az *alkoholizmussal* való párhuzamok alapján határozta meg, amelyek a következők:

1. *Az érdeklődés beszűkülése.* A személyt a munkán kívül semmi más nem érdekli, nem foglalkozik a társas kapcsolataival, saját magával, az egészségével, azaz a személy az ártalmas következmények ellenére fenntartja túlzott mértékű munkavégzését.
2. *Alacsony önbecsülés, fejletlen énkép.* A személy a negatív érzések elkerülésének reményében temetkezik bele a munkába. A gyenge énerőt úgy próbálja kompenzálni, hogy a munka által kapott külső megerősítéseket használja fel. Nagyon fontosak számára a külső visszajelzések, folyton figyeli, hogy másoknak mi a véleménye róla. Nehéz vele együtt dolgozni, mert csak a saját teljesítményére figyel, nem képes a munka tárgyára, céljára koncentrálni. Énhatékonyága alacsony. Míg az egészséges ember úgy gondolja, hogy „minél jobban bízom magamban, annál jobban fogok teljesíteni”, addig a munkafüggő úgy érzi, akkor válhat értékes és magas önértékelésű emberré, ha minél többet teljesít.

2 Jelen fejezet szerzőinek fordítása.

3 Jelen fejezet szerzőinek fordítása.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

3. *Merev gondolkodásmód.* Irreálisan nagy, perfekcionista elvárásai vannak mind saját magával, mind másokkal szemben, amelyekhez mereven ragaszkodik. Képtelen a kompromisszumokra. Úgy érzi, csak ő tudja irányítani a helyzeteket, túlzott szüksége van az információk, az emberek és a munka felett érzett kontrollra. Mindez szintén nehezíti a másokkal való kooperációt. A közös munka során, perfekcionizmusából adódóan folyamatosan önmagát figyeli, ezért a többiek nem tudnak jó véleményt kialakítani róla, ami további önérték- és énhatékonyság-csökkenéshez vezet.
4. *Megvonás.* A munkavégzés hiánya idegességet, stresszes állapotot vált ki. A személy egyáltalán nem képes relaxálni. Fassel (1992) és Robinson (1989) klinikai megfigyelései egyaránt azt jelzik, hogy a munkaalkoholizmus esetén hasonló megvonási tünetek jelentkezhetnek, mint más függőségeknél.
5. *Tolerancia.* Egyre több munkára van szüksége ugyanazon állapot eléréséhez. A háttérben egyrészt az alacsony önbecsülés áll: mivel mindig úgy érzi, hogy sosem végzett tökéletes munkát, még többet akar dolgozni. A tolerancia másik oka a negatív érzések elkerülése. A problémák gyarapodásával circulus vitiosus-szerűen növekedik a kompenzatórikus célzatú munka mennyisége is.
6. *A probléma tagadása.* A munkafüggő személyek általában nem érzékelik problémásnak viselkedésüket. Ebben nagy szerepe van a társadalmi, kulturális hatásoknak is: a munkafüggőség az egyik legelfogadottabb viselkedési addikció. A munkavégzés fontos tevékenységnek számít, a sokat dolgozó személyeket általában elismerik, lelkiismereteseznek, céltudatosaknak, családjukról gondoskodónak tartják őket. A munkafüggő személy sokszor védekezik azzal, hogy a rengeteg munkát a családjáért, annak boldogságáért teszi, miközben nem veszi észre, mindezzel éppen az ellenkező hatást éri el.

Számos szerző úgy definiálta a munkafüggőséget, hogy meghatározták azokat az összetevőket, dimenziókat, amelyek feltételezésük szerint együttesen felelnek a zavar kialakulásáért. A téma kapcsán a legismertebb, legtöbbször által idézett, továbbá pszichometriailag érvényes mérőeszközzel alátámasztott meghatározás Spence és Robbins (1992) nevéhez fűződik, akik három dimenzió mentén írják le a munkavégzés típusait. Ezek a munkába való *involváltság*, a munkára vonatkozó *készlettség* (azaz *drive*) és a munka *élvezete*. Bár a komponensek kialakítása Spence és Robbins részéről eredetileg tisztán teoretikus volt, ezt saját, később pedig más szerzők (pl. Aziz és Zickar, 2006) vizsgálatai is alátámasztották. Mindhárom komponens egy-egy dimenzióként fogható fel, amelyek alacsony, illetve magas értékeinek kombinációi hat különböző munkavégzőtípust írnak le (2. táblázat).

Spence és Robbins (1992) szerint a munkafüggőség kritériuma elsősorban a munkára vonatkozó *erőteljes készlettség és magas involváltság együttes jelenléte*. A tipikus munkafüggő személy ugyanakkor nem élvezi, ha dolgozik, a munkavégzésre inkább egyéb mögöttes tényezők készítetik. A szerzők a tipikus munkafüggőtől elkülönítik a „rajongó munkaalkoholistát”, akire a magas involváltság és *drive* mellett az átlagosnál magasabb mértékű munkaélvezet is jellemző. A munkafüggő személyek perfekcionista, túlbuzgóság jellemzi őket, és csak a túlzott mennyiségű munka elvégzése után érzik – valamennyire – elégedettnek magukat.

2. táblázat. Munkavégzőtípusok Spence és Robbins (1992) besorolása nyomán

Típus	Involváltság	Késztetés	Élvezet
Munkarajongó	magas	alacsony	magas
<i>Munkaalkoholista</i>	<i>magas</i>	<i>magas</i>	<i>alacsony</i>
Rajongó munkaalkoholista	magas	magas	magas
Elkötelezetlen dolgozó	alacsony	alacsony	alacsony
Nyugodt dolgozó	alacsony	alacsony	magas
Kiábrándult dolgozó	alacsony	magas	alacsony

Hasonlóan többdimenziós konstruktként írja le a munkafüggőséget McMillan, Brady, O'Driscoll és Marsh (2002) is, akik az alábbi öt tényezőt emelik ki: ellenállás arra vonatkozóan, hogy kikapcsolódjon a munkából; a munka élvezete; a munkára vonatkozó késztetés (azaz drive); a munkavégzés vagy a munkáról való gondolkodás; munka akárhol és akármikor.

Láthatjuk, hogy a bemutatott meghatározások sok hasonlóságot tartalmaznak, és általuk, illetve további, ehelyütt részletesen nem bemutatott definíciók mentén megragadhatjuk a munkafüggőség legfontosabb tüneteit. Ezek szerint a munkafüggő személy az átlagosnál jóval többet dolgozik, amire viszont nem külső tényezők (pl. munkahelyi nyomás, előírt feladatok mennyisége, rossz anyagi körülmények stb.), hanem belülről jövő – azonban nem a munka élvezetével kapcsolatos – késztetések vezérlik (McMillan és mtsai, 2002; Spence és Robbins, 1992). Magas szorongás és belső feszültség jellemzi, amit munkavégzéssel próbál csillapítani (Nakken, 1996; Porter, 1996; Robinson, 1992; Robinson és Flowers, 2004; Spence és Robbins, 1992). Kényszeres dolgozó, aki mindenben a tökéletességre törekszik, s emellett nagymértékben vágyik a kontrollra, hatalomra (Burke, 2001; Homer, 1985; Killinger, 2006; Oates, 1971; Porter, 1996; Robinson és Flowers, 2004). Úgy véli, rajta kívül senki más nem tudja az adott feladatot elvégezni, ezért nagyon rosszul kommunikál munkatársaival, akikkel nem képes együttműködni. Nem tud semmilyen feladatot átadni, megosztani, a munkában másokkal kooperálni (Holland, 2007; Machlowitz, 1980; Porter, 1996). Rugalmatlan és makacs, képtelen a lazításra, játékra, kreatív és spontán tevékenységekre (Machlowitz, 1980; Porter, 1996). Munkaidőn kívül is folyton a munkán jár az esze, fejben akkor is dolgozik, ha fizikailag éppen akadályozva van. Nem képes tehát nem dolgozni anélkül, hogy ne szorongana, ne lenne büntudata amiatt, hogy valami fontos munkát nem végez el (Robinson, 1998). Környezetével szemben türelmetlen és ingerült, másoktól is a legmagasabb teljesítményt várja el, mint ahogy önmagától is (Robinson, 1998). Nem képes elfogadni, ha hibázik, vagy ha mások rámutatnak hiányosságaira, ahogy tanulni sem tud saját hibáiból (Robinson és Flowers, 2004). Folyamatos rohanásban van, rendszeresen egyszerre több dolgot végez egy időben. Életét egyértelműen a munka uralja, más tevékenységeket – családi, társas, hobbitevékenységeket – jelentős mértékben elhanyagol (Robinson, 1998).

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

A munkafüggőség főbb tüneteinek, jellegzetességeinek tárgyalásakor érdemes még bemutatnunk azt az összevetést, amelyet Porter (1996) végzett el, s amely megpróbálja megragadni a munkafüggők és a nem problémás, de keményen dolgozó személyek munkavégzését. A szerző olyan jellemzők mentén hasonlította össze a két típust, amelyek alapvetően fontosak és hasznosak a munkahelyek és vezetők szempontjából, azonban a kétféle munkavégzőtípus belső mozgatórugói eltérnek egymástól (3. táblázat).

3. táblázat. A keményen dolgozó és a munkafüggő személy összehasonlítása hasonló munkavégzési viselkedésformák mentén, Porter (1996, 79) nyomán

Viselkedés	Háttértényezők	
	Keményen dolgozó	Munkafüggő
Munkával eltöltött hosszú órák	elköteleződés, involválódás, önfeláldozás, felelősségérzet	menekülés érzelmek vagy egyéb elköteleződések elől; irreális színvonalú teljesítmény hajszolása
Teljesítmény magas színvonalon	minőségi gondolkodás, tudatosság	arra vonatkozó kifogás, hogy miért dolgozik olyan sokat; irreális kísérlet arra, hogy növelje önértékelését
Munkába való involválódás a munkaidőn kívül is	elköteleződés, önfeláldozás; felismerése annak, hogy a munkát az időtől függetlenül el kell végezni; felelősség érzése	képesség hiánya arra vonatkozóan, hogy egyensúlyt teremtsen a különböző elköteleződésekben, illetve hogy kielégülést szerezzen az élet más területein; igény a kontroll fenntartására
Munkatevékenységek kontrollja	erős és hatékony irányítás, megbízhatóság, felelősség	az életben megjelenő kontrollhiány érzetének kompenzálása; az önértékelés növelése krízisek megoldása által
Személyes azonosulás a munkával	büszkeség és elégedettség; munkába való involválódás mint az énkiterjesztés egy formája	a máshonnan nem megszerzett önbecsülés megteremtése a munka által; más azonosulásoktól (identitásoktól) való szeparáció

Ezen összehasonlítás alapján is hasonló végső következtetésre juthatunk, mint a fentebb idézett szerzők: a munkafüggő személyek, bár rengeteget dolgoznak, valójában *kompenzatórikus funkciók* miatt teszik ezt. Érzelmek, intim kapcsolatok és a valóság elől menekülnek; kudarctól való rettegésük, alacsony önértékelésük,

kontrollérzetük alacsony szintje vezet ahhoz, hogy feszültségeiket és hiányosságait a munkával kompenzálják.

A munkafüggőség típusai

Spence és Robbins (1992) esetében láttuk, hogy három dimenzió mentén hat különböző munkavégzőtípust írtak le, s közülük lényegében egyet tekinthetünk munkafüggőnek. Velük szemben több szerző a munkafüggőségen belül differenciált alcsoportokat – noha ezt ők nem empirikus úton kimutatott pszichológiai faktorok mentén, hanem csupán elméleti és megfigyeléses alapon tették. Oates (1971) például öt különböző munkafüggőtípust különített el. Az *állhatatos munkafüggő* rendkívül perfekcionista, rendszeresen túlvállalja magát, környezetével szemben intoleráns, így a közösségekből kirekesztik. Az *átalakult munkamániás* az élet minden területét halálosan komolyan veszi, minden percét pontosan megtervezi, és folyamatosan határokat szab önmagának. A *menekülő munkamániást* Oates úgy határozta meg, mint azt a személyt, aki valamilyen élethelyzettől, például rossz házasságától menekül a munkavégzésbe. A *szituációs munkaalkoholista* és az *álmunkamániás* viszont jelenlegi tudásunk szerint nem tekinthető munkafüggőnek. Az előbbi valójában az instabil és kedvezőtlen gazdasági háttere miatt kényszerül túlzott mennyiségű munkavégzésre, utóbbi pedig szintén a gazdasági-társadalmi előrelépés miatt küzdve dolgozik többet, s nem önmagával szemben magasak az elvárásai, hanem csupán magasabbra szeretne kerülni a munkahelyi hierarchiában.

Killinger (1991) három munkafüggőtípust különböztetett meg. A *kontrolláló* kifejezetten vezető típus, aki szereti a gondolkodtató feladatokat, kevés az alvágánya, független, zárkózott, ugyanakkor lobbanékony személyiség. A *narcisztikus kontrolláló* nem kedveli a magas stresszel járó helyzeteket, önző és büszke, saját célja mindennél és mindenkinél fontosabb. A *kedveskedő munkafüggő* olyan személy, aki mindenkinek próbál a kedvében járni, mivel erősen függ mások elismerésétől. Sértődékeny, ugyanakkor magában tartja sérelmeit, és erős kisebbségi érzések jellemzik.

Fassel (1992) négy munkafüggőtípust írt le. A *kényszeres dolgozó* szabadidejében mindig dolgozik, perfekcionizmus jellemzi. Az *alkalmi kemény dolgozó* („binge worker”) alkalmanként, folyamatos pihenés és alvás nélkül dolgozik rengeteget, miközben képes megfelekedezni biológiai szükségleteiről, s csak munkájával van elfoglalva. Ezen időszakok között azonban normális munkavégzés jellemzi, így nem tekinthető klasszikus munkafüggőnek. Érdekes típus a Fassel által leírt *zugdolgozó*, aki túlzó munkavégzését titkolja, dugdossa mások, főként hozzátartozói elől. Az ötödik típus pedig az *anorexiás dolgozó*, aki képtelen a feladatok befejezésére, mindent a legvégsőkig halogat, s rendszertelen munkavégzés jellemzi. Nehezen tartja be a határidőket, ezáltal nem megbízható munkaerő.

Robinson (1998) két dimenzió mentén különített el négy alcsoportot. Elképzelése szerint ugyanis leginkább úgy érdemes a munkafüggő személyeket elkülöníteni, hogy azokra mennyiben jellemző a munkavégzés kezdeményezése, illetve mennyiben képesek egy adott feladatot befejezni. A *tántoríthatatlan munkafüggőt*

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

folyamatos munkavégzés jellemzi, aki mind a feladatok kezdeményezésére, mind azok befejezésére nagyban törekszik. A *bulimiás munkafüggő* sokszor nem is dolgozik, nem jeleskedik a munka elkezdésében, ugyanakkor szakaszosan nagy hajtásra képes, így végül el tudja végezni a feladatot. A *figyelemhiányos munkafüggő* szeret újabb és újabb feladatokba belevágni, mivel folyamatosan új ingerekre van szüksége. Azonban gyorsan megun egy feladatot, így azok befejezésében már nem jár az élen. Az *ínyenc munkafüggő* pedig, mivel egy-egy tevékenységben igen alaposan elmélyül, nem keresi újabb és újabb feladatok megvalósítását. Nagyon lassan és precízen dolgozik, folyton újra és újra leellenőrzi és kijavítja munkáit, így nehezen képes azokat befejezni.

Mérőeszközök

Jelenleg, különösen a számtalan elmélet és definíció megjelenéséhez képest, kevés eszköz áll rendelkezésre a munkafüggőség mérésére. Ezek közül a leggyakrabban használt skála a Spence és Robbins (1992) által kifejlesztett *Munkaalkoholizmus Teszt* (Workaholism Battery). A kérdőív három alskálát tartalmaz, amelyek a szerzők elméleti koncepcióját hivatottak mérni. Hét-hét tétel önbeszámolás módon méri a munkára vonatkozó *készítést* (pl. „gyakran érzem azt, hogy valami bennem arra készítet, hogy keményen dolgozzak”) és a munkába való *involválódást* (pl. „unatkozom és tehetetlennek érzem magam vakáció alatt, ha nem tudok semmi hasznosat csinálni”), további kilenc item pedig a munka *élvezetére* kérdez rá (pl. „néha annyira élvezem a munkámat, hogy nehezemre esik azt abbahagyni”). A skála megfelelő megbízhatósággal és validitással rendelkezik (Aziz és Zickar, 2006; Burke, 2000; McMillan és mtsai, 2002; Spence és Robbins, 1992).

Robinson (1989, 1999) is kidolgozott egy önjellemzéses kérdőívet, amelynek a *Munkafüggőség Rizikó Teszt* (Work Addiction Risk Test) elnevezést adta (lásd Függelék). A 25 tételből álló kérdőívet a szerző tisztán elméleti alapon, családterápiás megközelítés mentén és klinikai megfigyelésekből származó tapasztalatok alapján dolgozta ki. Robinson a kérdőívet egy egydimenziós skálaként mutatta be, azonban a későbbiekben öt faktort azonosított. Ezek a *kényszeres tendenciák* (pl. „azt veszem észre, hogy még akkor is dolgozom, amikor a kollegáim már mind abbahagyták a munkát”), a *kontroll* (pl. „elvesztem a türelmemet, ha a dolgok nem úgy történnek, ahogy én szeretném”), a *csökkent kommunikáció és önelmélyülés* (pl. „több időt és erőfeszítést fordítok a munkámra, mint a barátaimmal és a szerettemmel való kapcsolatomra”), a *munka átadásának képtelensége* (pl. „jobban szeretem a dolgokat magam elvégezni, mintsem, hogy másoktól kérjek segítséget”) és az *önértékelés* (pl. „nagyon fontos, hogy lássam a munkám tényleges eredményeit”) (Flowers és Robinson, 2002). A szerző munkatársaival együtt igazolta az eszköz megfelelő megbízhatóságát és validitását is (Robinson, 1996; Robinson és Phillips, 1995; Robinson és Post, 1994, 1995a; Robinson, Post és Khakee, 1992).

Clark (1993) a DSM-III alapján alkotta meg az *Adaptív és Maladaptív Személyiség Mérőeszközt* (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality, SNAP), amely a maladaptív személyiség különböző jegyeit próbálja feltérképezni. A szín-

tén önjellemezéses kérdőív 15 alskálát tartalmaz, s ezek közül egyik a munkafüggőség (SNAP-Work). A 18 tételből álló faktoron kétfokú skálán kell a személyeknek jellemezniük magukat. McMillan és munkatársai (2002) szerint a skála megfelelő belső konzisztenciával és érvényességgel rendelkezik.

Epidemiológia

Elképzelhető, hogy a fogyasztói társadalom elterjedésével, az irodai-szolgáltató szektorban dolgozók számának folyamatos emelkedésével, a technikai-informatikai tudás rohamos fejlődésével párhuzamosan a munkafüggőség egyre gyakoribb problémává válik. A hétköznapi emberek munkafüggőséggel kapcsolatos nagy érdeklődése is talán erről tanúskodik, ahogy erre utaltunk tanulmányunk elején, az internetes keresőoldalon megjelent találatok számának elemzése során. Mindazonáltal a munkamánia *tényleges* elterjedtségéről, a probléma nagyságáról jelenleg gyakorlatilag semmit sem tudunk. A tudományos írásokat, kutatásokat felölelő kereső adatbázisokban ugyanis nem találunk olyan vizsgálatokat, amelyek a zavar elterjedtségét térképezik fel. Egyetlen, 1998-ban készült kanadai vizsgálatról tudunk, amely reprezentatív mintán, a normál felnőtt lakosság körében próbált valamilyen információt szerezni a zavar gyakoriságáról. Sajnos azonban mindezt egy elég egyszerű, mondhatni kevésbé tudományos módon tették (Kemeny, 2002). A lakossági felmérésben egyetlen kérdést tettek fel a munkafüggőségre vonatkozóan, nevezetesen azt, hogy „*Őn munkafüggőnek tartja magát?*” A résztvevőket abban az esetben tekintették munkafüggőnek, amennyiben a fenti kérdésre „igen”-nel feleltek. Mindezek tükrében az a megállapítás született, hogy a kanadai felnőtt lakosság 27%-a munkafüggőnek tartja magát. Valójában azonban itt nem többről van szó, mint hogy ennyien tartják magukat munkafüggőnek. Az, hogy ennek mi a kapcsolata a probléma előfordulásának valóságos arányával, azt ebből a vizsgálatból nem tudhatjuk meg. Ebben a felmérésben még az is tisztázatlan maradt, hogy milyen megfontolások mentén tartja vagy nem tartja magát valaki munkafüggőnek. Ráadásul nem szabad elfelejteni, hogy a munkafüggőség egy társadalmilag elfogadott zavar, sokan egyfajta pozitív addikcióként, érényként, erkölcsi többletként tekintenek rá. Emiatt könnyebben felvállalható probléma, az emberek nem érzik stigmatizálónak, erkölcsileg elítélendőnek, ha munkafüggőségben szenvednek, így könnyebben felelnek igennel egy ilyen kérdésre.

Bár a feltételezések szerint a férfiak hajlamosabbak a túlzott mértékű munkavégzésre, egy 2001-es vizsgálatban (Burke, 2001) s a fent említett kanadai vizsgálatban (Kemeny, 2002) sem találtak nemi különbségeket a munkaalkoholizmus tekintetében. A kulturális és szociodemográfiai tényezőknek azonban fontos szerepük lehet. A betegség feltételezhetően nagyobb valószínűséggel jelenik meg a nyugati kultúrában, ahol az individualizmus, az egyéni teljesítmény kiemelt fontosságú. A tapasztalatok szerint inkább a középkorú, közép- és felsőosztálybeli, értelmiségi személyek veszélyeztetettebbek a munkafüggőség szempontjából (pl. Kanai, Wakabayashi és Fling 2001; Kemeny, 2002), bár mások (Robinson, 1998) szerint a munkafüggőség gazdasági-társadalmi státusztól független jelenség.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Bár az angol nyelvű nemzetközi szakirodalom roppant szegényes a munkafüggőség elterjedtségét illetően, Japánban évtizedek óta kiemelt jelentőséggel foglalkoznak a túlzott munkavégzés problémájával és annak káros következményeivel. Olyannyira súlyos népegészségügyi problémát jelent mindez Japánban, hogy 1982-ben erre külön kifejezést hoztak létre. A „*Karoshi*” szó jelentése ugyanis a „túlzott munkavégzés miatt bekövetkezett halál”. A halál oka általában szív- és érrendszeri betegségekhez (szívrohamhoz, agyvérzéshez) köthető. Egyes kutatók szerint pedig a japán lakosság szív- és érrendszeri problémákkal kapcsolatos elhalálozásainak körülbelül egyharmadában Karoshiról van szó, azaz a túlzott munkavégzés és az ahhoz köthető stresszes életmód eredményezi a halált (Kawato, 1992; idézi Nishiyama és Johnson, 1997). Meg kell azonban jegyeznünk, hogy olyan vizsgálatról, amely a Karoshi és a munkafüggőség kapcsolatát vizsgálta, jelenleg nincsen tudomásunk.

Komorbiditás

Hasonlóan igen kevés megbízható adattal rendelkezünk a munkafüggőség komorbiditását illetően. Mindazonáltal a rendelkezésre álló szakirodalmi adatok szerint a munkafüggő személyek körében gyakori a *szorongás* és a *depresszió* (Greenberg, 1987; Robinson, 1996; Robinson és Flowers, 2004). A szorongásos problémák közül leginkább a *kényszeresség*, a *kényszerbetegség* jellemző (Clark Livesley, Schroeder és Irish, 1996; Machlowitz, 1980; McMillan és mtsai, 2002), amelynek szintén fontos háttértényezője a perfekcionizmus, a tökéletességre való igény. Ez az evészavarok bizonyos formáinál, például az *anorexia nervosánál* is meghatározó rizikófaktor, ezért nem volna meglepő a két betegség (az anorexia nervosa és a munkafüggőség) együttjárása sem. Robinson és Flowers (2004) párhuzamot lát az anorexiás és a munkafüggő személyek között abban, hogy mindkét csoportnál jellemző a perceptuális torzulás megjelenése. Míg az anorexiás betegnél a testképe torzult (kövérenek látja magát, miközben mások soványnak tartják), addig a munkafüggő a munkavégzésének mennyiségét nem tudja reálisan látni; úgy érzi, túl keveset teljesít, mások viszont ennek pont az ellenkezőjét tapasztalják. A hangulatzavarok közül nem csupán a depresszió, hanem a *mániás*, *hipomániás* epizódok (és a magas energiaszint) is együtt járhatnak excesszív munkavégzéssel (Clark, McEwen, Collard és Hickok, 1993; Machlowitz, 1980). A szomatikus betegségek közül a *kardiovaszkuláris megbetegedések* különösen jellemzőek lehetnek a munkafüggő személyekre, hiszen az ezzel kapcsolatos mediátor tényezők, mint például a tartósan megemelkedett stresszállapot (Aziz és Zisckar, 2006; Kanai és mtsai, 1996; Spence és Robbins, 1992), illetve az *A típusú személyiség* (McMillan és mtsai, 2002; Robinson, 1996; Seybold és Salomone, 1994) különösen jellemző rájuk. Az egészséggel kapcsolatos rizikómagatartás (mint például dohányzás, alkoholfogyasztás) egyesek szerint nem feltétlenül kapcsolódik a munkafüggőséghez (Kanai és mtsai, 1996), ugyanakkor mások azt találták, hogy a munkafüggőség rizikótényezőt jelent a megnövekedett alkoholfogyasztás szem-

pontjából (Burke, 1999; Greenberg, 1987). Greenberg (1987) emellett felhívta a figyelmet arra, hogy a munkafüggő személyek az átlagnál jobban veszélyeztetettek a szuicid készületek szempontjából is.

A betegség lefolyása

Fassel (1992) a munkafüggőség lefolyásában három szakaszt különített el. A *korai stádiumban* a személyre jellemző, hogy folyamatosan elfoglalt, egyre több, irreálisan sok feladatot vállal. Rengeteget túlórázik, és gondolatai állandóan, munkaidőn kívül is a munkája körül forognak. Nagyon szoros időbeosztás szerint él, percre pontosan megtervezi feladatait és szorong, ha nem végezheti munkáját. Eközben magánéleti kapcsolatait egyre jobban kezdi elhanyagolni. A *középső stádiumban* már komolyabban sérülnek a személyes kapcsolatok. A munkamániás személy hiába van otthon, nem képes elszakadni munkájától sem fizikailag, sem gondolatban. A túlzott munkavégzés szomatikus következményei is megjelennek, egyre fáradtabb, kimerültebb lesz, miközben emlékezeti, koncentrációs problémái is egyre gyakoribbak. Testsúlyukban is változás észlelhető – egyesek nagyon lefognak, mások testsúlygyarapodással reagálnak a tartós stresszre. Végül az *utolsó stádiumban* már komolyabb testi és pszichés tünetek is megjelennek (pl. krónikus fejfájás, gyomorfekély, szív- és érrendszeri problémák, inszomnia, depresszió), amelyek a legsúlyosabb szomatikus következményekhez, szívinfarktushoz vagy stroke-hoz vezethetnek.

Killinger (1995) is a zavar progresszív jellegét hangsúlyozza. Elmélete szerint a munkafüggő személyek belső *félelmeinek* eluralkodása az, ami fokozatosan súlyosbítja a problémát. A munkafüggők e szerint számos dologtól rettegnek: a kudarctól, az unalomtól, hogy lustának tartják őket, hogy mások felfedezik hibáikat, s előbbutóbb mindent gyanúsnak tartanak. Mindezen belső feszültségeket és félelmeket a munkával próbálják palástolni és kompenzálni, illetve önmaguk és mások számára bebizonyítani, hogy sikeres, tevékeny, tökéletes emberek. A betegség következő szakaszában a személyre már krónikus fáradtság jellemző, amely csökkenti munkahelyi teljesítményét. Ez természetesen erős belső feszültséget és önvádat gerjeszt, hiszen mindenáron tökéletesen szeretne teljesíteni, azonban ekkor erre már fizikailag sem lenne képes. Killinger (1995) szerint ez után következik egy fordulópont a zavar lefolyásában, amikor a személyt már gyakorlatilag csak kudarcok és veszteségek érik. Fokozatosan elveszíti érzéseit, kommunikációs képességeit, empátiáját, intim kapcsolatok fenntartására való képességét, függetlenségét. Killinger szerint a legvégső stádiumban pedig a személy személyes integritása, játékos énjé és humorérzéke, végül testi és lelki egészsége is súlyos károkat szenved.

A betegség következményei

A munkafüggőség következményeit a fentiek során már több ízben érintettük, de érdemes ezeket ehelyütt rendszerezetten is összefoglalni. Azzal együtt tesszük ezt,

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

hogy a viselkedés és pszichés tényezők némelyikénél figyelembe kell vennünk, hogy azok nem feltétlenül a betegség közvetlen következményeként, hanem akár azzal párhuzamosan, esetenként annak előzményeként jelennek meg. Mivel ebben az esetben is többségében csupán klinikai megfigyelésekre tudunk támaszkodni, a lehetséges ok-okozati tényezők összefüggésrendszerében ehelyütt nem tudunk tökéletes rendet teremteni.

A viselkedésbeli és pszichés következmények között kell megemlítenünk a nyugtalanságot, irritabilitást, türelmetlenséget, hiperaktivitást, feledékenységet, koncentrációs zavarokat, agressziót, dühkitöréseket, szociális izolációt, a humorérzék és a kreativitás elvesztését (Killinger, 1995; Robinson, 1998), illetve a súlyosbodó szorongást, depressziót és akár az öngyilkossági kísérletek megjelenését (Greenberg, 1987; Robinson, 1996; Robinson és Flowers, 2004). A pszichés konzekvenciák sorában különös figyelmet érdemelnek a párkapcsolati és családi életben való funkcionálás zavarai. Robinson, aki családterápiás megközelítésből szemléli és tárgyalja a munkafüggőséget, munkatársaival együtt számos tanulmányban felhívta a figyelmet a munkafüggőség családi és szülői életre való káros hatásaira (Robinson, 1998; Robinson, Carroll és Flowers, 2001; Robinson és Kelley, 1998; Robinson és Post, 1995b), amelyeket részben Pietropinto (1986) korábbi vizsgálata is bemutatott. A munkafüggőkre rendkívül törekeny és konfliktusos házastársi kapcsolatok jellemzők, magas családon belüli diszfunkcionalitással. A munkafüggők családjukban rendkívül rossz problémamegoldók, ami összefüggésben van azzal, hogy a családtagok nagyon keveset kommunikálnak, csökkent intimitás és empátia, alacsonyabb érzelmi bevonódás és kevésbé egyértelmű családi szerepek jellemzik kapcsolatukat. A munkafüggők házastársai úgy érzik, párjuk elhanyagolja őket, a munka mögött csupán második vagy többedik helyet foglalhatnak el partnerük életében. Úgy érzik, minden családi terhet nekik kell viselniük és megoldaniuk, ugyanakkor folyamatos kontroll alatt tartják őket. Ahogy munkafüggő partnerüknek, nekik is alacsony az önértékelésük, amelyet fokoz a házastárs elhanyagoló és hatalmaskodó viselkedése, a feléjük érkező szeretet és elismerés hiánya. Figyelemfelkeltő stratégiákat próbálnak alkalmazni annak érdekében, hogy házastársuk kommunikáljon velük, ami gyakran konfliktusok generálását jelenti. Az elhanyagolt partner folyton panaszskodik, ami azonban sokszor csak rontja a helyzetet, s egy ördögi kör alakul ki. Míg a szeretetétes partner azt mondja, hogy „nem nyaggatnálak annyit, ha nem dolgoznál ilyen sokat”, a munkafüggő személy erre azzal védekezik, hogy „nem dolgoznék annyit, ha itthon nyugtom lenne”. Kialakul egy üldöző-menekülő reláció, ahol a partner kétségbeesetten keresi a kapcsolatot, míg a munkafüggő menekül a családi élet elől. Nem meglepő tehát, hogy a munkafüggő párok életében gyakrabban jelenik meg a szakítás, válás.

A munkafüggőség azonban nem csupán a párkapcsolatokra, hanem a szülőgyerek viszonyra is negatív hatással van. Robinson (1998) családterápiás tapasztalatai arról tanúskodnak, hogy a munkafüggőségben szenvedők gyermekei magányosnak, fizikailag és érzelmileg elhanyagoltnak érzik magukat. Már rendkívül korán túlzottan felelősségteljes, felnőtt szerepbe kényszerülnek – például azért, hogy ők adják meg az egyik szülőnek azt az érzelmi támaszt, amelyet munkafüg-

gő partnerétől nem kaphat meg, vagy mert a kisebb testvérrel kapcsolatos szülői feladatokban nekik kell pótolniuk a rendszeresen távolmaradó apát/anyát (Robinson és Kelley, 1998). Személyiségfejlődésükre is hatással van ez a diszfunkcionális család, ugyanis felnőttként ezek a személyek konformisták, túl komolyak, nagyon önkritikusak, megerősítésekre éhesek, teljesítményhajszolók, önmarcangolók, haragtartók, kényszeresek, depresszióra, szorongásra és munkafüggőségre hajlamosak és párkapcsolataikban sikertelenek lesznek (Robinson, 1998; Robinson és Kelley, 1998). Ebben többek között az is szerepet játszik, hogy a munkafüggő szülő nagyobb teljesítményt vár el gyermekeitől, mint a nem kényszeres munkavégzők (Pietropinto, 1986).

Ahogy fentebb már említettük, a munkafüggőség számos enyhébb és súlyosabb szomatikus szövődémmel jár. A munkafüggő személyek – illetve az átlagosnál jóval többet dolgozók – több egészségügyi panaszról számolnak be, és többet betegeskednek, mint a nem munkafüggők (Burke, 1999; Greenberg, 1987; Kemeny, 2002; Sparks, Cooper, Fried és Shirom, 1997; Spence és Robbins, 1992). A fáradtság, fejfájás mellett előfordulhat szédülés, allergiás tünetek, légszomj, tic zavar, mellkasi fájdalom, emésztési zavarok, gyomorfekély, szív- és érrendszeri panaszok, a legsúlyosabb esetekben pedig szívinfarktus, illetve agyvérzés (Robinson, 1998). Ahogy az epidemiológiai alfejezetben említettük, a túlzott munkavégzés súlyos, akár halálos betegségekhez vezető hatásai (azaz a „Karoshi”) Japánban különösen nagy problémának számítanak (lásd pl. Nishiyama és Johnson, 1997).

A munkafüggőség negatív következményei – a tévhitekkel ellentétben – munkahelyi szinten is jól tetten érhetők. A munkafüggő személyek ugyanis, különösen a betegség előrehaladtával, már nem képesek jól teljesíteni. A túlhajszoltság, a fáradtság és egyéb fizikai tünetek miatt többet hibáznak (döntéshozatalban, kritikai gondolkodásban), kevésbé kreatívak, többet hiányoznak és kiégés fenyegeti őket. Rosszabb döntéseket hoznak, a munkatársakkal való együttműködés hiánya pedig rontja az őket körülvevő általános közhangulatot is (Hanson, 1985; Harrison és Horne, 2000). Mindezek alapján jól látszik, hogy valójában a munkahelyek számára is problémát jelent a munkafüggőség.

Etiológia

McMillan és munkatársai (2002) szerint a munkafüggőség értelmezésében használt három domináns értelmezési keret az *addikcióelmélet*, a *vonáselmélet* és a *tanuláselemélet*. Az addikcióelmélet egyik irányzata szerint a személy a munkavégzés során a (kellemes szomatikus hatásokkal együtt járó) *megemelkedett adrenalin szint* rabjává válik (ez az addikció medikális elmélete) (Fassel, 1992). Eszerint az adrenalinrendszer zavara állhat a betegség kialakulásának hátterében. Mivel azonban egyszerre sok tényező hat a szervezet adrenalin-háztartására (pl. kávéfogyasztás, fizikai aktivitás, munkavégzés stb.), ezért nehéz a munkavégzés hatását pontosan meghatározni. Az addikcióelméletnek ezen formája empirikus adatokkal ugyanakkor még nem alátámasztott.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

A munkafüggőség vonásméletténe képviselőit két táborba lehet sorolni. A vonásspecifikus elméletek képviselői a munkaalkoholizmus mögött olyan specifikus diszpozíciókat vélnek felfedezni, mint az *obszesszív-kompulzív vonások* (pl. Clark és mtsai, 1996; McMillan és O'Driscoll, 2006; Naughton, 1987; Scott, Moore és Miceli, 1997), a *perfekcionizmus* (pl. Homer, 1985; Killinger, 2006; Machlowitz, 1980; Porter, 1996; Robinson, 1998; Scott és mtsai, 1997; Spence és Robbins, 1992;) vagy a *magas energiaszint* (ami a hipomániás epizódnál meghatározó) (Clark és mtsai, 1996). A személyiségvonások és -típusok kapcsán többekben felmerült az *A típusú személyiség* szerepe is (Robinson, 1996, 1999; McMillan és mtsai, 2002). Az általános vonások teóriája ezzel szemben a főbb személyiségdimenziók (lásd Big Five elméletek) mentén ragadja meg a munkaalkoholizmust, és egyrészt a *túlzott mértékű lelkiismeretesség*, másrészt a *magas érzelmi labilitás* és a *tapasztalatra vonatkozó alacsony nyitottság* szerepét emeli ki (Burke, Matthiesen és Pallesen, 2006; Clark és mtsai, 1996).

A *tanulásmélet* képviselőinek érvelése szerint, mivel a munka gazdasági-társadalmi szempontból számos kívánatos következménnyel jár, ezért megerősítést kap, s ezáltal egyre gyakoribb viselkedési formává válik. A tanulásmélet keretében a munkafüggő személy operáns kondicionálás útján elsajátítja, hogy ezzel a módszerrel kezelje problémáit, csökkentse – főként alacsony önértékeléséből fakadó – szorongását. Nem csak a pozitív megerősítés (pl. dicséret vagy több pénz a több munkáért, jó teljesítményért, sikerekért) bír azonban jelentőséggel a probléma kialakulásában, hanem valamilyen negatív esemény vagy élethelyzet (pl. szegénység, családi konfliktusok) elkerülése is fontos – negatív – megerősítő szerepet játszhat (McMillan és mtsai, 2002).

Más megközelítések – pl. pszichodinamikus vagy családterápiás megközelítés – a szülői-nevelői attitűd, illetve a családi légkör szerepét emelik ki. Matthews és Halbrook (1990) például úgy véli, hogy a munkafüggők diszfunkcionális családokban nőttek fel, s ezek a személyek felnőttkorukban olyan állást keresnek, ahol nagy a munkahelyi stressz, mivel a családjukban magas volt a tolerancia a stresszre és a kaotikus állapotokra. Ezen megközelítés szerint a munkahely tulajdonképpen az eredeti családi környezet megismétlődését jelenti. Berglas (2004) felfogásában a munkafüggőség a pszichoszociális integráció kudarca miatt alakul ki, s ennek hátterében koragyermekkori sérülések állnak. Feltételezése szerint az egyik ok, amely ilyen felnőttkori problémákhoz vezet, a *gyermekkori abúzus*, amely aztán képtelenné teszi a személyt intim kapcsolatok kialakítására. Berglas (2004) ugyanis amellet érvel, hogy a személy *nem a munkafüggőség következményeként* nem képes intim kapcsolatokra, hanem fordított ok-okozati viszonyról van szó: éppen hogy amiatt menekül a munkába, válik munkafüggővé, mert nem képes más személyekhez kapcsolódni. Ebben pedig Berglas meglátása szerint az egyik ok a gyermekkori abúzus lehet, illetve másik lehetséges háttérmechanizmusként a szülők túlóvó, elkényeztető nevelői attitűdjét véli felfedezni. Ebben az esetben a gyermekben irreálisan nagy felsőbbrendűségi érzések válnak uralkodóvá, s ennek következményeként felnőttkorában nem lesz képes kapcsolódni másokhoz, túlzó elvárásai miatt. Killinger (2006) és Robinson (1998) is úgy véli, hogy a munkafüggőség különösen olyan személyek esetében alakul ki, akik gyermekkorukban má-

sokhoz képest jóval korábban kényszerültek felelősségteljes szerepekbe. Ennek oka lehet például az egyik szülő súlyos betegsége, halála, vagy a szülők válása. S ahogy említettük a betegség következményeinél, a munkafüggő szülők is gyakran felelősségteljesebb szerepekbe kényszerítik gyermekeiket (azáltal, hogy folyamatos fizikai vagy emocionális értelemben vett távollétük miatt nekik kell érzelmi támaszt nyújtani a másik szülőnek, illetve segíteni neki felnőtt feladatok ellátásában), ez pedig a zavar generációról generációra való átadását eredményezheti. Ha nem is munkamániás a szülő, a gyermek felé kifejezett túlzottan magas elvárások mindenképpen rizikótényezői a későbbi munkafüggőség kialakulásának (Killinger, 2006). A szülői magas elvárások, a kizárólag jó teljesítményért adott megerősítések a gyermekben alacsony önértékelést és perfekcionizmust alakíthatnak ki (Porter, 1996; Robinson, 1998). Robinson (1998) tapasztalatai szerint ezek a gyermekek sokkal több időt fordítanak kötelességeikre, mint játéokra és fantáziálásra; kényszeresen próbálnak a legjobbak lenni az iskolában, szakkörökön, sporttevékenységekben; nagyon rosszul viselik el, ha hibáznak; sokkal szívesebben töltik idejüket felnőttek, mint gyermektársaik körében; s a felnőttektől folyamatosan megerősítéseket várnak. Problémáik vannak a kérdéssel és segítségkéréssel; már fiatalkorukban az átlagnál nagyobb nyomás alá helyezik saját magukat; és megjelennek náluk a stresszhez kapcsolódó szomatikus problémák is (pl. fejfájás, gyomorpanaszok, allergiás tünetek).

Tanulmányunkban már többször hangsúlyoztuk a *szorongások* szerepét a munkafüggőség kapcsán. A zavar kialakulásának és fennmaradásának hátterében ez mindenképpen kiemelkedő jelentőségű (Greenberg, 1987; Nakken, 1996; Porter, 1996; Robinson, 1992, 1996; Robinson és Flowers, 2004; Scott és mtsai, 1997; Spence és Robbins, 1992). Ahogy említettük, a belső feszültségek és félelmek kezelése, öngyógyítása érdekében menekül a személy a munkába, s vár a munkavégzéstől remélt megerősítések és elismerések révén megnyugvást.

A munkafüggőség kialakulásának hátterében természetesen kulturális-társadalmi-gazdasági tényezők is szerepet játszanak. Utaltunk már a fogyasztói társadalom és a magas szintű egyéni szakmai teljesítmény kiemelt szerepére. Kanai és munkatársai (1996) felhívják a figyelmet a stresszes munkahelyi környezet és a gazdasági recesszió szerepére, Buelens és Poelmans (2004) pedig fontosnak véli a szervezeti kultúra szerepét is. Utóbbi esetben különösen a nagy munkahelyi nyomás a túlórázásra és átlagon felüli teljesítményre, illetve a személyes előretörés lehetőségei és az ezzel kapcsolatos elvárások fontos rizikótényezőkké válnak a munkafüggőség szempontjából.

Kezelés

Ahogy más addikciók esetében, a munkafüggőség kezelésekor is az első és egyik legfontosabb lépés a *betegség tudatosításának* elősegítése. A munkafüggő személyekben a probléma tagadása még erőteljesebb, mint más addikciónál, amennyiben a munkafüggőség társadalmi elfogadottsága, sőt jutalmazása ellene hat a betegségbelátásnak. Viselkedésüknek ráadásul nemcsak másodlagos megerősítői

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

vannak (elismerés, siker), hanem elsődlegesek is, hiszen a sok munkával általában egyre több anyagi haszon is jár. Nehezíti a terápiát, hogy a munkafüggők jellemzően *nem képesek elfogadni a társas támogatást* – nemcsak a családtagoktól, munkatársaktól, hanem az orvosoktól, terapeutáktól sem. Berglas (2004) rámutat arra, hogy a munkafüggők általában nem mennek egyéni terápiába, sokkal inkább pár- és családterápia során kerülnek a szakember látókörébe, amikor a diszfunkcionális családban szenvedő partner segítséget kér. Emellett az is gyakran előfordul, hogy a munkafüggőségre úgy derül fény, hogy a személy más egészségügyi probléma miatt fordul szakemberhez. Nem egyszer ez azt jelenti, hogy a munkafüggők már csak a súlyos szomatikus tünetek (pl. emésztési vagy szív- és érrendszeri problémák) kialakulása miatt keresik fel kezelőorvosukat, s fontos ekkor, hogy a szakember észrevegye a háttérben meghúzódó munkafüggőséget. Berglas (2004) hangsúlyozza, hogy a pszichoterápia során fel kell tárni a pszichoszociális integráció kudarcának okait, amelyek között ő leggyakrabban a kompenzatórikus narcizmust, izolációt, szégyenérzet miatti dühöt és az erős kontrollkereső viselkedést azonosítja. Berglas (2004) és Porter (1996) emellett úgy vélik, hogy nemcsak a pár- és családterápia lehet hatékony, hanem, amennyiben egyéni terápiában történik a munkafüggő személy kezelése, esetenként érdemes lehet a házastársat, partnert is bevonni a konzultációkba.

A tapasztalatok szerint a *családterápia* nagyon jól működhet ezeknél a betegeknél. Robinson (1998), aki ezen szemlélet keretében foglalkozik a munkafüggőséggel, úgy véli, hogy a kezelés első lépéseként fel kell térképezni a családi struktúrát, majd azonosítani kell a háttérben rejlő félelmeket és szorongásokat. Fontos ugyanakkor a pénzügyi tényezők figyelembevétele, amelyek kapcsán nem tekinthetünk el azok előnyeitől s hátrányaikkal kapcsolatos hátrányuktól, következményeiktől sem (Berglas, 2004; Robinson, 1998). A családi környezetben nem szabad, hogy a munka uralja a kapcsolatot, ugyanakkor fontos, hogy a felek beszélni tudjanak a munkahelyi sikerekről, kudarcokról. Robison (1998) emellett azt javasolja, hogy a munkafüggőkkel együtt élő házastársaknak meg kell próbálniuk nem belemenni az addiktív játzmákba, ördögi körökbe. Például, ha a munkafüggő házastárs lemondja a gyerekekkel való közös állatkerti látogatást, akkor a család nyugodtan menjen el nélküle; vagy ha a munkafüggő jóval később érkezik haza a vacsorára, akkor egyenek nélküle, nem kell rá éjszakába nyúlóan várni.

A munkafüggőség kezelése kapcsán többen a *kognitív-viselkedéses terápiát* tartják célravezető módszernek. Burwell és Chen (2002), illetve Chen (2006) kifejezetten az Ellis-féle (1962, 1994) racionális érzelmi viselkedéses terápiát („rational emotive behavior therapy”, REBT) javasolják, mivel ezen módszer segítségével többek között módosítani lehet azokat az irracionális hiedelmeket, amelyek az alacsony önértékeléssel kapcsolatban alakultak ki. A gyermekkori tanulás során elsajátított maladaptív hiedelmek érzelmi gyökere ezen elképzelés szerint az önhibáztatás. A terapeuta kognitív, érzelmi és viselkedéses módosító stratégiákkal próbálja korrigálni a berögzült káros hiedelmeket és a munkafüggőség tüneteit. A kognitív módosító stratégiák keretében a terapeuta arra tanítja a klienst, hogy vitatkozzon irracionális hiedelmeivel, például hogy miért is „kell” még aznap annyit dolgoznia. Emellett arra kell törekednie, hogy módosítson önmaga felé irányuló kom-

munikációján, például ne azt mondja, hogy egy adott feladatot „muszáj” vagy „el kell” végeznie. Az érzelmi módosító stratégiákon belül imaginációs, illetve szerepjáték gyakorlatokat végeznek, emellett megpróbálják megtanítani a pácienseket szégyenérzetük blokkolására. A viselkedéses módosító stratégiák keretében relaxációs és deszenzitizációs gyakorlatokat végeznek, illetve hatékonyabb szelfmenedzselési technikák kifejlesztésében segítik a munkafüggő személyt. Chen (2006) úgy véli, mindezek mellett fontos a terápia során megtanítani a személyt arra, hogy munkaterhelését, időbeosztását reálisabban tervezze meg, tudjon határokat húzni munkahelyi és egyéb tevékenységei között, illetve próbáljon meg elköteleződni más, nem munkával kapcsolatos tevékenységek mellett is.

A munkafüggőség esetében is érdemes megfontolni a csoportterápiát. Ez segíthet a munkafüggő személyek másokhoz való kapcsolódási problémáinak enyhítésében, illetve empátiás készségük fejlesztésében (Berglas, 2004). Léteznek 12 lépéses anonim önségítő csoportok a szenvedélybetegségek ezen formájánál is. A Workaholics Anonymous (Anonim Munkafüggők) szervezete 1983-ban alakult meg New Yorkban, amelyet a WorkAnon, a munkafüggők hozzátartozóinak csoportja követett. Ezen csoportok hasonló szemléletben és módszerekkel működnek, mint az Anonim Alkoholisták csoportjai, illetve mint a többi 12 lépéses csoport. (Az Anonim Munkafüggők nemzetközi szervezetének honlapja az alábbi címen érhető el: <http://www.workaholics-anonymous.org>)

Schaef és Fassel (1988) úgy véli, a munkahelyeken belül, a vezetőknek is érdemes megfontolniuk néhány szempontot annak érdekében, hogy beosztottjaik körében ne alakuljon ki munkafüggőség, hiszen ahogy fentebb már utaltunk rá, a zavar valójában nem kedvez a munkahelyeknek sem. Schaef és Fassel azt javasolják, hogy a vezetők legyenek tisztában a munkafüggőség jeleivel, tüneteivel, s figyeljék azok esetleges felbukkanását munkatársaik körében. Ne erősítsék meg a munkafüggő viselkedést, hanem a jó teljesítmény mellett ügyeljenek arra, hogy beosztottjaik élete kiegyensúlyozott legyen, a munka ne menjen magánéletük rovására. Biztosítsanak elegendő lehetőséget a vakációra és pihenésre. Tartsák szem előtt, hogy az állás bizonytalan mivolta, a gyakori túlórázásra való késztetés, a dolgozók korlátozott lehetőségei és kontrollhiányuk mind-mind elősegíthetik a munkafüggőség kialakulását, így érdemes ezeket a lehetőségekhez mérten elkerülni.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Irodalom

- Aziz, S. & Zickar, M. J. 2006. A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(1), 52–62.
- Berglas, S. 2004. Treating Workaholism. In Coombs, R. H. ed.: *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* (pp. 383–410). US, John Wiley & Sons, Inc.
- Buelens, M. & Poelmans, S. A. Y. 2004. Enriching the Spence and Robbins' Typology of Workaholism: Demographic, Motivational and Organizational Correlates. *Journal of Organizational Change Management*, 17(5), 440–458.
- Burke, R. J. 1999. Workaholism among women managers: Work and life satisfactions and psychological well-being. *Equal Opportunities International*, 18(7), 25–35.
- Burke, R. J. 2000. Workaholism in organizations: Concepts, results and future research directions. *International Journal of Management Research*, 2(1), 1–19.
- Burke, R. J. 2001. Workaholism Components, Job Satisfaction, and Career Progress. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(11), 2339–2356.
- Burke, R. J.; Matthiesen, S. B. & Pallesen, S. 2006. Personality correlates of workaholism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1223–1233.
- Burwell, R. & Chen, C. D. F. 2002. Applying REBT to workaholic clients. *Counseling Psychology Quarterly*, 15, 219–228.
- Chen, C. P. 2006. Improving work–life balance: REBT for workaholic treatment. In Burke, R. J. ed.: *Research Companion to Working Time and Work Addiction* (pp. 310–329). UK, Edward Elgar Publishing.
- Clark, L. A. 1993. *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Clark, L. A.; Livesley, W. J.; Schroeder, M. L. & Irish, S. L. 1996. Convergence of two systems for assessing specific traits of personality disorder. *Psychological Assessment*, 8, 294–303.
- Clark, L. A.; McEwen, J. L.; Collard, L. M. & Hickok, L. G. 1993. Symptoms and traits of personality disorder: Two new methods in their assessment. *Psychological Assessment*, 5, 81–91.
- Demetrovics Zs. & Kun B. 2010. A viselkedési függőségek és az impulzuskontroll egyéb zavarainak helye az addikciók spektrumán. In Demetrovics Zs. & Kun B. szerk.: *Az addiktológiai alapjai IV.* (pp. 29–40). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Ellis, A. 1962. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, Lyle Stuart.
- Ellis, A. 1994. *Reason and Emotion in Psychotherapy Revised*. Secaucus, NJ, Birch Lane.
- Fassel, D. 1992. *Working ourselves to death*. London, HarperCollins.
- Flowers, C. P. & Robinson, B. E. 2002. A Structural and Discriminant Analysis of the Work Addiction Risk Test. *Educational and Psychological Measurement*, 62(3), 517–526.
- Greenberg, J. 1987. *Comprehensive stress management*. Dubuque, IA, William C. Brown Publishers.
- Griffiths, M. 2005. Workaholism is still a useful construct. *Addiction Research and Theory*, 13(2), 97–100.

- Hanson, P. 1985. *Stress for success: How to make stress on the job work for you*. New York, Doubleday.
- Harrison, Y. & Horne, J. 2000. The impact of sleep deprivation on decision-making: A review. *Journal of Applied Experimental Psychology*, 6(3), 236–246.
- Holland, D. W. 2007. Work Addiction: Costs and Solutions for Individuals, Relationships and Organizations. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 22(4), 1–15.
- Hollander, E. & Wong, C. M. 1995. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 Suppl 4, 3–6, discussion 53–55.
- Homer, J. B. 1985. Worker burnout: A dynamic model with implications for prevention and control. *System Dynamics Review*, 1, 42–62.
- Kanai, A.; Wakabayashi, M. & Fling, S. 1996. Workaholism among employees in Japanese corporations: An examination based on the Japanese version of the Workaholism Scales. *Japanese Psychological Research*, 38(4), 192–203.
- Kemeny, A. 2002. Driven to Excel: A Portrait of Canada's Workaholics. *Canadian Social Trends*, (Spring), Statistics Canada, Catalogue No. 11–008.
- Killinger, B. 1991. *Workaholics: The Respectable Addicts*. New York, Simon & Schuster.
- Killinger, B. 1995. *The Balancing Act: Rediscovering Your Feelings*. Toronto, Key Porter Books.
- Killinger, B. 2006. The workaholic breakdown syndrome. In Burke, R. J. ed.: *Research Companion to Working Time and Work Addiction* (pp. 61–88). UK, Edward Elgar Publishing.
- Machlowitz, M. M. 1980. *Workaholics: Living with them, working with them*. Reading, MA, Addison-Wesley.
- Matthews, B. & Halbrook, M. 1990. Adult children of alcoholics: Implications for career development. *Journal of Career Development*, 16, 261–268.
- McMillan, L. H. W.; Brady, E. C.; O'Driscoll, M. P. & Marsh, N. V. 2002. A multifaceted validation study of Spence and Robbins' (1992) Workaholism Battery. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 357–368.
- McMillan, L. H. W. & O'Driscoll, M. P. 2006. Exploring new frontiers to generate an integrated definition of workaholism. In Burke, R. J. ed.: *Research Companion to Working Time and Work Addiction* (pp. 89–107). UK, Edward Elgar Publishing.
- Mosier, S. K. 1983. *Workaholics: An analysis of their stress, success and priorities*. University of Texas at Austin.
- Nakken, C. 1996. *The addictive personality: Understanding the addictive process and compulsive behavior*. Center City, MN, Hazelden.
- Naughton, T. J. 1987. A conceptual view of workaholism and implications for career counseling and research. *Career Development Quarterly*, 35, 180–187.
- Nishiyama, K. & Johnson, J. V. 1997. Karoshi – death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management. *International Journal of Health Services*, 27(4), 625–641.
- Oates, W. E. 1971. *Confessions of a workaholic: The facts about work addiction*. New York, The World Publishing Company.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

- Pietropinto, A. 1986. The workaholic spouse. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20, 89–96.
- Porter, G. 1996. Organizational impact of workaholism: Suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 70–84.
- Robinson, B. E. 1989. *Work addiction*. Deerfield Beach, FL, Health Communications.
- Robinson, B. E. 1992. *Overdoing it: How to slow down and take care of yourself*. Deerfield Beach, FL, Health Communications.
- Robinson, B. E. 1996. Concurrent validity of the Work Addiction Risk Test as a measure of workaholism. *Psychological Reports*, 79, 1313–1314.
- Robinson, B. E. 1998. *Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their partners and children and the clinicians who treat them*. New York, University Press.
- Robinson, B. E. 1999. The Work Addiction Risk Test: Development of a tentative measure of workaholism. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 199–210.
- Robinson, B. E.; Carroll, J. & Flowers, C. 2001. Marital estrangement, positive affect, and locus of control among spouses of workaholics and spouses of nonworkaholics: A national study. *American Journal of Family Therapy*, 29, 397–410.
- Robinson, B. E. & Flowers, C. 2004. Understanding and Diagnosing Workaholism. In Coombs, R. H. ed.: *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* (pp. 353–382). US, John Wiley & Sons, Inc.
- Robinson, B. E. & Kelley, L. 1998. Adult children of workaholics: Self-concept, locus of control, anxiety, and depression. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 35–50.
- Robinson, B. E. & Phillips, B. 1995. Measuring workaholism: Content validity of the Work Addiction Risk Test. *Psychological Reports*, 77, 657–658.
- Robinson, B. E. & Post, P. 1994. Validity of the Work Addiction Risk Test. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 337–338.
- Robinson, B. E. & Post, P. 1995a. Split-half reliability of the Work Addiction Risk Test: Development of a measure of workaholism. *Psychological Reports*, 76, 1226.
- Robinson, B. E. & Post, P. 1995b. Work addiction as a function of family of origin and its influence on current family functioning. *The Family Journal*, 3, 200–206.
- Robinson, B. E.; Post, P. & Khakee, J. 1992. Test-retest reliability of the Work Addiction Risk Test. *Perceptual and Motor Skills*, 74, 926.
- Schaefer, A. W. & Fassel, D. 1988. *The Addictive Organization*. San Francisco, CA, Harper & Row.
- Scott, K. S.; Moore, K. S. & Miceli, M. P. 1997. An exploration of the meaning and consequences of workaholism. *Human Relations*, 50, 287–314.
- Seybold, K. C. & Salomone, P. R. 1994. Understanding workaholism: A review of causes and counseling approaches. *Journal of Counseling & Development*, 73(1), 4–9.

- Sparks, K.; Cooper, C.; Fried, Y. & Shirom, A. 1997. The effects of hours of work on health: a meta-analytic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 391–409.
- Spence, J. T. & Robbins, A. S. 1992. Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58, 160–178.
- Woititz, J. G. 1987. *Home away from home*. Pompano Beach, FL, Health Communications.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

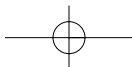
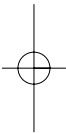
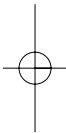
Függelék**Munkafüggőség Rizikó Teszt
(Work Addiction Risk Test, WART)**

Kérjük, az alábbi állítások mindegyikét jellemezze aszerint, hogy az mennyire jellemző Önre! Kérjük, minden állítás mellett jelölje meg azt a számot, amelyet megfelelőnek tart.

	Soha	Néha	Gyakran	Mindig
1. Jobban szeretem a dolgokat magam elvégezni, mintsem hogy másoktól kérjek segítséget.	1	2	3	4
2. Türelmetlen leszek, ha várnom kell valakire, vagy ha valami túl sokáig tart.	1	2	3	4
3. Úgy tűnik, rohanásban élek, és folyamatos versenyben vagyok az idővel.	1	2	3	4
4. Ingerült leszek, ha valaki megzavar, miközben valamivel el vagyok foglalva.	1	2	3	4
5. Egyfolytában elfoglalt vagyok, egyszerre több vasat tartok a tűzbe.	1	2	3	4
6. Sokszor azt veszem észre, hogy egyszerre két-három dolgot is csinállok. Például ebéd közben jegyzetek és telefonálok.	1	2	3	4
7. Túl vállalom magam; több munkát válllok el, mint amennyit el tudok végezni.	1	2	3	4
8. Bűntudatom van, ha éppen nem dolgozom semmin.	1	2	3	4
9. Nagyon fontos, hogy lássam a munkám tényleges eredményeit.	1	2	3	4
10. Fontosabb számomra a munkám eredménye, mint maga a munka folyamata.	1	2	3	4
11. Számomra a dolgok történése sosem tűnik elég gyorsnak.	1	2	3	4
12. Elvesztem a türelmemet, ha a dolgok nem úgy történnek, ahogy én szeretném.	1	2	3	4
13. Felteszem ugyanazt a kérdést ismételtelen, anélkül, hogy észrevenném, hogy már kaptam rá választ.	1	2	3	4
14. Rengeteg időt töltök a jövőbeli események tervezésével, miközben nem törődöm az „itt és most”-tal.	1	2	3	4
15. Azt veszem észre, hogy még akkor is dolgozom, amikor a kollégáim már mind abbahagyták a munkát.	1	2	3	4
16. Dühös leszek, ha valaki nem felel meg az én tökéletességre vonatkozó elvárásaimnak.	1	2	3	4
17. Ideges leszek, ha olyan helyzetbe kerülök, amelyet nem tudok kontrollálni.	1	2	3	4

Munkafüggőség

	Soha	Néha	Gyakran	Mindig
18. Saját magam által kijelölt határidőkkel igyekszem maximalizálni a teljesítményemet.	1	2	3	4
19. Nehezemre esik lazítani, amikor nem dolgozom.	1	2	3	4
20. Több időt töltök munkával, mint barátokkal, hobbival vagy szabadidős tevékenységekkel.	1	2	3	4
21. Fejest ugrok a munkákba, mielőtt a munka minden szakaszát végiggondolnám, csak hogy mielőbb nekiláthassak.	1	2	3	4
22. A legkisebb hibáért is dühös leszek magamra.	1	2	3	4
23. Több időt és erőfeszítést fordítok a munkámra, mint a barátaimmal és a szeretteimmel való kapcsolatomra.	1	2	3	4
24. Elfelejttem, vagy nem törődöm az ünnepekkel, mint pl. a születésnapokkal, osztálytalálkozókkal, évfordulókkal vagy a nyaralással.	1	2	3	4
25. Már azelőtt meghozok fontos döntéseket, hogy az összes információ a rendelkezésemre állna és végiggondolhatnám a dolgot.	1	2	3	4



Komáromi Éva

A kodependencia

Bevezetés

A kodependencia vagy társfüggőség napjaink egyik divatosá vált fogalma, amely a szakemberek diskurzusain kívül egyre gyakrabban bukkan fel női magazinokban és a hétköznapi társalgás során is. A felkapottá vált kifejezés mögött valójában nem új, hanem régóta ismert jelenség húzódik meg, amelyre a korábbi generációk képviselői azonban máshogy tekintettek, mint ahogyan azt mi tesszük napjainkban.

Áttekintő tanulmányom bevezetőjéül szeretnék felidézni egy sok-sok éve történt, számomra emlékezetes találkozást, amely egyetlen beszélgetés folyamán nemcsak hogy felvonultatta előttem ennek a patológiás viselkedésnek az összes ismérvét, de megjelenthette annak kétséges terapizálhatóságát is.

Konzultációs munkám során egy depressziósnak tűnő, meggyötört, középkorú hölgy keresett fel. Az újságban olvasott szenvedélybetegeket fogadó intézményünkről, és most férje rendszeres alkoholizálása miatt kért segítséget. A szerény külsejű páciens merev tartásban ülve, kifejezéstelen arccal, színtelen hangon mesélt kilátástalannak érzett helyzetéről. Még szinte fel sem vette velem a kontaktust, máris belekezdett története aprólékos elbeszélésebe. Részletesen ecsetelte izákos partnere durvaságát, kiszámíthatatlanságát és saját kiszolgáltatottságát. A konkrétan lefestett jelenetek közül kiemelkedett annak leírása, hogyan talált rá legutóbb hányadékaiban és ürülékében fetrengő férjére, aki magára hagyatottan esetleg meg is halhatott volna.

Végighallgattam mondandóját, majd óvatos kérdésfeltevésekkel próbáltam kiegészíteni szűkös támpontjaimat, végül céljai, szándékai felől érdeklődtem. Találkozásunk első pillanata óta feleslegesnek éreztem magam. Az volt a benyomásom, hogy a páciens egy automatához hasonló módon működött, mintha gombnyomásra – minden külső tényezőtől függetlenül – lefutott volna, személytelen módon, mint bizonyára máskor is, az adott művelet. Hozám beszélt, de nem voltunk kontaktusban. Beszélgetésünk nemigen akart beszélgetéssé válni: monológjába alig tudtam belépni, kérdéseimet elhárította, összefoglaló és értékelő megállapításaimat figyelmen kívül hagyta. Újra és újra visszatért szenvedéseinek bemutatására és tehetetlenségének hangsúlyozására. Célja az volt, hogy férje „elvitetéséhez” kapjon tanácsokat, mert egyedül ezt vélte megoldásnak. Az alkohol „csak” néhány éve hatalmasodott el az életükben, de férjével azelőtt sem volt boldog. Házasságuk 30 éve alatt mindig csak várt, elviselt és tűrt, anélkül, hogy próbált volna önállóan kezdeményezni, lépéseket tenni sorsa jobbra fordítása érdekében.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Együttérzéssel hallgattam, ugyanakkor mobilizálni, ösztönözni szerettem volna arra, hogy helyzetét – rögzült sztereotípiáin túl – másként is lássa. Felvetéseimre röviden, formális módon reagált. A változással kapcsolatos saját lehetőségeit (ultimátum, szétköltözés, válás) feszegető kérdéseimre értetlen, majd türelmetlen lett. Minden nyomorúsága mellett sem értette, hogy miért neki kéne tenni bármit is, hiszen nem ő a beteg. Néhány további konzultációs alkalmat ajánlottam számára, hogy közösen átgondoljuk, hogyan, milyen lépésekben tudna előrejutni. A páciens nem igényelte a segítségnek ezt a fajtáját, ő abban bízott, hogy mások és nélküle képesek lesznek majd megoldani problémáját. Csalódott volt, talán haragudott is rám, hogy férje „elvitése” helyett az ő lehetőségeinek mérlegelése került középpontba. Tiltakozott, hogy miért neki „kéne” az ambulanciára járni, miért nem a férjének. Az utolsó percekben azzal búcsúztam tőle, hogy meglátásom szerint mindkettejüknek támogatásra van szüksége. Javasoltam, hogy otthon számoljon be a találkozásunkról még motiválatlan partnerének, hátha ez pozitív minta lesz az alkoholistá számára. Legközelebb talán egy közös beszélgetésre is sort keríthetünk. Szavaim nem várt hatást gyakoroltak a páciensre: az addig összetört, magába roskadt, bizonytalan hölgy váratlan erőt mutatva szembefordult velem, és gúnyos hangon a következőket mondta: „Csak nem képzeli, hogy a férjem eljön ide! Már nekem is hányingerem volt, ahogy megláttam a környéket, hát még ahogy befordultam a lépcsőházukba. Ő be nem tenné a lábát egy ilyen lepra helyre!” Egy pillanatig döbbenet álltam. Igaz, az ambulancia, ahol dolgozom – jobb híján – a főváros egyik „nehéz” kerületében, egy lerobbant épületben lelt otthonra. Pácienseink motivációját és kitartását általában mégsem ez a körülmény, hanem szenvedéseik nyomása és az itt kialakított segítő kapcsolatok minősége határozza meg. Miután túljutottam az ilyenkor kötelező elsődleges feladaton, amely a viszontáttelet kontrolljára irányul, igyekeztem tárgyilagos hangon azzal búcsúzni tőle, hogy ha segíteni akar magán, akkor mi is tudunk neki támogatást nyújtani.

A vázlatosan bemutatott találkozást valóságos tantörténetnek érzem, amely magába sűríti a kodependencia patológiájának teljes tárházát: egyfelől az „áldozatiságot”, a félelmeket, a passzivitást és a reménytelenséget, másfelől az irányítást, az agressziót, a gigászi energiaráfordítást és a változás elutasítását. Ezt a hölgyet többé nem láttam, más, társfüggőség miatt jelentkezőkkel ellentétben, akikkel az utóbbi 10–15 évben hosszabb távú, termékenynek bizonyuló kapcsolatot sikerült kialakítanom.

Milyen kontextusban találkozom a kodependencia problémájával? Négy tipikus helyzet adódik, amelyek mindegyikében – különböző szerepekben és különböző célokkal, de – segítséget keresnek a jelentkezők:

1. A leggyakoribb esetben kémiai vagy viselkedési addikcióban (drog, alkohol, játék, étkezés) szenvedő fiatal felnőtt vagy felnőtt gyerek társfüggő szülője jelentkezik. Ez a szülő közös háztartásban vagy szoros érzelmi kapcsolatban él az aktív szerhasználat vagy más addikció tüneteit mutató gyerekekkel, aki sokszor egzisztenciális értelemben is függ tőle.
2. Mások szenvedélybeteg társal házasságban vagy párkapcsolatban élő páciensek – túlnyomórészt nők – kérnek segítséget. Itt az addikció az azonos generációhoz tartozó, választott társ tüneteként jelenik meg.

3. A harmadik helyzetben alkoholista szülők ma már felnőtt gyermekei párkapcsolati problémákkal érkeznek: magányosak, nem tudnak kapcsolatot kialakítani, választásaikban sikertelenek vagy szexuális zavaroktól szenvednek. Itt a kémiai függőség az előzőektől eltérő módon lép színre: a háttérben a szülő tüneteként, gyakran csak múltbeli emlékek, belső reprezentációk formájában.
4. Végül szenvedélybetegekkel foglalkozó kodependens vagy a kodependenssé válás kockázati tényezőit hordozó segítőkön keresztül, akikkel főleg képzéseken, szupervíziókn, esetmegbeszélő csoportokban kerülök kapcsolatba.
- Munkámban a kodependencia teljes spektrumát szeretném bemutatni, ezért valamennyi megjelenési formájára kitérek majd. Míg azonban a párkapcsolatban, illetve családban tapasztalható kodependens viselkedést mélyebben érintem, addig a foglalkozási szerepben megjelenő társfüggőséggel röviden foglalkozom. A segítői kodependenciát illetően – terjedelmi korlátok miatt – főleg más forrásokra utalok (Fekete, 1991; Kelemen, 1991; Lefever, 2007; Komáromi, 2009).

A „kodependencia” fogalom megszületésének előzményei

A kodependencia jelenségének leírását a szakirodalomban az 1930-as évekig vezethetjük vissza. Ebben az időszakban egyes tanulmányok – anélkül, hogy használták volna a ma meghonosodott terminológiát – az alkoholizmus kialakulásában már fontos szerepet tulajdonítottak a partner („wife of the alcoholic”) manipulatív, domináns magatartásának. Az akkori feltételezések szerint az alkoholista felesége társát szimbiotikusan köti, önállótlanná teszi. Követelőzéseivel, állandó elégedetlenségével és kritikusságával nehezíti a férfi önbecsülésének fenntartását. A vele való együttélés olyan konfliktushelyzetet jelent az alkoholista számára, amelyben más válasz nem lehetséges, mint az ivás (Burr, 1987; Kelemen, 1991).

A hatvanas években a Berne által létrehozott tranzakcionális analízis nagy teret szentelt az emberi érintkezéseket átszövő játszmák, ezek között az Alkoholista-játzsma leírásának. Ebben a játszmában a központi szerep egyértelműen az alkoholistáé, aki inni akar és iszik is. A game viszont elképzelhetetlen partnerek nélkül, akik – valamilyen nyereség megszerzése érdekében – összejátszanak az alkoholistával. A lehetséges mellékszereplők közül témánk szempontjából az Üldöző, a Megmentő és a Balek figurája figyelemreméltó. Berne szerint az Üldöző szeretné kontrollálni, szabályozni, „bűne” elkövetése közben tetten érni a fogyasztót, aki sorozatosan kicsúszik az ellenőrzése alól. A Megmentő az iszákos meggyógyításán, megváltásán fáradozik, miközben leveszi a felelősséget az alkoholista válláról, aki rendületlenül iszik tovább. A Balek pedig jóhiszeműen segít, miközben az alkoholista rászedi és kihasználja őt. Ezek a szereplők alapvetően kudarcot vallanak, ugyanakkor fáradozásaiknak értelmet adnak bizonyos, a játszmának köszönhetően megszerezhető jutalmak. Az elkönnyelhető nyereségek között a hasznosság élménye, a dominancia, a pozitívabb önértékelés, mások elismerése, a kapcsolati

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

igények kielégítése mellett a saját problémákkal való szembenézés és az intimitás elkerülése említhetők meg (Berne, 1984). Ezeket a szerepeket különböző személyek játszhatják (feleség, szülő, gyerek, barát, segítő), de ugyanaz a személy (pl. házastárs) több szerepet is betölthet. Innen már csak egy lépés belátnunk, hogy a felsorolt szerepek a kodependencia egy-egy aspektusát jelenítik meg. Ezek az aspektusok a ma társfüggőként diagnosztizált egyénben egyszerre vannak jelen.

A téma szakirodalmában felbukkanó másik előzmény a segítő tünetcsoport (Helfer-szindróma) leírása (1977), amely a mai fogalmaink szerinti kodependens segítő patológiás viselkedését ragadja meg. A Schmidbauer által bemutatott kényszeres és destruktív magatartás a terapeuta intrapszichés egyensúlyának fenntartását szolgálja (Fekete, 1991).

Definíciók

A társalkoholizmus jelenségében gyökerező kodependencia fogalom a Minnesota-modell ihlette segítői gyakorlatban született meg. A problémáról első ízben önálló könyvet publikáló Cermak a kodependenciát olyan, függők családjában előforduló betegségnek tekinti, amely a DSM-III. szerinti kevert személyiségzavarhoz áll közel. A kórkép feltételezett diagnosztikai jellemzőit az alábbiakban összegezte:

- A: Az önértékelés mások és önmaga kontrollálásának függvénye, ez súlyos következményekkel jár az egyén számára.
- B: Mások szükségleteinek kielégítéséért vállalt felelősség, a saját igények egyidejű elhanyagolása.
- C: Szorongás és a pszichológiai határok torzulása, ehhez kapcsolódó intimitás-probléma és szeparáció.
- D: Összefonódott, szinte összeolvadó kapcsolat egy személyiségzavarban, narkomániában, kodependenciában és/vagy indulatszabályozási zavarban szenvedő személlyel.
- E: Három vagy több megléte a következőkből:
 1. tagadás elhárító mechanizmusának kiterjedt alkalmazása;
 2. az érzések elfojtása, drámai indulatkitörésekkel vagy anélkül;
 3. depresszió;
 4. túlzott reagálási készenlét;
 5. különféle kényszerek;
 6. szorongás;
 7. narkománia;
 8. múlt- vagy jelenbeli ismétlődő testi vagy szexuális abúzusok áldozata;
 9. stresszel összefüggő betegségek;
 10. legalább két éve az elsődleges kapcsolatot egy aktív narkomániás jelenti, anélkül, hogy emiatt külső segítségért folyamodna (Cermak, 1986).

A nyolcvanas évek második felétől egyre több szakmai publikáció és önéletrajzi kézikönyv tárgyalta a témát. A kodependencia, amelyet kezdetben az alkoholizmussal való összefüggésben fogalmaztak meg, egyre inkább kiszabadult ebből a térből és univerzális értelmezési keretté, önálló kategóriává vált.

Ebben az időszakban magyar nyelven elsősorban Kelemen Gábor közleményeiből, később a problémában érintett Bradshaw, Wilson Schaef és Beattie önségítő célzatú könyveiből ismerkedhettünk a témával.

Bradshaw szerint a kodependencia a gyermeket elhanyagoló, cserbenhagyó diszfunkcionális családi rendszer előidézte személyiségmintázat, amelyben a széken érzésének központi szerep jut (Bradshaw, 1990).

Kelemen igényes összefoglaló tanulmányában az akkoriban rendelkezésre álló ismeretek szintéziséen túl filozófiai és szociológiai kitekintést is ad. A kodependencia koncepcióját Narcisszus és Echo a mitológiából ismert, Ovidius által feldolgozott történetével hozza összefüggésbe. Úgy véli, hogy a kötődési zavarban szenvedő Narcisszus és az őt feltétel nélkül csodáló, neki alárendelődő és az ő igényeit visszatükröző Echo párosa a dependens-kodependens kapcsolódást mintázza. Ez az összefonódás intenzív, de nem intim. A szakember szerint a kodependencia személyiségvonásként, szerepként és identitásként egyaránt felfogható (Kelemen, 1991).

A kilencvenes években Whitfield a jelenséget – kiterjesztő módon – már olyan korai kapcsolati előzményekre visszavezethető emocionális zavarnak tekinti, amely nem más, mint „függőség a másfelé figyeltől” (Whitfield, 1997; Demetrovics, 2007).

Valleur szerint a kodependencia olyan addikció, amelyben az egyén a származási családban megélt kapcsolati valóságot és az ezzel együtt átélt szenvedést reprodukálja repetitív, kényszeres módon (Valleur, 2008).

Beattie meghatározása így szól: „A társfüggő az az ember, aki túri, hogy egy másik ember viselkedése befolyásolja őt, miközben elszánt erőfeszítéssel törekszik a másik viselkedésének szabályozására” (Beattie, 2008).

A definíció alakulásának története jelzi, hogy a fogalom jelentését és a kodependencia más kórképektől való elhatárolhatóságát illetően bizonytalanság tapasztalható. Napjainkban, Cermak, Whitfield és más szerzők nyomán a társfüggőséget önállóan diagnosztizálható betegségnek tekintjük. Demetrovics és Kun (2007, 2010) szerint a kodependenciát a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott viselkedési addikciók csoportjába soroljuk. Francia szakemberek is drog nélküli addikcióról beszélnek (Lowenstein, 2005; Valleur, 2006). Az addikció tárgya tehát ebben a speciális esetben egy „problémás” (addikcióban, személyiségzavarban, kodependenciában vagy impulzuskontroll-zavarban szenvedő) egyénnel kialakított és hosszabb távon is fenntartott kapcsolat, amely nem kielégítő, szenvedéssel teli az alany szempontjából.

A fogalom meghatározásához még egy apró kiegészítés tartozik. A kodependencia kifejezés magyar megfelelője a társfüggőség, a két fogalmat a tanulmányban szinonimaként használom. A társfüggőség azonban – az eddig elmondottaknak megfelelően – jóval több, mint egy bármilyen társhoz fűződő dependens viszony. Olyan szimbiotikus összefonódásról van szó, amelyben a partner jól látható és segítséget igénylő problémája nemcsak, hogy különleges szerepet játszik az összetartozásban, de egyben indokolja is a kodependens egyén gondoskodó-kontrolláló viselkedését. Az így létrejött szimbiózisban – más patológiás képektől esetleg eltérően – nincs jelen valódi intimitás.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Minden definíciós bizonytalanság ellenére úgy vélem, hogy a kodependencia esetében olyan jól körülhatárolható és karakteres jegyekkel rendelkező állapotról van szó, amely a megfelelően képzett klinikus számára egyértelmű és könnyen diagnosztizálható.

Betegség-e a kodependencia?

A jelenség megítélésében két álláspont létezik. A szakemberek döntő része a kodependenciát destruktív és elidegenítő folyamatnak, betegségnek tartja. Véleményük szerint a társfüggőség nem pusztán egy konkrét szituációból („nehéz ember mellett élni”), hanem a személyiség tartósan fennálló jellemzőiből következik (Cermak, 1986; Kelemen, 1991; Whitfield, 1997; Valleur, 2006; Demetrovics, 2007). A medikalizációt elvető másik felfogás szerint az interperszonális kontextusnak van döntő szerepe, amelyben a kodependens viselkedés adaptív jellegűnek bizonyul. Ez a megközelítés nem a személyiség zavaráról beszél, és arra a tapasztalatra hivatkozik, hogy az érintett más helyzetekben nem mutatja a társfüggőség tüneteit (Kozma, 2005; Hoyer, 2006).

A vitát izgalmasnak, de inkább elméleti jellegűnek érzem. A két megközelítést nem tartom összebékíthetetlennek, mert a személyiségfejlődés bizonyos szakaszában, a származási családban a társfüggő gyermeki viselkedés – mint ahogy később részletesen leírom – valóban az alkalmazkodást szolgálja. Ennek azonban később maradandó negatív következményei mutatkoznak. A történet leggyakrabban úgy folytatódik, hogy az alkoholista szülő mellett oly sokat szenvedett kislány, aki boldogabb jövőről álmodik, felnőttként maga is alkoholista vagy kapcsolatukban azzá váló partnert választ, és a régi gyötrelmek visszatérnek... Másfelől, amint az a terápiás munka során kiderül, a kialakult kodependens magatartás az adott szituáción kívül az élet más területein (munkahelyi felelősségvállalás, felnövekvő gyermekhez való viszony) is problémákat okozhat. Hosszabb utánkövetés esetén látjuk azt is, hogy a felnőttkori kodependens párkapcsolatból kiszakadva az egyén – tudatos szándékával ellentétben – rekonstruálhatja az eredeti felállást egy hasonló vagy még rosszabb kapcsolat képében. Ezek a vizsgálatokkal egyértelműen alátámasztható tények nem az adaptív jelleget, hanem a betegség-felfogás létjogosultságát igazolják.

Végül a szerzőnek talán megengedhető egy „szabad asszociáció”: a jelenség betegség-voltának tagadása a kodependens tagadására emlékeztet. Mintha a normalizáló felfogás képviselői ugyanúgy tennének ilyenkor, mint a társfüggő, bizonygatva önmagának, hogy nincs más választása és hogy nem is olyan kegyetlen és kiátástan ez az egész...

Részletes tünettann

Különböző szerzők (Kelemen, 1991; Norwood, 1992; Wilson Schaefer, 2000; Beattie, 2008; Demetrovics és Kun, 2007) és saját gyakorlati tapasztalataim alapján a kodependencia tipikus jellemzői a következők:

1. **Az identitás bizonytalansága, az autonómia hiánya.** Az ép, stabil, önálló identitás hiánya tapasztalható. A személy kizárólag vagy csaknem kizárólag másokhoz való viszonyában határozza meg magát.
2. **Fokozott dependenciaigény, külső fókusz.** A dependenciaigény hangsúlyozódik, „a fontos másik”-kal való kapcsolat nélkül az egyén megsemmisüléssel fenyegető ürességet él át. A fókuszba tehát a partner kerül, akinek ivása, drogozása, indulatkitörése vagy egyéb tünetei látszólag indokolják is a kitüntetett figyelmet. A belső világ, a saját szelffel való kapcsolat kimunkálatlan marad.
3. **A határok gyengesége.** A kialakulatlan egyéni identitás bizonytalan egyéni határokkal jár. A kodependens személy nem rendelkezik egyértelmű határokkal – sem fizikai, sem emocionális, sem viselkedési, sem spirituális értelemben. Engedi, hogy mások sorozatosan megsértsék a határait, azaz bántalmazzák, erőszakot tegyenek rajta, becsapják, kihasználják vagy semmibe vegyék. Ugyanakkor ő sem tartja tiszteletben mások határait: kényszerít, valat, kutat, nyomoz, feljelent, megszegyenít stb. A kölcsönösen elkövetett hátsértéseket természetesnek, jogosnak érzi.
4. **Túlzott felelősségérzet.** Ez a nagyon szembetűnő személyiségjegye a rosszul funkcionáló határokkal szoros összefüggést mutat. A kodependens szülő vagy társ mindent a saját felelősségének érez, ami a partner életében rosszul alakul. A másik problémás viselkedését saját hibáival, mulasztásaival, elégtelenségével magyarázza. Inadekvát módon okolja önmagát a másik rossz érzése miatt, hangulatáért. Mások felelősségének átvállalása mellett azonban – paradox módon – nem vállalja fel saját magával szembeni felelősségét. Ennek számos megnyilvánulása közül most csak a leggyakoribbakat idézem: nem törődik önmagával, elhanyagolja külsejét, egészségi állapotát, nem veszi figyelembe saját vágyait, ambícióit, nem készül fel a jövőre, elviselhetetlen helyzetben sem kér segítséget stb.
5. **Kényszeres gondoskodás.** Felelősségérzetéből következően kényszeresen gondoskodik másokról, mindent és erején felül megtesz azok fizikai és érzelmi jóllétéért. Ebben a funkciójában nélkülözhetetlennek véli magát. Büszkeséggel említi, hogy felnőtt gyermekét, férjét úgy szolgálja ki, mintha azok csecsemők vagy magatehetetlen betegek lennének. Feladataik megoldását, ügyeik intézését is hajlamos átvállalni. Különösen mások kellemetlen, kínos helyzetekből való kimentése hárul rá, amelynek során például szerhasználó hozzátartozóját tendenciózusan megkíméli a deviáns viselkedés következményeitől. Ebbe a körbe tartozik, amikor szenvedélybeteg családtagjának is ő keres segítőintézményt, ahol orvost, pszichológust hajt fel, és időpontot beszél meg számára. Ez kiáltó ellentétben áll azzal, hogy önmagának milyen rossz, elhanyagoló gondviselője.
6. **„Áldozatiság”.** Saját magát mártírnak, áldozatnak tekinti, és ezt sorsa elkerülhetetlen velejárójának fogja fel, amelynek nincs más alternatívája. Ebből az „áldozatiság”-ból és az „agresszor-áldozat” dinamikából – éppen a bizonytalan identitás miatt – nagyon nehéz őt kimozdítani.
7. **A kontroll szükséglete.** A gondoskodó viselkedés felszíne alatt szabályozásra, irányításra vonatkozó szükséglet húzódik meg. A másik viselkedésén ke-

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

resztül a kapcsolat kontrolljára törekszik, amely – mint láttuk – életfontosságú belső egyensúlya szempontjából. Nem tudja elképzelni, nem tudja engedélyezni a spontaneitást. Nem bízik abban, hogy az ellenőrzése alól elszabadult dolgok jól alakulhatnak. A kontrolláló viselkedés szép példái a kutatás a partner szobájában, zsebében, mobiltelefonjában. A kodependens személy telefonon érdeklődik a szenvedélybeteg kezelésének részleteiről, kérésünk ellenére elkíséri az ambulanciára, és megvárja a konzultáció végét. A kontrolláló viselkedés más eszközökkel operáló válfaja az érzelmi zsarolás, a büntetés, a fenyegetőzés.

8. Kognitív torzítások. A gondoskodó-irányító viselkedés mögött torz hiedelmek, „minden vagy semmi” típusú gondolkodás és rigid „kell” állítások rejtőznek. A diszfunkcionális viselkedést tápláló, gyakori negatív kogníciók:

A problémás viselkedésre vonatkozóan:

- „Mások is isznak.”
- „Minden férfi erőszakos.”
- „Rosszabb is lehetne.”
- „Majdcsak javul a helyzet.”
- „Aki szeret, mindent elvisel a másiktól.”
- „Nem csoda, hogy iszik, rettenetes gyermekkorra volt.”
- „Ha nem lennék vele, még többet inna.”
- „Ha magára hagynám, meg is halhatna.”
- „Én vagyok az oka.”
- „Mindenáron segítenem kell.”
- „Nekem kell megoldani a helyzetet.”

A másikkal való kapcsolatra vonatkozóan:

- „A másik fontosabb, mint én.”
- „Mindenáron meg kell értenem a másikat.”
- „Mindent meg kell tennem a másik jóllétéért.”
- „Csak akkor fognak szeretni, ha jó kislány vagyok.”
- „Sose bocsátanám meg magamnak, ha cserbenhagynám.”
- „A nő legfőbb küldetése, hogy a férfit boldoggá tegye.”
- „Csak a szerelem első látásra lehet az igazi.”
- „A jó párok kapcsolat szenvedélyes.”
- „A nagy összeveszések és a nagy kibékülések jelzik, hogy fontosak vagyunk egymásnak.”
- „A szerelmes mindig féltékeny.”
- „Azért bánt, mert szeret.”
- „A szerelem és az indulatok közel állnak egymáshoz.”
- „Mindig együtt kell lenni, mindent együtt kell csinálni.”
- „Soha nem hagyjuk el egymást.”
- „Nem tudnék mást szeretni.”
- „Nélküle nincs értelme az életnek.”
- „Nincs boldog kapcsolat.”

Önmagára vonatkozóan:

- „Egyedül nem bírnám ki.”
- „Én nem számítok.”

- „Engem nem lehet szeretni.”
- „Engem mindenki otthagyna.”
- „Nem érdelek jobbat.”

9. Manipulativitás, játszmaviselkedés. A kodependens személy nem képes saját szükségleteinek, igényeinek felvállalására és nyílt kifejezésére, ezek burkoltan jelennek meg kommunikációjában. Mást mond, mint amit gondol. Nem biztos abban, hogy mit akar mondani. Nem érzi fontosnak, hogy állást foglaljon. Fél véleményt nyilvánítani, inkább hallgat. Másokat manipulál úgy, hogy azok fogalmazzák meg az ő álláspontját. A problémákat érintve szépít és hazudik, igyekszik az indokoltnál kedvezőbb színben feltüntetni a helyzetet. Nem képes nemet mondani. Cinikus, ironikus és önmagát kigúnyoló stílusban fogalmazhat. Saját szükségleteinek kielégítését végül is a partner viselkedésének kontrollálásával, manipulatív módon kísérli meg. A kodependens-dependens kapcsolódás számos játszma lehetőségét rejt, amelyek mindegyikében a résztvevők kölcsönösen manipulálják egymást. Egyedül ezen az úton lehetséges a kapcsolat fenntartása és a közelség-távolság dimenzió szabályozása. Egyedül ilyen partnerrel lehetséges az összetartozás megélése és a fenyegető intimitás elhárítása. A kodependens személynek – ilyen értelemben – szüksége van a másik problémájára, ezért tudattalanul sokszor a partner gyógyulása ellen dolgozik.

10. Negatív önértékelés. Az önállótlán, másokra utalt, bizonytalan határokkal jellemezhető személy önbecsülése alacsony. Gondoskodó, kontrolláló viselkedése révén viszont sikerélményhez, kompetenciaérzéshez juthat, ami önértékelését látszólag erősíti. A valóságban tehát nem elsősorban a környezetének, hanem neki, magának van szüksége a másik életének kényszeres kézben tartására. Önmagát nem tartja fontosnak, önmagáról könnyen lemond. Önbecsülésének fő pillérét a gondoskodó, támogató szerep betöltésének sikere alkotja. Mivel számára ennek fokmérője a másik állapota, így az önértékelés külső megerősítésektől függ. Perfekcionista, elért eredményeit lekicsinyli. Indokolatlanul bűntudat gyötri, nem tud megbocsátani magának, sokat tépelődik. Ugyanakkor fokozottan érzékeny lehet a kritikai észrevételekre. A segítő beszélgetésben egy-egy kérdés feltevését is elmarasztalásként, elutasításként értékelheti.

11. A bizalom hiánya. A kodependens személy gyermekkora óta azt tapasztalta meg, hogy nem bízhat a környezetében. Családjában megélt kiszolgáltatottsága defenzív beállítódásúvá és bizalmatlanná teszi. Kontrolláló viselkedése is mély bizalmatlanságából ered. Csak annak hihet, amit közvetlenül és személyesen ellenőrzése alatt tart. Önmagában sem tud bízni, mert nem ismeri önmagát. Nincs igazi kapcsolatban saját érzéseivel, vágyaival, mert korai időszakától kezdve ezek elhárítására kényszerült. Ezzel ellentétben áll – aminek gyakran tanúi vagyunk –, hogy mintha éppen azokban és éppen akkor bízna meg, akik erre érdemtelenek. Sok csalódást követően is végsőkéig hisz például az alkoholista ígéreteinek, fogadkozásainak. Hihet a kuruzslóknak, a sarlatánoknak, a csodás gyógymódok hirdetőinek. Sokszor nem bízik a segítőben vagy a pozitív változás lehetőségében.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

- 12. Kényszeresség.** A kényszeres jelleg – a gondoskodás és az irányítás mellett – egyéb tevékenységekben is megnyilvánulhat. A kodependens személy addiktív működési módja az evés, a munka, a szexualitás, a pénzkeresés, a költekezés, a vásárlás és a szerencsejáték területén is jelentkezhet. Alkohol-, drog- és gyógyszerhasználata sokszor kémiai dependenciába fordul. Másokért érzett szüntelen aggodalmi is kényszeres színezetűek, ebben rögeszmés megszállottság jellemzi. Múltbeli eseményeken vagy olyan aktuális apró részleteken rágódik, amelyek már nem lehet változtatni vagy amelyek nem rajta múlnak. A kényszeres jelleg – az elmondottakon túl – jól ki-fejeződik abban is, hogy életében, választásaiban mintha ciklikusan ugyanaz ismétlődne: ugyanazok a remények, ugyanazok a választások, ugyanazok a tévedések és ugyanazok a szenvedések.
- 13. Tagadás.** Ismeretes, hogy az addikciók és a tagadás mint elhárító mechanizmus törvényszerűen együtt járnak. A társfüggő egyszerre tagadja önmaga és a másik betegségét. Tagadása több szinten jut érvényre. Általában nem néz szembe a nehézségekkel, és tágabb környezete előtt is titkolja azokat. Tagadhatja hozzátartozója szerhasználatát, annak addikcióját, a szerhasználat következményeit, kapcsolatuk működésképtelenségét, végül a változás lehetőségét. Tagadhatja saját negatív érzéseit, agresszióját és saját függőségét is. A tagadás különböző formáival naponta találkozunk: a szülő „nem veszi észre” vele élő családtagja elhatalmasodó drogozását, jelentős fogyását vagy saját pénze és értéktárgyai eltűnését, kapcsolatuk teljes elsorvadását. Személyes múltjára visszaemlékezve gyakran csodálatos gyermekkort és családot idéz meg, amelyben védettség és harmónia uralkodott, majd a terápia során ennek ellenkezője áll össze.
- Forward így ír erről: „Akik alkoholistával élnek egy fedél alatt, azok esetében a tagadás szinte határtalan méreteket ölt. Az alkoholizmus olyan, mint egy dinoszaurusz a nappali szobában. Egy kívülálló számára a dinoszauruszt lehetetlen nem észrevenni, de azokat, akik együtt élnek vele, a szörny eltávolításának kilátástalansága arra kényszeríti, hogy úgy tegyenek, mintha nem is létezne” (Forward, 2000).
- A tagadás masszív akadály a külső segítség kérése és elfogadni tudása szempontjából.
- 14. Elfojtások.** A tagadáshoz hasonlóan az elfojtások is erősek. A társfüggő a meg nem feleléstől és az elhagyástól való félelmében elfojtja saját érzéseit, indulatait. Nehezebbre esik, és töredékesen sikerül rekonstruálnia korábbi eseményeket és a hozzájuk kötődő emóciókat. Saját érzései helyett mások érzéseire koncentrálnak. Nem is tudja elképzelni, hogy jobb, könnyebb, teljesebb élete legyen.
- 15. Szégyen és büntudat.** A kodependens személy meghatározó érzései a származási családból eredő szégyen és a büntudat. Kapcsolataiban nem meri megmutatni magát. Szégyelli múltját, alkalmatlan szülőjét vagy szüleit. Sokszor tapasztaljuk, hogy felnőttként is szemlesütve beszél alkoholista apjáról, elhanyagoló anyjáról, fizikai bántalmazásáról, szexuális molesztálásáról és egész elhagyatottságáról – mindarról, amit mások a sérelmére elkövet-

tek, és amiről ő nem tehetett. Szégyelli jelenlegi személyes, párkapcsolati és gyermekével kapcsolatos problémáit is. Sok mindennel kapcsolatban inadekvát bűntudata van, ugyanakkor reális felelősségvállalása több vonatkozásban hiányzik.

- 16. Felduzzadt harag.** A társfüggőt feszítő harag hosszú éveken át gyülemlik fel. Mint később részletesebben kifejtem, ez a harag korai történésekre vezethető vissza. Haragját is szégyelli, nehezen bocsátja meg magának, fél tőle. Agresszióját – más elvezetési, kifejezési lehetőség híján – tagadja vagy elfojtja. Egyes esetekben dühkitörések formájában mégis megmutatkozik ez az indulat, jellemzően olyan helyzetekben vagy olyan személyekkel szemben, amelyeknek, akiknek nincs közük a harag valódi kiváltó okához. Például tárgyakat összetör, jelentéktelen dolgok miatt szitkozódik, ordítózik, átkozódik, gyermekét bántalmazza, beosztottjait durván leteremti, vagy szenvedélybeteg társát éppen akkor provokálja, amikor az gyógyulni kezd. A rejtett harag pszichoszomatikus tünetképzésben, passzív agresszív válaszokban, depresszióban, szorongásosságban, önkárosító viselkedésben és szexuális diszfunkciókban nyilvánul meg.
- 17. Sérült intimitás, kapcsolatok zavara.** Az intimitáshoz fűződő viszony ambivalens: az intimitás utáni vágy és az intimitástól való félelem egyaránt jelen van. Ez érzelmi, testi és szexuális értelemben is érvényes. A kodependens személy korai kapcsolataiban nem volt mód egészséges intimitás kialakítására, így felnőttkorában olyan partner, partnerek választására kényszerül, akikkel – saját deficitjei ellenére is – boldogul. Két bizonytalan identitású, emocionalitásában gátolt és éretlen, egymásra utalt személy szoros kötődésének lehetünk ilyenkor tanúi. Kodependens női pácienseink életében ez a partner lehet a kémiai vagy viselkedési addikcióban szenvedő férj, élettárs, illetve a megbetegített, leválni nem engedett és felnőttkorában is szimbiotikusan kötött gyerek, aki sajátos intimitáspótlékként szolgál a szülő számára. A társfüggő tehát – mindaddig, amíg meg nem gyógyul – reménytelenül vágyódik az intimitásra, amelyre sem ő, sem sérült partnere nem képes.
- 18. Szexuális diszfunkciók.** Az intimitással összefüggő problémák a szexualitás területén enyhébb, de inkább súlyosabb zavarokhoz vezetnek. A szexuális intimitás megteremtésének és megélésének hiánya több összetevőből áll elő. A spontaneitással, feltárulkozással kapcsolatos félelem az érzelmi közelség kialakulását nehezíti. A fizikai kontaktushoz (érintés, simogatás, ölelés) társuló averzió a testi közeledés elfogadását akadályozza. A szexualitással összefüggő korábbi negatív élmények (bántalmazás, erőszak, titkok, szégyen, bűntudat) és a szexuális aktusra vonatkozó diszfunkcionális kogníciók pedig a szexuális intimitást teszik elérhetetlenné.

A kodependens személy gyakran hárítja nemcsak a szexuális aktust, de már a partner fizikai közelségét is. Elmondja, hogy egyáltalán nem kívánja a szexuális együttléteket, és általában leértékelő, lekicsinylő módon nyilatkozik a témáról. Máskor bár van szexuális vágya, nehezen fogadja el azt. Nem ritka, hogy kényszeríti magát az együttlétre. Szégyelli egészséges igényeit,

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

fantáziáit. Sokszor szexualitás címén is a másikról gondoskodik. Ritkább esetekben a szexualitást haragja, sértettsége orvoslására használja. Tüneti szinten az elmondottak aszexualitásban vagy hiposzexuális viselkedésben, szexuális averzióban, vaginizmusban, diszpareuniában, frigiditásban és szexuális addikciókban jelentkeznek.

19. Destruktív lojalitás. A Böszörményi-Nagy által megfogalmazott értelemben a kodependens személy vertikális és horizontális irányú kapcsolódásai, illetve különböző vertikális kapcsolatai között jellegzetes lojalitás-konfliktusok jelennek meg. Így a leválási folyamat sikertelensége, befejezetlensége esetén összeütközésbe kerülhet saját szüleivel és partnerével való viszonya, illetve házastársa és gyermeke felé történő elköteleződése. Ennek következtében különböző destruktív kapcsolati mintázatok jönnek létre: például párkapcsolatában is a szülőnek akar megfelelni vagy az utódairól való gondoskodás kárára szülőjét, házastársát részesíti előnyben (Forward, 2000; Böszörményi-Nagy, 2001).

20. Progresszivitás. A társfüggőség fokozatosan előrehaladó, súlyosbodó állapot, amely a későbbiekben részletezett pszichés és fizikai következményekhez vezet.

Epidemiológiai adatok

A kodependencia előfordulási gyakoriságára vonatkozóan megbízható adatokkal nem rendelkezünk. Ennek több oka van. Viszonylag új, a tudományos gondolkodásba 1986-ban bevezetett pszichodiagnosztikai kategóriáról van szó, amely a diagnosztikus rendszerekben nem szereplő zavart jelöl. Korábban kitértünk arra, hogy egyesek azt is vitatják, hogy a társfüggőség valóban betegség-e. Mint láttuk, a szakemberek magát a jelenséget is többféleképpen definiálják, hol szűkebb, hol tágabb módon értelmezik. A definíció bizonytalanság mellett a valid mérőeszközök hiánya is akadályt jelent. Ezért nehéz annak akár elfogadható becslése is, hogy hány személyt és – szociodemográfiai jellemzőiket tekintve – kiket érinthet ez a probléma (Demetrovics, 2007).

Mindezzel együtt úgy véljük, hogy igen gyakori addikcióról van szó (Whitfield, 1997), amely az esetek jelentős részében láthatatlan marad, és nem kerül kezelésbe. Tapasztalataink szerint a kémiai addikcióban szenvedő személyek száma egyre nő, és környezetükben általában mindig van „kodependencia-gyanús” szereplő (szülő, házastárs, élettárs, egy vagy több gyermek, segítő). Hemfelt szerint egy szenvedélybeteg egyszerre 4–5 társfüggőt is „foglalkoztathat” (Hemfelt és Minirth, 1997).

A társfüggők döntő többsége nő, ez a nemi és szülői szerepek betöltését szabályozó normákkal, elvárásokkal függhet össze. A nő eltartotti státusza, gazdasági értelemben vett kiszolgáltatottsága szintén olyan tényező, amely sok esetben elősegítheti a zavar kialakulását.

A kodependencia férfiaknál is előfordulhat, de adataink szerint erre jóval ritkábban kerül sor. Wilson Shaef állítása szerint a kodependenciát is magába fogla-

ló, tágabb kategória, a kapcsolatfüggőség (addiktív kapcsolódás) gyakorisága egyforma férfiak és nők között. Ez az azonos megoszlás minden bizonnyal úgy állhat elő, hogy a női kórképnek tekinthető kodependenciát a másik oldalon a férfiak körében nagyobb arányban előforduló szexuális addikciók ellensúlyozzák (Wilson Schaef, 2000). Kun és Demetrovics (2010; Demetrovics és Kun, 2007, 2010). Ugyanakkor felhívja a figyelmet arra, hogy valójában a társfüggőség és a szexuális függőségek – akár nőknél, akár férfiaknál – gyakran együtt járnak. Ezen nem változtat az a tény, hogy esetleg az egyik addikciót elfedi a másik, és inkább ez utóbbi van előtérben.

A társfüggőség elterjedtségére enged következtetni továbbá az a tény, hogy az addiktológiai és más profilú segítőintézményekben is igen magas a kodependens viselkedést mutató kliensek, páciensek száma.

Diagnosztikai támpontok, mérőeszközök

A kodependencia mérésére több kérdőív létezik, néhányat felsorolunk ezek közül:

- Kodependencia-becslő kérdőív (Co-dependency Assessment Inventory, Friel, 1985);
- Kodependens Kapcsolat Kérdőív (Co-dependent relationship Questionnaire, Krittberg, 1988);
- Spann-Fischer Társfüggőség Skála (Spann-Fischer Codependency Scale, Fischer, 1991);
- Társfüggő Becslő Kérdőív (Co-dependent Assessment Inventory, Kitchens, 1991);
- Névtelen Társfüggők Kérdőíve (Co-Dependents Anonymous Checklist, Whitfield, 1991) (Demetrovics, 2007).

A kodependencia sokarcú jelenség, amely nagyon eltérő tünetekben mutatkozhat meg, ezért nehéz kérdőívvel mérni. Ez a módszer legfeljebb első szűrésre alkalmas. Az addiktológia területén is jártas, tapasztalt klinikus viszont a társfüggőséget exploráció alapján viszonylag gyorsan és megbízhatóan tudja diagnosztizálni.

Komorbiditás

A kodependencia olyan önálló pszichopatológiai kórkép, amely számos más mentális és fizikai betegséggel társulhat.

A mentális zavarok egy része már a kodependencia kialakulását megelőzően jelen lehet, míg más betegségek a társfüggőséggel együtt vagy azt követően bontakoznak ki. Időbeliség tekintetében nehéz az elsődleges vagy másodlagos jelleg megkülönböztetése: egyeseknél a korán megjelenő kodependens viselkedés nyilvánvalóan primer tünet, míg másoknál a szorongásos vagy affektív képek megjelenése megelőzte a kodependencia felléptét. A társuló zavarok nagy száma mindenképpen a „betegség hipotézist” támasztja alá, és jelentékeny pszichopatológiai érintettséget mutat.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Az I. tengelyen szereplő rendellenességek közül a kodependenciával együtt gyakran fordul elő a szorongásos és affektív zavarok szinte valamennyi változata (generalizált szorongás, fóbiás zavar, pánikzavar, poszttraumás stressz zavar, kényszeres zavar, disztimias zavar, depresszió, bipoláris zavar). Az állandósult stresszteli helyzet disszociált állapotok fellépéséhez vezethet.

A II. tengelyi diagnózisok közül elsősorban az elkerülő, a dependens, a hisztrionikus, a borderline, a narcisztikus, a paranoid és a kevert személyiségzavar említethetők meg. Whitfield felveti, hogy egyes személyiségzavarok és a kodependencia tünetei között annyira szoros az egybeesés – például a narcisztikus személyzavar és a társfüggő személy grandiózus megmentői fantáziái, viselkedése esetében –, mintha ugyanazon problémáról lenne szó (Whitfield, 1997; Demetrovics, 2007).

Külön kiemeljük, hogy a kodependencia más kémiai (alkohol-, drog-, gyógyszer-, koffein-, nikotin-) és viselkedési addikciókkal (étkezés, játék, szexualitás, munka, vásárlás, internethasználat) társulhat. Ezek akár elsődleges, akár másodlagos módon kapcsolódhatnak a társfüggőséghez. Néha az egyéb függőségek annyira előtérbe kerülnek, hogy ez megnehezíti a háttérben meghúzódó kodependencia diagnosztizálását.

A tagadással, elfojtott haraggal, fokozott szorongással és önbüntető viselkedéssel járó addikció fizikai panaszokat és betegségeket is eredményezhet. Ezek skálája a szomatiform zavaroktól (konverziós, szomatizációs és fájdalomzavar) az alvás, az étvágy zavarain át a pszichofiziológiai zavarokig terjed. Kodependens személyeknél gyakori panasz az inszomnia, az étvágytalanság, a szív táji nyomás és szorítás, a hipertónia és a migrénes fejfájás. A tartósan fennálló szexuális diszfunkciók tovább rontják az egyén közérzetét és önbecsülését (Buda, 1996). A felsorolt fizikai tünetek szimbolikája világosan utal az élethelyzet veszélyességére és tarthatatlanságára. Az elszenvedett stressz magas szintjével is összefüggésbe hozható a fekélybetegségek (gyomor, nyombél, vastagbél), az immun- és daganatos betegségek kiemelkedő gyakorisága (Kelemen, 1991; Komáromi, 1994; Hemfelt és Minirth, 1997; Whitfield, 1997).

Lefolyás

A társfüggőség spontán gyógyulást nem mutató, fokozatosan progrediáló állapot. A páciens – mint más addikciók esetében is – fokozatosan izolálódik, egyre beszűkültebbé és érzelmileg sivárabbá válik (Kelemen, 1991; Valleur, 2008). Mint leírtuk, másodlagosan újabb addikciók, szorongásos zavarok (fóbia, pánik) és depresszió léphetnek be a képbe. A depresszióval összefüggésben szuicid fantáziákkal és késztetésekkel kell számolni. Az egyre kilátástalanabbnak tűnő helyzetben és a beszűkült személyiségállapotban lévő kodependens kifelé legátolt agresszióját maga ellen fordíthatja. Romló fizikai státusza, szaporodó betegségei és önmaga elhanyagolása tovább súlyosbítja a képet. A tagadás, a szégyen és a tehetlenség-érzés akadályozza abban, hogy problémái kapcsán szakemberekhez forduljon. A társfüggő személyek gyakran keresik fel a segítő szervezeteket, de tipikusan a hozzátartozó tünetei miatt érkeznek (Komáromi, 1994).

A kodependens személy leggyakrabban fizikai panaszaival kér segítséget. Szív- és keringési rendellenességek, emésztőszervi, nőgyógyászati, mozgásszervi és neurológiai tünetek miatt háziorvoshoz vagy specialistákhoz fordulhat. Ha pszichiátert vagy pszichológust keres fel, ezt jellemzően alvászavar, depresszió, agorafóbia, közlekedési fóbia vagy pánikrohamok kapcsán teszi.

Hatékony és hosszú idejű terápiás intervenciókkal a kodependencia gyógyítható, de legalábbis számottevő tünetcsökkenés érhető el, és a terápiának köszönhetően a páciens fizikai és mentális állapota jelentősen javul. A nem kezelt kodependencia prognózisa kedvezőtlen.

A kodependencia etiológiája

A kodependencia kialakulását magyarázó elméletek a szociokulturális és pszichológiai tényezők szerepét emelik ki.

Szociokulturális tényezők

Szociokulturális vonatkozásban elsőként azt a tényt kell említenünk, hogy a kodependens viszonyulás összefüggésbe hozható a női viselkedést előíró kulturális normák, szerepelvárások tartalmával. A nemi szerepek betöltését meghatározó tradicionális felfogás szerint a karrierépítés, az anyagiak biztosítása a férfi, míg a család összetartása, a társról és a gyerekekről való gondoskodás, az érzelmi kapcsolatok ápolása a nő feladata. A nőtől elvárható, hogy egyéni önmegvalósítását, párkapcsolaton vagy családon kívüli boldogulását háttérbe szorítsa, és előnyben részesítse a másokért való lemondást és áldozatvállalást. Évszázadokon át erre szocializálták a lányokat és asszonyokat, akiknek presztízsét, értékét alapvetően a másokról való gondoskodás minősége szabta meg (Buda, 1992). Egyes források – ilyen értelemben – a gondoskodó szerep hipertrófiájáról is beszélnek (Koltai, 2003).

Bár az utóbbi évtizedekben ez a szerepfelfogás sok tekintetben változott, demokratizálódott, és az együttélésen belül kiegyenlítettebb, méltányosabb szerepviszonyoknak adta át a helyét, a klasszikus képlet ma sem veszítette érvényét (Hardi, 2003). A mai felnőtt nők többnyire olyan generációk képviselői, amelyekben az anyák még a hagyományos mintát testesítették meg. Mint látjuk majd, ez az „egészséges” családoknál is észlelhető és a kodependencia kialakulását nagymértékben támogató faktor még inkább jellemző a diszfunkcionális családokra. Ez utóbbiakban az iszákos vagy agresszív férj mellett hősieken kitartó, a „gyerekekért mindent elviselő” anya példáját a tágabb környezet elismerte, sokszor valóssággal csodálta (Buda, 1992).

A szociológiai és pszichológiai irodalomban szívósan tartja magát az anyai szerepet övező misztifikáció is. Az előbb részletezett szabályrendszer értelmében, ha a nőtől elvárjuk, hogy áldozatot hozzon a szeretteiért, ez az előírás fokozottan érvényes az anyára (Badinter, 1999; Winnicott, 2004). Több szerző szerint a család

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

szerepének árnyaltabb megközelítése helyett az anyai felelősség túlhangsúlyozódik, és egyoldalú megvilágításba kerül. Ezen szemlélet szerint a társ és a gyerekek életében előforduló bajokról, betegségekről kizárólag az anyák tehetnek, akik hibákat, mulasztásokat követtek el. Nyilvánvaló, hogy az anya idealizálása és démonizálása egyaránt patológiás irányba tolhatja a reális szerepelvárásokkal és felelősségi viszonyokkal kapcsolatos gondolkodást (Hardi, 2003). Ezek a teljesíthetetlen követelmények a nőkben szorongásokat, bűntudatot keltenek. Problémák jelentkezése esetén pedig az anyára, mint „egyedüli bűnösre” tekinteni olyan normákat sugall, amelyek léte kompenzatorikus úton hozzájárulhat a kodependens magatartás rögzüléséhez (Hoyer, 2003).

Szociológiai nézőpontból tehát kijelenthetjük, hogy a kodependencia mint patológiás kategória megszületése összefügg a női szerepviselkedéssel kapcsolatos szemlélet gyökeres változásával. A függőség és az önfeláldozás, amely egészen az utóbbi évtizedekig természetes, normális, sőt kívánatos női magatartásnak tűnt, mára megkérdőjeleződött, és sok esetben betegségi tünetként értékelhető.

Más szociokulturális tényezők azonban mintha ennek ellentmondának. Úgy vélem, hogy a társfüggő viselkedés terjedéséhez hozzájárul a gyermek szülőkről, családról való leválásának megváltozott szemlélete is. Korábban ebben a szükség-szerű leválási folyamatban világosabb határok, jobban elkülönülő szakaszok rajzolódtak ki. Somlai szerint az előző generációk életében a kamaszkorból a felnőtté válásba való átmenet egymással összefüggő és visszafordíthatatlan változások együttesét jelentette. Ezek között a tanulás lezárása, a munkavállalás, az önálló egzisztencia megteremtése, a szülői házból történő elköltözés és a saját család létrehozása szerepelt. Ezek a történések alapozták meg a felnőtté válás státuszát (Somlai, 2002). Napjainkban a serdülőkor kitolódásával, a tanulási időszak meghosszabbításával párhuzamosan egyre több fiatal marad családjától egzisztenciális és érzelmi függőségben. Általánossá vált – legalábbis bizonyos társadalmi rétegekben –, hogy a jó anyagiak között élő szülők nem ösztönözik még bizonytalan gyermekeiket önállósodásra, pályaválasztásra, elköltözésre. A rendszerváltást követően megszűnt a sorkatonai szolgálat, amely régebben a fiúk esetében a szeparációt „kötelezően” előidézte. Sok fiatalnál megnyúlt a középiskolában vagy a felsőoktatásban eltöltött idő, vagy „legálissá” váltak az iskola befejezését követően otthon töltött évek. Sok fiatal kezdett el dolgozni családi vállalkozások keretében, amely az autonómiafejlődést szintén esetlegessé tette. Némi túlzással úgy fogalmazhatnánk, hogy a leválás időleges vagy részleges elmaradása, de legalábbis késleltetése normatív jelenséggé vált.

A konzultációkon ehhez a gyakran felvetődő témához szülői oldalról totális tanácsstalanság, bűntudat társul. A szülők elmondják, hogy kegyetlennek érezték volna magukat, ha felnőtt gyerekeiket nagyobb fokú autonómiára és felelősségvállalásra készítették volna. Ez a határokat nem szabó, dependenciát konzerváló szülői attitűd már a társfüggő viselkedés egyik megnyilvánulási formája.

Az ötvenes, sikeres családi vállalkozásukban tevékenykedő G. szülőknek két gyermeke van. Fiuk 30, lányuk 28 éves. Mindkét gyerek a közös vállalkozásban dolgozik. Pár éve a fiúnak és a lánynak is önálló lakást vettek a szülők, de a fiú a

mindenkori barátnőjénél, a lány a szülők házában él. „Így kényelmesebb, miért is költöznének el” – mondják. A lány szorgalmas, megbízható munkaerő, a fiú ténylegesen nem végez munkát, de mindketten havi fizetést kapnak. A fiú évek óta droghasználó, a lány nem tud párkapcsolatot teremteni. A szülők féltek és ma is félnek attól, hogy gyerekeiket leválasszák. Ismeretségi körükben gyakori ez a megoldás: a szülők és felnőtt gyerekeik egy fedél alatt élnek, a szülők eltartják a munkát nem vállaló, évről évre újabb és újabb egyetemekre felvételiző vagy a megkezdett tanulmányokat lezárni nem tudó gyereket. Abban reménykednek, hogy majd csak megkomolyodik fiuk vagy lányuk, mert ez a mostani fiatal generáció mindent később kezd.

Hasonló mozzanat említendő meg a párkapcsolatok vonatkozásában is. Wilson Schaef és Beattie szerint a kor, amelyben élünk, párkapcsolati vonatkozásban a függőségi mintát favorizálja. A szerzők úgy látják, hogy a filmek, a televízióban vetített sorozatok és a népszerű magazinok a szimbiózist, a szélsőségeket, a krízist és az azonnali intimitást a szerelem nélkülözhetetlen ismérveként tüntetik fel. Nem igazi párkapcsolat az, amelyikből hiányzik a szüntelen lobogás, a másik iránti vágy egész életet betöltő jellege és a féltékenység. További problémát érzékelnek abban is, hogy az emberekbe azt sulykolják, hogy párkapcsolat nélkül csökkent értékűek – mintha kizárólag ez adná az identitás alapját és az élet értelmét. Ez a nyomás az egyházak felől is jól észlelhető, amennyiben köreikben az a lényeges, hogy valaki házasságban éljen és maradjon, még akkor is, ha az már megromlott (Wilson Schaef, 2000; Beattie, 2008).

Szociokulturális szempontból a kodependencia tehát a párkapcsolati és szülői szerepek, valamint a kapcsolati viselkedést szabályozó normák módosulásával hozható összefüggésbe.

Pszichológiai tényezők

A társfüggőség pszichológiai megközelítésén belül a pszichodinamikus és a kognitív elméletek megállapításai egyaránt kamatoztathatók. A pszichodinamikus szemlélet alapján a kodependencia hátterében a korai traumatizációk, a szülőkkel való deficités kapcsolatok és a megzavart szelffejlődés mozzanatait helyezhetjük középpontba. A kognitív elméletekből a családi minták, a modellkövetés, a külső megerősítések és a diszfunkcionális kogníciók szerepét ismerhetjük fel.

A szakirodalomban meglehetősen egységes kép tükröződik a kodependenssé váló személy származási családjára, személyiség szerveződésére vonatkozóan (Bradshaw, 1990; Kelemen, 1991; Hemfelt és Minirth, 1997; Demetrovics, 2007). Eszerint a társfüggő diszfunkcionális családból származik, ahol leggyakrabban az egyik szülő szenvedélybeteg, ritkábban agresszív – bántalmazó, kriminális vagy más deviáns viselkedést megtestesítő – személy volt. Ez a függőség (deviancia) olyan tartósan fennálló, megváltoztathatatlanul bizonyuló tényezőt jelentett a család életében, amelyhez minden családtagnak alkalmazkodnia kellett. Ebben a hozzátartozók számára kontrollálhatatlannak tűnő, stresszteli helyzetben minden szereplő a ma-

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

ga érettségének és lehetőségeinek megfelelően törekedett a feszültségek csökkentésére, a család belső egyensúlyának megtartására. A pár másik felnőtt tagja fokozott erőfeszítésekkel próbálta pótolni a szenvedélybeteg szülőt – átvállalva annak feladatait, felelősségét. A csőd, az összeomlás elkerülése céljából a családban élő gyermek vagy gyermekek is rákényszerültek a szabályozó működés elsajátítására. Ennek következtében a gyerekek – életkoruknak, nemüknek és a testvérsorban elfoglalt helyüknek megfelelően – olyan patológiás szerepeket (Hős, Bűnbak, Elvesztett gyerek, Bohóc) vettek fel, amelyek az adott kontextusban adaptív jellegűek voltak. Ezek a szerepek a későbbiekben mintegy „rákövélték” a személyiségre, gúzsba kötötték, torzították annak fejlődését. A kívülről irányított megbetegítő helyzetben nem volt mód a belső lehetőségek kibontakoztatására, a valódi szelf összerakására és megszilárdítására (Kelemen, 2001; Komáromi, 2009).

Vizsgáljuk meg közelebbről azt a beszűkítő és kényszerűen adódó szerepkészletet, amely a gyerekek rendelkezésére álló választékot képezi ilyen esetekben.

1. A Hős szerepét betöltő gyermek heroikus teljesítményeivel (kiváló tanulás, korai munkavállalás, az alkoholista szülő életben tartása, a másik vigasztalása, testvérekről való gondoskodás, a bajok leplezése a külvilág előtt) kísérli meg a család működőképességének fenntartását. A „hős” gyakrabban lány és elsőszülött, de bármelyik testvér is lehet.
2. A Bűnbak deviáns viselkedéssel (lopás, csavargás, agresszió, drogozás, promiskuitás, szuicidium) hívja fel magára, és egyben tereli el a család és a környezet figyelmét a tényleges problémáról (alkoholizmus, agresszió). A problémás gyermeki magatartás közös fellépést indokol, ami közelebb hozza egymáshoz a konfliktusban álló szülőket.
3. Az Elvesztett gyerek a lemondás paradox eszközével él: passzív válik, befelé fordul, mintha nem is létezne. Nem igényli, ami minden gyermek fejlődéséhez nélkülözhetetlen: a szülő odafordulását, törődését, energiáját. Ezzel tehermentesíti ugyan a családi rendszert, de eleveenségét és perspektíváit is elveszti, hiszen lemond önmagáról.
4. A Bohóc kedvességével, vidámságával, aranyosságával elbűvöli, szórakoztatja családját, és a külvilág felé is megnyugtató képet ad. „Nincs velünk semmi baj, jó család vagyunk” – hirdeti kifelé és erősíti meg befelé a „bohóc” viselkedése. Ezt a szerepet sokszor a legfiatalabb gyermek tölti be, aki a szülők szemé fénye lesz.

A gyerekek igen korán ráéreznek ezekre a patológiás szereplehetőségekre, és saját alkatukkal összhangban kiválasztják a hozzájuk leginkább illeszkedő variánst, amelynek ettől kezdve tudattalanul is megfelelnek (Kelemen, 1991). A szerep hatékony betöltésének nyilvánvaló feltétele, hogy az egyén lemondjon önmagáról. A cél ettől kezdve nem lehet az, hogy valakivé váljon, meg kell elégednie azzal, hogy valaki valakijévé váljon (Koltai, 2003). A kicsi, törekeny és a szülőknél kiszolgáltatott gyerek nincs valódi választási helyzetben, amikor meghozza ezt a döntést. Életfontosságú számára az idealizált szülő fizikai és emocionális elérhetősége, a felnőtt által nyújtott biztonságélmény és narcisztikus megerősítések. Ha a szülő instabil és támogatásra szorul, a gyermek a védelmezett és „tartott” (holding) pozícióval kapcsolatos vágyait feladja, és a szülő segítségére siet. A paren-

tifikáció lényege, hogy a gyerekek – kisebb-nagyobb mértékben – szülővé kell válnia a sérült felnőtt(ek) helyett, aki nem tud kompetens szülőként megjelenni (Böszörményi-Nagy, 2001; Kelemen, 1991; Komáromi, 2009).

Ez több okból is totális akadályt jelent az egészséges személyiségfejlődés számára. Erikson rámutatott, hogy mennyire lényeges az egyes életszakaszokhoz tartozó fejlődési feladatok teljesítése (Erikson, 2002). A leírt szituációban a gyermek nem tud saját életfeladatainak (ősbizalom, autonómia, játék, tanulás, identitás-képzés stb.) megoldásán munkálkodni, így ezeken a területeken elakadások valószínűsíthetőek.

Az elszenvedett sérülések nyomán szerveződő, majd további sérüléseket okozó kodependens viselkedés a traumák közvetítésének transzgenerációs modellje révén világosan értelmezhető. Fonagy és Target elmélete szerint a főbb kötődéskapcsolatokban traumatizált személynek nincs módja a biztonságos kötődés megélésére és a megfelelő mentalizációs készség kialakítására (Fonagy és Target, 2005). Másfelől ebben a megterhelő helyzetben nevelkedve – amikor is nem a saját szelf kimunkálása áll a középpontban – a gyerek érzelmei, indulatai, vágyai nagy részének elfojtására kényszerül. Szorongását, dühét nem érezheti, mert az a megsemmisülés veszélyével járna. Ezek a belső tartalmak lehasítva, integrálatlanul élnek tovább személyiségében, amely a szilárd alapokat nélkülözni fogja (Kohut, 2001). A külső kép rendezettsége és a viselkedés felelősségteljessége egy ideig nem engedi a deficitiek felszínre kerülését, az ilyen előzményekkel bíró személy sokáig problémamentesnek tűnhet. A „hamis szelf” fenntartása azonban csak nagy pszichés energiák árán, többnyire tünetképzéssel kísérten lehetséges (Forward, 2000; Miller, 2002; Winnicott, 2004).

Ezen a ponton külön szeretnék kitérni a kodependens személy korábban felsorolt, jellegzetes emócióinak (félelmek, szégyen, bűntudat, harag) eredetére. A szülő patológiája miatt kiszámíthatatlan és kontrollálhatatlan körülmények között élő gyermek állandó félelemben, rettegésben él. Ez az összefüggés nem szorul magyarázatra. De mi a helyzet a szégyennel? Milyen szégyelnivalója lehet az áldozatnak? Ebben az életkorban a gyerek szégyelli a problémás szülőt, a többiekétől eltérő családját. Szégyelli a családjában zajló eseményeket (elhanyagolás, fizikai és szexuális abúzus, válás, elvonókúrák, kriminalitás). Szégyelli saját parentifikált voltát, ugyanakkor családjával kapcsolatos elhatárolódó, kritikus, ellenséges megnyilvánulásait is. Egész életét szégyen hatja át, amit titkolnia kell, mert maga a szégyen is nehezen vállalható állapot. A szégyen elnémít, megbénít, másoktól izolál (Ajkey, 1999). A tartósan fennálló szégyenélmény internalizálódik, és az identitásmaggá válik. A belsővé tett szégyen következtében a gyermek értéktelenné, haszontalanná éli meg magát (Kelemen, 1991; Bradshaw, 1990). Jellemzően önmagát hibáztatja a felnőttek bajaiért, úgy hiheti, hogy az ő „rosszasága” miatt iszik, dühöng az apja, veszekszik az anyja, és sírnak a testvérei. Folyton aggódnia kell, hogy megbüntetik, elhagyják. Bűntudat gyötri, hogy valamit jóvátehetetlenül elrontott. Mindenáron ki kell javítania a hibát, el kell hárítania a fenyegető katasztrófát, azaz napról napra gondoskodó és kontrolláló viselkedéssel biztosítható csak a túlélés. A túlélésre koncentrálnak a kodependens egybefolyik másokkal, képtelen elhatárolódni azok problémáitól, érzéseitől, szándékaitól. A megmentő

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

viselkedés válik önbecsülése alapjává, így a továbbiakban is ki lesz szolgáltatva mások állapotának, törekvéseinek és elvárásainak.

A kognitív és pszichodinamikus felfogást ötvöző Young szerint – akinek elméletét érdemi terápiás vonatkozásai miatt részletesebben bemutatom – a krónikus személyiségproblémákért a korai maladaptív sémák működése tehető felelőssé. Ezek a sémák a gyermek- és serdülőkorban létrejövő, tartósan fennálló, önsorsrontó mintázatok, amelyek emlékekből, érzelmekből, kogníciókból és testi érzésekből állnak. A sémák az egyén önmagára és a másokkal való kapcsolódására vonatkozó tapasztalatait sűrítik magukba. A maladaptív sémák kialakulásához vezető korai élmények: a szükségletek toxikus be nem töltése; a traumatizáció vagy viktimizáció; az a helyzet, amikor a gyerek túl sokat kap valamiből, ami mértékkel hasznos és egészséges lenne; végül a jelentős személyekkel szembeni szelektív internalizáció vagy identifikáció. Ezek a károsító helyzetek egy belsőleg meghatározott tényezővel, az érzelmi temperamentummal kölcsönhatásban hozzák létre a sémákat. A sémák – keletkezésük idején – az adaptációt szolgálták, de a későbbiekben diszfunkcionális jelleget nyertek. A Young által leírt 5 tartományba sorolt, 18 séma közül a kodependens viselkedéssel csaknem valamennyi összefüggésbe hozható. Az alábbiakban bemutatom a téma szempontjából releváns sémákat (Young, 2003):

I. tartomány: Elszakítottság és elutasítás

- Elhagyatottság/Instabilitás

A támogatást vagy kötődést biztosító személyeket az egyén instabilnak, megbízhatatlannak érzi.

- Bizalmatlanság/Abúzus

Az egyén hiedelme, hogy a többiek bántják, abuzálják, megalázzák, hazudnak neki, manipulálják vagy kihasználják. Az okozott sérelmek szándékosság vagy közönyösség következményei.

- Érzelmi depriváció/Érzelemmegvonás

Annak megelőzése, hogy az egyén gondoskodás, empátia és védelem utáni vágyát mások nem fogják kielégíteni. A személyének szóló figyelem, melegség, megértés, a kitarulkozás lehetőségének nélkülözése; az irányítás, a másoktól kapott tanács hiánya.

- Csökkentértékűség/Szégyen

Az egyén rossznak, tökéletlennek, csúnyának, ügyetlennek, másokhoz képest értéktelennek, szeretetre érdemtelennek véli magát. Féltékenység, kritikával szembeni fokozott érzékenység, szégyenérzet.

- Társas izoláció/Elidegenedettség

Az egyén elszigeteltnek, másoktól különbözőnek érzi magát. A családon kívüli nagyobb világba való beilleszkedés képtelensége.

II. tartomány: Károsodott autonómia és teljesítőképesség

- Dependencia/Inkompetencia

Az egyén hiedelme, hogy mindennapi feladatait nem tudja megoldani mások jelentős segítsége nélkül. Gyámoltalanság, félelem a döntéshozataltól.

- Sérülékenység/Veszélyeztetettség

Az egyén túlzott félelme egy küszöbön álló, bármelyik pillanatban bekövetkező katasztrófára (testi, érzelmi, külső) vonatkozóan.

- **Összeolvadtság/Éretlenség**

Túlzott érzelmi bevonódás és közelség egy vagy több jelentős személlyel való viszonyban, amely gátolja az egyéni identitás és szociális kapcsolatok egészséges fejlődését. Félelem attól, hogy a vele összefonódott másik nem bírná ki, vagy nem lenne boldog enélkül.

- **Kudarca ítéltéség**

Annak hiedelme, hogy az egyén kudarcot vallott vagy kudarcra van ítélve a különböző teljesítmények területén. Másokhoz képest butának, alkalmatlannak, tehetetlennek érzi magát.

III. tartomány: Nem megfelelő határok

- **Feljogosítottság/Grandiozitás**

Az egyén hiedelme, hogy a többiekhez képest felsőbbrendű, különleges jogokkal és privilégiumokkal van felruházva. Törekvés a hatalomra, a kontrollra, mások magatartásának saját vágyai szerinti irányítására. A „Feljogosítottság” egy másik séma, az „Érzelmi depriváció” túlkompensációjaként is előállhat.

- **Elégtelen önkontroll/önfegyelem**

Az egyén számára nehéz vagy lehetetlen érzelmeinek és késztetéseinek kontrollja. Enyhébb formában: túlzott igyekezet a diszkomfortérzés (fájdalom, konfliktus, felelősség vagy túlterhelés) elkerülésére, amely a személyes kiteljesedés vagy integritás rovására megy.

IV. tartomány: Kóros másokra irányultság

- **Behódolás**

A kontroll fokozott mértékű átadása másoknak, hogy azok haragját, bosszúját, elhagyását elkerülje. Saját preferenciáinak, vágyainak és érzelmeinek (harag) elnyomása. Passzív-agresszív magatartás, kontrollálatlan dühkitörések, fizikai tünetek, „acting out”-ok, kémiai szerhasználat.

- **Önfeláldozás**

Az egyén túlzott törekvése arra, hogy mások igényeit önként kiszolgálja. Görcsös igyekezet, nehogy másoknak fájdalmat okozzon, nehogy önző legyen, vagy hogy mindenáron fenntartsa a rászoruló másikkal való kapcsolatot. Mások fájdalma iránti fokozott érzékenység, ugyanakkor velük kapcsolatosan megjelenő harag a saját szükségletek elnyomása miatt. Átfedésben van a kodependenciával.

- **Elismerés-hajszolás**

Az egyén fokozott hangsúlyt helyez mások jóváhagyására, figyelmére, elismerésére vagy csodálatára, amely a stabil és igazi éntudat, önértékelés kialakulását gátolja. Az önértékelés a külső reakcióktól függ, az elutasítással szembeni érzékenység kifejezett.

V. tartomány: Aggályosság és gátlás

- **Negativizmus/Pesszimizmus**

Az egyén tartósan az élet negatív aspektusaira (fájdalom, halál, csalódottság, konfliktus, bűntudat, rosszallás, megoldatlanságok, hibák, elhagyatás, tönkremenés) fókuszál, a pozitív, optimista lehetőségek minimalizálásával. A hibázástól, az összeomlástól, a veszteségtől vagy a megalázottságtól való irreális mértékű félelem, krónikus aggodalmaskodás, panaszkodás.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

- Érzelmi gátoltság

A spontaneitás legátlása, a másoknak való megfelelés és a szégyenérzet elkerülése érdekében. Kitüntetett területei: harag és agresszió gátlása, pozitív impulzusok (öröm, gyengédség, szexuális izgalom, játék) gátlása, saját érzések, igények kifejezésének gátlása, sérülékenység kifejezésének elkerülése.

- Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság

Az egyénnek nagyon magas, internalizált mércéknek kell megfelelnie a viselkedés és a teljesítmények területén. Perfekcionizmus, saját teljesítmény alábecslése, merev szabályok és „kell” állítások az élet különböző területein, az idővel és a hatékonysággal való állandó foglalkozás. Lazításra, öröme, egészséges önbecsülésre való képtelenség, az egészség és a kapcsolatok elhanyagolása.

- Büntető készenlét

Annak hiedelme, hogy a hibákat elkövető vagy a mércéknek nem megfelelő személyeket – beleértve önmagát is – keményen meg kell büntetni. Az enyhítő körülmények, a másik érzéseinek tekintetbe nem vétele (Young, 2003).

Az élet folyamán az egyéni sémák – érzések, gondolatok, viselkedés és események hatására – megerősödhetnek vagy meggyógyulhatnak. A sémák megszilárdításában kognitív torzítások, önsorsrontó viselkedésminták és maladaptív megküzdések játszanak szerepet. Ilyen lehet például a sémát megerősítő információ jelentőségének eltúlzása vagy a séma kiváltására alkalmas helyzetek, kapcsolatok választása. A gyógyuláshoz a séma tudatosítására és korrigálására van szükség. Young szerint a problémás viselkedés nem a séma, hanem a sémával való megküzdés része. A szerző három maladaptív megküzdési stílust feltételez, ezek a séma elfogadása, elkerülése vagy túlkompenzálása. Az elfogadó személy nem harcol a sémával, hanem enged neki, és ismétli a séma által vezérelt mintázatokat. Ez történik akkor, amikor az alkoholista szülő gyermeke maga is alkoholistával köt házasságot. Az elkerülő egyén igyekszik úgy alakítani az életét, hogy elkerülje a séma aktiválódását. Ezt megteheti például az intimitás hátrítása, a kihívások elkerülése vagy kémiai szerhasználat, kényszeres evés, munka, szexualitás segítségével. A túlkompenzáló személy úgy működik, mintha a séma ellenkezője lenne igaz. Ha gyermekkorban mások visszaéltek vele, most ő fog visszaélni másokkal, ha csökkentértékűnek érezte magát, mindent meg fog tenni, hogy tökéletesnek tűnjön. Young úgy véli, hogy a maladaptív megküzdések a séma megváltoztatása helyett annak megerősödését idézik elő (Young, 2003; Salkovskis, 2005).

Vizsgálódásunk tárgya, a társfüggőség tehát felfogható úgy, mint a korai sémákkal való maladaptív megküzdés egy formája, amely fennállásának ideje alatt újra és újra megerősíti magát a diszfunkcionális alapsémát. Az 1. táblázat néhány korai sémára adott kodependens megküzdési választ szemléltet.

A kodependencia

1. táblázat. Korai sémák, megküzdés és kodependencia. Young publikációjának (2003) felhasználásával összeállította a szerző

Korai maladaptív séma	Kodependens válasz	A megküzdés típusa
Elhagyatottság/Instabilitás	Elköteleződésre nem képes partnert választ, és kitart mellette.	Sémaelfogadás
	Állandó együttlétet igényel partnerétől, a legkisebb szeparációt sem viseli el.	Séma-túlkompenzálás
Bizalmatlanság/Abúzus	Bántalmazó partnert választ, elnézi, elviseli az abuzív magatartást.	Sémaelfogadás
	Nem bízik meg senkiben, titkai vannak, sebezhetőségét elrejt.	Sémaelkerülés
Érzelmi depriváció/ Érzelemmegvonás	Érzelmileg nem elérhető partnert választ, és kitart mellette.	Sémaelfogadás
	Partnerével, barátaival érzelmileg követelőző.	Séma-túlkompenzálás
Csökkentértékűség/Szégyen	Kerüli a gondolatok és érzések őszinte kifejezését, elhárítja mások közelségét.	Sémaelkerülés
	Kritikus és elutasító társakat választ, alulértékeli önmagát.	Sémaelfogadás
Dependencia/ Inkompetencia	Annyira önállóvá válik, hogy soha senkitől nem kér semmit.	Séma-túlkompenzálás
Kudarca ítélttség	Erőn felül teljesít, hajszolja magát.	Séma-túlkompenzálás
	Kerüli a munkájával járó kihívásokat, halogatja feladatait.	Sémaelkerülés
Összeolvadtság/Éretlenség	Mindent elmond az anyjának, még felnőttkorában is. Partnerén keresztül éli az életét.	Sémaelfogadás
Elégtelen önkontroll/ önfegyelem	Túlzott önkontrollra vagy önfegyelemre törekszik.	Séma-túlkompenzálás
	Nem vállal munkát, felelősséget.	Sémaelkerülés
Önfeláldozás	Sokat ad másoknak, és semmit nem vár cserébe.	Sémaelfogadás

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Korai maladaptív séma	Kodependens válasz	A megküzdés típusa
Elismerés-hajszolás	Sokat tesz mások elismerésének megszerzése érdekében.	Sémaelfogadás
Érzelmi gátoltság	Kerüli az érzések kifejezését, másokkal való megosztását.	Sémaelkerülés
Könyörtelen mércék/ Hiperkritikusság	Nagy erőfeszítéssel próbál tökéletes lenni.	Sémaelfogadás
Büntető készenlét	Hibák esetén büntetést követel, könyörtelen önmagával és másokkal szemben.	Sémaelfogadás
	Túlzottan elnéző másokkal szemben.	Séma-túlkompenzálás

A kodependencia kialakulásának „tisztán” kognitív megközelítése szintén hasznos kiegészítő szempontokat adhat a jelenség megértéséhez.

A kognitív szemlélet alapján a társfüggőség hibás tanult viselkedésként definiálható. A tanulás egyik lehetséges formája az utánzások vagy modelltanulás, amely a gyermek szocializációjában kitüntetett szereppel bír. A mintakövető viselkedés megjelenésének valószínűsége annál nagyobb, minél hosszabb időn át érvényesül az addiktív minta és minél jelentősebb érzelmileg a modellszemély. A tanulás a megerősítések rendszerén alapul. A pozitív megerősítések az adott viselkedéshez kötődő jutalmakat, a negatív megerősítések a viselkedésnek köszönhetően elkerülhető büntetéseket jelentik (Mórotz és Perczel Forintos, 2006).

A társfüggőség szempontjából a családban a szenvedélybeteg (deviáns) szülőhöz kodependens módon kapcsolódó másik személy jelenti a tartósan érvényesülő patogén mintát. Az irodalomból jól ismert tény, hogy alkoholisták szülői gyermekei felnőttkorban gyakrabban válnak kodependensekké (Bradshaw, 1990; Valleur és Matysiak, 2006; Beattie, 2008). A kodependens magatartás elsajátításának folyamatában mind a pozitív, mind a negatív megerősítők könnyen beazonosíthatók. Pozitív megerősítő tényezőknek tekinthetők az önbecsülés erősödése, az énhatékonyság megélése, a külső elismerés és az intrafamiális helyzet javulása. Negatív megerősítőként szerepelhetnek a szorongás, a depresszió és az ürességérzés csökkenése, az intimitás elkerülése vagy a családon belüli katasztrófák bekövetkeztének megakadályozása.

A kodependencia mint tünet létrejöttét a tanulmány első részében ismertetett kognitív torzulások, diszfunkcionális feltevések, attitűdök is elősegíthetik. Ezek részben kulturális hatások (médiák), részben saját életélmények nyomán alakulnak ki. Ezek a gondolatok és attitűdök a valóságot egyoldalúan, a negatív aspektusokra fókuszálva tükrözik. A kognitív elméletek szerint a gondolkodási hibák a viselkedés torzulásához, esetünkben a társfüggő magatartás rögzüléséhez vezetnek.

Hozzá kell tennünk, hogy diszfunkcionális családi környezetben nevelkedett gyerekeknél ezek a kogníciók eredetileg a realitást tételezték (Mórotz és Perczel

Forintos, 2006). Például annak a kislánynak, aki agresszív apja és a bántalmazott anyja kapcsolatában permanens krízishelyzetet, szélsőséges emocionális reakciókat tapasztalt meg, annak számára kézenfekvő feltevés, hogy nem létezik szerelem drámai indulatok és szenvedélyek, vad összecsapások és édes kibékülések nélkül. Ez volt számára a „normális”, és kényszerűen ehhez alkalmazkodott. Két ember összetartozásáról ezt a képet interiorizálta, és később olyan partnert keresett, akivel ezt a mintát realizálni lehetett. A gyermekkorban még adaptívnek értékelhető viszonyulás tehát később, a saját választás és a kötődés realizációja során már patológiásnak minősül.

Mitől függ a kodependencia prognózisa? Hogyan alakul a későbbiekben a kodependens személy életpályája? Hogyan hathat a múlt párválasztására, illetve saját gyermekével kialakított kapcsolatára? A tanulmány következő részében ezzel kapcsolatos ismereteinket, tapasztalatainkat foglalom össze. Az általános tünetek korábbi leírását követően a továbbiakban csak a specifikumokat emelem ki.

A gyermeki kodependens viselkedés

A társfüggőség etiológiáját bemutató fejezetben részletesen írtam arról, hogy miért és hogyan szolgálja a gyermeki kodependens viselkedés a család belső egyensúlyának megőrzését. Később kitértem arra is, hogy milyen minták, modellhatások, megerősítések befolyásolhatják a társfüggőség mint tanult magatartás elsajátítását.

A kodependens viselkedésre kényszerült gyermek már korán pszichopatológiai tüneteket produkálhat. A szorongásosság, a félelmek, a depresszió, az elégtelen figyelemkoncentráció és a teljesítményzavarok általános jellemzők (Oravec, 2001), ezeket a felvett diszfunkcionális szerepeknek megfelelő jegyek egészíthetik ki. A koraérett Hős görcsös teljesítményigénnyel, alvászavarral és fizikai panaszokkal küzdhet. A Bűnbak normasértő viselkedése óvodai vagy iskolai magatartási problémában, bukásban, agresszióban, később kémiai szerfogyasztásban vagy kisebb bűncselekmény elkövetésében ölthet testet. Az Elveszett gyermek félénk, gátolt, fantáziavilágába húzódik vissza, önbizalomhiánnyal küzd, csoportjában szociálisan izolált. A tetszésre és a környezete szórakoztatására törekvő Bohóc magatartása infantilis (Kelemen, 2001; Hemfelt és Minirth, 1997).

Kötődélméleti vonatkozásban lényeges utalnunk arra, hogy a szenvedélybeteg családjában élő gyermek számára nem adottak a biztonságos kötődés kialakításához szükséges feltételek. Ehhez mindenekelőtt a személyes szükségleteire érzékeny, őt megnyugtató tudó és akaró felnőttek hiányoznak. Így a kötődés terén szerzett élményei nagy valószínűséggel a bizonytalan kötődés valamelyik variánsát alapozzák meg. A korai kötődési tapasztalatokból létrejövő ún. belső munkamodellek esetünkben későbbi patológiás kapcsolódását valószínűsíthetik (Fonagy és Target, 2005).

Woititz az alkoholbetegek felnőtt gyermekeinek problémáival foglalkozó ismert könyvében hangsúlyozza, hogy a diszfunkcionális család működése kaotikus, előre bejósolhatatlan, ezért a gyerek(ek) szabályozó, kontrolláló viselkedése

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

elkerülhetetlen. Ez a gyerek soha nem lát mást közlő, mint ami a saját családjában zajlik, így sokáig ezt hiheti normálisnak, a normálisról meg nincs használható ismerete (Woititz, 2002).

Tapasztalataim szerint a gyermek- és serdülőkorban kialakult kodependens viszonyulás, az ekkor körvonalazódó patológiás szerepek még nem jelentik azt, hogy az egészséges fejlődés útja végleg blokkolódott. Az életkor, a „kodependensként” eltöltött idő hossza, a családon kívüli kapcsolatok minősége, az önbecsülést erősítő egyéb faktorok (iskola, sport) meghatározó különbségeket jelenthetnek. A továbbiakban sok olyan eseményt, fordulatot (szülő felépülése, szülők válása, újjáalakult család, gyermek- és családterápia) hozhat az élet, amely korrekciós lehetőségeket biztosít. Az esetek egy részében a kodependens magatartás – meg erősítések hiányában – fokozatosan kioldódhat. A traumatizáló helyzet és a meg erősítők tartós fennállása esetén azonban a személyiségbe épül, és az identitás alapjává válhat. Ezért szükségszerűen más kapcsolatokban is meg kell jelennie.

K. 19 éves, érettségi előtt álló lány. Anyja gyermekkorától alkoholista, szülei jelenleg külön élnek, válófélben vannak. Ő először anyjánál élt, de nagyon kiborult, így most bérelt lakásban, apjával lakik. Apját is megviselte az elmúlt évek sok izgalma és megrázkódtatása: lehangolt, antidepresszánt szed, hogy el tudja látni biztonsági őrként végzett munkáját. Az anya egyedül maradt eredeti otthonukban, nem akarja kezelteni magát. K. folyamatosan retteg, hogy az italozó szülő nehogy balesetet szenvedjen vagy öngyilkos legyen. A depresszió miatt korábban hospitalizált apa állapota sem megnyugtató a számára. K. tanulmányi eredménye kiváló, egyetemre készül, gyermekpszichológus szeretne lenni. Érettségi előtt áll, de nehezen tud a tanulásra koncentrálni, alvászavara van. Két fűkapcsolata volt eddig, mindkettő csalódást hozott a számára: az egyik fiúról kiderült, hogy drogos, a másik meg erőszakkal akarta szexuális együttlétre kényszeríteni. Közeli barátnői szintén elvált szülők gyermekei, akik családjában mindenhol alkoholista is van. K. sajnálja, hogy nincs egy kisebb testvére, mert akkor legalább lenne valakije.

A problémában személyesen érintett Woititz azt állítja, hogy „szenvedélybeteg szülő gyerekének lenni” olyan indulást jelent, amelynek kóros következményeit az egyén egész további életútja során cipelni kénytelen. A szerző a következőképpen ír erről:

1. „Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei találgatják, hogy mi a normális.
2. Az alkoholbetegek gyerekei nehezen visznek véghez egy tervet elejétől a végéig.
3. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei akkor is hazudnak, amikor ugyanolyan könnyű lenne igazat mondani.
4. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei kíméletlenül ítélik meg magukat.
5. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei nehezen szórakoznak.
6. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei nagyon komolyan veszik önmagukat.
7. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei nehézségekkel küszködnek a bensőséges kapcsolatok terén.
8. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei túlzott mértékben reagálnak olyan változásokra, amelyeket nem tudnak irányítani.

9. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei állandóan elismerésre és megerősítésre vadásznak.
10. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei általában úgy érzik, hogy mások, mint a többi ember.
11. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei vagy nagyon felelősségteljesek vagy nagyon felelőtlenek.
12. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei rendkívül hűségesek még akkor is, ha szembesülnek annak bizonyítékával, hogy hűségüket nem érdemlik meg.
13. Az alkoholbetegek felnőtt gyerekei impulzívok. Hajlamosak anélkül cselekedni, hogy komolyan megfontolnának más viselkedésformákat vagy a lehetséges következményeket. Ez az impulzív viselkedés zavarodottsághoz, önutálatához és a környezetük felett gyakorolt irányítás elvesztéséhez vezet. Ennek eredményeként több energiát használnak fel a zűrzavar megszüntetéséhez, mintha először megfontolták volna a választási lehetőségeket és a következményeket” (Woititz, 2002).

Kodependencia a párkapcsolatban

A gyermek- és serdülőkori társfüggőség bemutatása után vizsgáljuk tovább a jelenséget párkapcsolati térben.

Addiktív és intim kapcsolódás

A kodependenciát az addiktív párkapcsolat egyik lehetséges változatának tekintjük, amelyben tehát egy szenvedélybeteg vagy deviáns partnerrel való tartós, elidegenítő kapcsolatról van szó. A leggyakoribb felállásban a társfüggő fél nő, de fordított szereposztás is előfordulhat. Így ismerünk alkoholista vagy bántalmazó nővel élő kodependens férfiakat is. Megjegyezzük, hogy a szakirodalomban az addiktív párkapcsolat szélesebb kategória, amely a társfüggőség mellett egyéb mintázatokat, pl. a szexuális addikciókat és az ún. romantikafüggőséget is magában foglalja (Wilson Schaef, 2000; Valleur, 2006).

A szociológus Giddens az addiktív és az intim kapcsolódást az alábbi jellemzőik mentén különbözteti meg (Giddens, 1998):

Giddens az addiktív kapcsolódásban tehát a szükséglet-kielégítésre irányuló intenzív, sürgető késztetést, a hatalmi viszonyok kiegyensúlyozatlanságát, a manipulatív jelleget, a realitás elhárítását, ezáltal a valódi közelség elkerülését látja meghatározónak (Giddens, 1998; Hoyer, 2003).

Hatalom

A hatalmi tényező jelentőségét más szerzők is kiemelik. Megfigyelések szerint a szenvedélybeteg családokban a nemi szerepek nagyon merevek, a hatalmi különbségek szélsőségesek (Sárai, 2002). A dependens-kodependens párkapcsolatban

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

2. táblázat. Az addiktív és intim párkapcsolatok jellemzői (Hoyer, 2003 nyomán)

Addiktív párkapcsolat	Intim párkapcsolat
a szeretés szenvedélye	énfejlesztés
azonnali kielégülés	hosszú távú elköteleződés
a partner szexuális kapcsolatra készítése	a választás szabadsága
hatalmi egyensúlytalanság	kiegyensúlyozott hatalom, kölcsönösség
a hatalom a fontos	a kompromisszum a fontos
a konfliktusok megbeszélése, elemzése elmarad	vágyaik, érzéseik megosztása, kölcsönös egyeztetés
manipuláció	egyenesség
a bizalom hiánya	bizalom
a szükségletek azonnali kielégítése a fontos, nem a partner személye	a konfliktusok, válságok individuális megoldása, a partner személye fontos
a kellemetlen elkerülése, kizárása; csak a jó	az élet és a kapcsolat minden velejárójának felvállalása
merev, statikus állapot fenntartása	rugalmasság, a változások optimális kezelése
konfliktusok elhárítása, hasadás	szerető aggodalom, felelősségvállalás
egyszerre szenvedély és félelem a kudarcról, a veszteségtől	a szexualitás közelségből, gyengédségből ered
önmaga vagy a másik hibáztatása a problémák miatt	közös problémamegoldás

a tünet(ek) a nagyobb hatalomért folytatott harc eszközeivé válnak. A kodependens fél ragaszkodik a kapcsolat kontrolljához, mert csak így érzi magát biztonságban. A másik fél pedig ivás, drogozás, szerencsejáték, agresszivitás, addiktív szexualitás segítségével próbálja kompetensnek, erősnek, szerethetőnek érezni magát. Deviáns viselkedésével kicsúszik az irányítás alól, de ezzel egyben bizonyítja is a külső szabályozás indokoltságát. A felek kölcsönösen egymásra utaltak. Fügőnek és a kodependensnek egyaránt azért van szüksége a beteg másikra, mert annak patológiája lehetőséget ad neki arra, hogy saját tüneteit egyensúlyban tartsa (Kelemen, 2001; Koltai, 2003; Dávid, 2006).

Rengeteg adat utal arra, hogy a társfüggő személy azon túl, hogy bennragad egy számára egyre elviselhetlenebbé váló szituációban, tudattalanul sok mindent tesz is annak fenntartásáért. Ezt feltételezte már a kodependencia leírását megelőzően felállított, „az alkoholista felesége” koncepció is. Fügőök családjából származó pácienseink betegségétörténetének valóban visszatérő motívuma, hogy a

kezdetben nem ivó vagy szociális ivó partner súlyos alkoholproblémát fejleszt ki a velük való együttélés során. (Nem gondolhatjuk persze, hogy ennek kizárólagos oka a társfüggő személyiségében keresendő.) Az is jól feltárható, hogy a kodependens szereplő hogyan korlátoz, frusztrál, büntet, szélsőséges esetekben hogyan „kasztrálja” társát, akit a férfiszerep után az apai szerepből is kiszorít. Különös élességgel jelenik meg ugyanez, amikor a felépülőben lévő szenvedélybeteg változni próbál, és erőfeszítéseket tesz absztinenciája megőrzésére, párkapcsolatának helyrehozatalára. Ilyenkor a pozitív változások a hatalmi viszonyokban is elmozdulást eredményeznek, a gyógyulófélben lévő, az identitásfejlődésében újrainduló társ megnövekedett ereje, önállósága a kodependens személyben félelmet ébreszt. A társfüggő fél nem érdekelt a másik fejlődésében, mert az hatalmának csökkenését vonja maga után.

A 39 éves, kétgyermekes irodai alkalmazott E. hozzátartozóként fordult hozzám. Egy nála jóval fiatalabb férfivel él házasságban már 15 éve, akiről váratlanul kiderült, hogy évek óta füvezik. A férj egy ideje nem is dolgozik, állítólag keres munkát, de nem talál. Mindent neki, a feleségnek kell elintézni és kézben tartani, ez mindig is így volt, elege van az egészségből. Megfenyegette a férjét, hogy ha nem kezelteti magát, akkor ő válást kezdeményez. Valamivel később a férj is jelentkezett ambulanciánkon, és segítséget kért családi helyzete rendezéséhez. Kezdetben a párkonzultáció nem volt lehetséges, mert mindketten ragaszkodtak ahhoz, hogy problémáikkal egyéni beszélgetések keretében foglalkozunk. A férfi segítőkapszolatot alakított ki egy kollégámmal, és a konzultációban célul tűzte ki a marihuánahasználat abbahagyását. E. ennek nagyon örült, és egy idő múlva a hozzátartozói konzultáción kedvező változásokról számolt be: társa füvezése megszűnt, ivása is kezdett normalizálódni, sikerült munkát találnia, és gyerekeik iránt is nagyobb érdeklődést mutat. A várva-várt házastársi béke mégsem következett be. E. nem méltányolva a partner által elért biztató eredményeket, hirtelenül azt várta el a nála fiatalabb, addig felelősséget egyáltalán nem vállaló férfitől, hogy egyszerre mindenben tökéletes legyen. Továbbra is úgy beszélt róla, mint a gyerekéről, akivel folyamatosan elégedetlen. Állandóan kritizálta, ellenőrizte és mindenben hibát talált. Ezzel egy időben felerősödtek vágyai, fantáziái egy nála idősebb, nős férfival kapcsolatban, akivel az előzőekben szerelmi viszonya volt. A viszonyoknak – házasságaikra való tekintettel – kölcsönösen vetettek véget, és idővel E. úgy vélte, hogy ez volt a jó megoldás. A férj elvonása idején – amikor is a fantáziák képeiben újra megjelent egy egyenrangúbb kapcsolat lehetősége – a feleség kezdte a gyógyulás útjára lépett férjét kisfiúnak látni, és teljesen elbizonytalanodott érzéseiben, hogy akar-e vele élni a továbbiakban. Az absztinencia megtartásáért küzdő férfit hétvégenként közös italozásba „csábította”, és ezen túl is magatartásával mintha provokálta volna annak visszaesését. A kodependens E.-ben tudattalan félelmeket ébreszthetett az addig neki alárendelt, gyenge férj állapotának javulása. Neki inkább egy tehetetlen és éretlen partnerre és szülőtársra volt szüksége, aki mellett biztonságban lehet. Saját élettörténetében meg is találtuk ennek lehetséges magyarázatát. Kiskamaszkorában apja elhagyta anyját (és a pácienszt) egy nála jóval fiatalabb nőért, amibe az édesany-

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

ja évekre belerokkant. A páciens erről az eseményről annyi év múltán is könnyezve beszélt. A jelenben a szimmetrikus és jobb kapcsolat lehetősége – akár férje gyógyulásának köszönhetően, akár másik társsal – nem nyújtott volna neki biztonságot, így olyan manőverekre ösztönözte, amelyek hozzájárulhattak férje visszaeséséhez.

Mindennek magyarázatát persze, ami ilyenkor történik, hiba lenne csak a hatalmi tényező szerepére redukálni. Legalább ennyire fontos tudattalan motivációt jelenthet az intimitással kapcsolatos szorongások felerősödése is.

Intimitás

A párkapcsolatban a hatalomért folytatott küzdelem nem hagy teret az intimitásnak. A tranzakcionális megközelítés játzmaelméletének leírása kapcsán a bevezetőben kiemeltük, hogy Berne szerint az Alkoholista-játzma szereplőinek közös nyeresége a kapcsolat megőrzése mellett az intimitás kockázatának elkerülése (Berne, 1984). A szakemberek egyetértenek abban, hogy az egészséges intimitás hiánya a kodependens kapcsolódás legfőbb jellemzője (Whietfield, 1997; Hemfelt és Minirth, 1997; Beattie, 2008). Wilson Schaef úgy fogalmaz, és ismert könyvének is ezt a címet adta, hogy a függőség ilyen vonatkozásban nem más, mint menekülés a meghittség elől (Wilson Schaef, 2000).

Az intimitás megélésére csak kellően stabil identitással és ép pszichológiai határokkal rendelkező személy képes. Ellenkező esetben bár megjelenik az intimitásra való vágy, az ezzel kapcsolatos félelem erősebbnek bizonyulhat. Urbán az intimitással összefüggő félelmet a következő aspektusokra bontja:

- félelem a feloldódástól, önmaga elvesztésétől;
- félelem az önmegmutatástól;
- félelem a megtámadástól;
- félelem az elhagyástól;
- félelem a saját agresszív érzésektől (Urbán, 1994).

A kodependens egyén élet- és kapcsolati történetét megismerve könnyű belátni, hogy az intimitással összefüggő szorongásában a felsorolt összetevők mindegyike jelen lehet, hiszen ténylegesen átélt ilyen tartalmú korai traumatizációt (megtámadás, elhagyás, megszégyenítés), és ennek feldolgozására a későbbiekben sem volt lehetőség (Komáromi, 2009). Az intimitás elsődleges feltétele, a saját érzésekkel, vágyakkal, problémákkal szembeni nyílt, elfogadó viszony tehát nem áll rendelkezésre. Választottja, a szenvedélybeteg szintén sérült intimitással jellemezhető személy. Kettejüknek tehát ilyen értelemben is szüksége van egymásra, mert egészséges meghittsége képes partnerrel hosszabb távon nem tudnának kontaktusban maradni. Egymással való kapcsolatukban egyfajta torzult intimitás megélésére mégis nyílik lehetőség.

M. 30-as értelmiségi nő, párkapcsolati nehézségek miatt kezdett pszichoterápiát. Nem szenvedélybeteg szülők gyermeke, de mindkét szülője személyiségzavarban

szenvedett. Narcisztikus anyjával való kapcsolata távoli maradt, kislányként gyötrelmet jelentett számára az anya hidegsége, örökös számon kérő és őt mindig elmarasztaló magatartása. Munkája miatt távol lévő apjára vonatkozóan fel tudott idézni kellemes emlékeket. Több éven át kodependens viszonyban élt egy nála fiatalabb munkaalkoholista férjével, aki mellett értéktelennek és elhanyagoltnak érezte magát. Partnere hosszabb időn át interneten erotikus levelezést folytatott egy másik nővel. M. nagyon nehezen tudta lezárni azt a kapcsolatot. Most tele van bizonytalansággal és félelemmel, hosszabb ideje nincs párkapcsolata. Rossz az egyedüllét, de fél is egy új kötődéstől. „...Csak azt tudom, hogy rossz volt, amíg otthon éltem. A barátommal sem voltunk igazán közel egymáshoz, de akkor ez nem tűnt fel nekem. De mást nem ismerek, nem tudom, hogyan kell más-hogy csinálni. Nem is tudom elképzelni, hogyan fogom ezt megtudni. Mi az, hogy gyengédség? Mit kell olyankor érezni?”

Társfüggők kapcsolataiban az intimitás-problémának jól megfogható jelei vannak. Ilyenek az együttélés során – bármely fél sérelmére – bekövetkezett fizikai bántalmazás, szexuális erőszak vagy a szexuális viselkedés terén tartósan fennálló tünet (aszexualitás, hipó- vagy hiperszexualitás, szexualitás addiktív jellege, averzió, frigiditás, anorgazmia). Nem ritka, hogy az együtt élő partnereknek hosszabb ideje nincs egymással szexuális kapcsolata, ugyanakkor külső alkalmi szexuális partner jelen lehet a képben. Ezekben az esetekben a szexualitás lehasítódik a kapcsolat egészéről. Ilyenkor vagy úgy viszonyulnak hozzá, mintha nem is létezne, vagy a szexualitással összefüggő szükségleteiket más partnerrel való együttlétben, személytelen módon (pornó, internet) vagy maszturbáció útján elégítik ki. Gyakran a megvalósuló szexualitás manipulációkkal átszótt, a kontroll eszközévé válik (Kun és Demetrovics, 2010). Az intimitás zavarát jelzi, hogy a kapcsolatban élők nem szoktak beszélgetni, kerülik a személyességet, nem bíznak egymásban, titkolóznak egymás előtt, vagy nem mutatnak érdeklődést a másik fél személyes világa iránt. A kodependens nők az intimitást mindig a másiktól várják. Úgy érzik, hogy a másiktól hiányzik valami, ami akadályt képez, de ha a partner változna, akkor minden rendeződhetne (Hoyer, 2006).

A. és férje serdülő lányuk droghasználata miatt kérnek segítséget. A szülői konzultáción kiderül, hogy másik két gyermekük is mutat különböző tüneteket. Elbeszélésük nyomán jól kirajzolódnak a fentebb ismertetett patológiás gyermeki szerepek: a túlteljesítő Hős, a drogozó Bűnbak és a cicás legkisebb Bohóc figurája. Megküzdve a két felnőtt közös tagadásával, kettejük párkapcsolatával kezdünk el foglalkozni. Azon túl, hogy beszámolnak ismétlődő konfliktusaikról és hangot adnak elégedetlenségüknek, azzal szembesülök, hogy csaknem lehetetlen együttélésük intimebb részleteiről beszélgetni. Egyéni konzultációkat javaslok mindkettőjüknek. A férjét szüntelenül kontrolláló és büntető feleségről kiderül, hogy gyermekkorában egy közeli rokontól szexuális zaklatást szenvedett el, amely miatt saját szülei őt hibáztatták. Rigiden vallásos családban nőtt fel, ahol a testiség undorító, titkolandó dolognak számított. Korán házasságot kötött, mert menekülni akart otthonról. Belekapaszkodott az első alkalmasnak tűnő jelöltbe, akibe nem

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

volt szerelmes. Sajnálatra méltónak érzett és neurotikus férjével kezdettől fogva nem volt boldog. Szexuális élete örömtelen. Testi vágyat férje iránt nem érez, ugyanakkor fel van háborodva, hogy a férfi ritkán közeledik hozzá. Néha arra ébred éjszakánként, hogy a férj – közös ágyukban – önkielégítést végez. Élénk fantáziái vannak egy másik személlyel, egy fiatal lelkéssel kapcsolatban, akibe két éve reménytelenül szerelmes. A férj elmondja, hogy anyját korán elvesztette, apja rideg, bántalmazó ember volt. Nőikkel kapcsolatban mindig erős gátlásai voltak, első szexuális tapasztalatát feleségével szerezte. Korai ejakulációs zavara miatt feleségének nincs orgazmusa. Problémáikról nem tudnak egymással beszélni. Házasságában elnyomva érzi magát, felesége rendszeresen leszólja, kritizálja. Sem férjként, sem apaként nem érzi értékelve magát. Stabil munkahelyét három éve elvesztette, azóta alkalmi munkákat végez. Felesége felsőfokú végzettséggel rendelkezik, főleg az ő fizetéséből tudnak megélni.

Kollúzió és trianguláció

A kodependencia esetében a családterápiával foglalkozó Willi nyomán kolluzív jellegű kapcsolódásról beszélhetünk. A kollúzió a felek tudattalan összejátszása nyíltan fel nem vállalt szükségleteik (hatalom, dependencia, összetartozás) kölcsönös kielégítése érdekében. A kolluzív kapcsolat fogva tartja a feleket, fennállása időszakában sem a résztvevők, sem maga a kapcsolat nem fejlődőképes. Ez abban jut kifejezésre, hogy a párok kapcsolatban éveken, évtizedeken át mindig ugyanaz ismétlődik. Az állandósult forgatókönyv fő témája a deviáns viselkedés, de akár a pénzkeresés, a szülői feladatok vagy a szexualitás, amelyek körül ugyanazok a játszmák zajlanak (Bagdy, 2002).

Bowen érzelmi háromszög teóriája nyomán a függő és a kodependens összefonódását úgy is felfoghatjuk, mint patológiás triangulumot, amelyben a két személy mellett a harmadik elem a szenvedélyszer. Ez lehet az alkohol, a drog vagy a munka. A trianguláció segít a diád egységének megőrzésében és a konfliktusok elkerülésében, mert a pár feszültsége átselepelhető a harmadik felé (Balogh, 2003).

Szenvedély és megszállottság

Valleur az addiktív és a nem addiktív párok kapcsolat összevetésében az amerikai R. J. Sternberg által megkonstruált fogalmi eszközt, a „szerelmi triász”-t hívja segítségül. Sternberg szerint a kapcsolat minőségét minden esetben három komponens: a szenvedély, a gyengédség és az elköteleződés (szerződés) együttese határozzák meg. Jól működő kapcsolatnál a három tényező egyensúlya stabilizálja az összetartozást. Ezenkívül egy másik feltételnek is teljesülnie kell: szükséges, hogy a felek megközelítőleg azonos mértékben involválódjanak a kapcsolatban. Kevésbé tudományosan úgy is fogalmazhatunk, hogy a partnerek nagyjából egyformán szeressék egymást. Valamely komponens szélsőséges érvényre jutása esetén a kap-

csolatban diszfunkciók mutatkoznak. Az addiktív viszonyulás kialakulásának kockázata több esetben is nagy. Egyrészt ha az erős szenvedély vagy annak keresése mellett nem jut szerephez a gyengédség és hiányzik az elköteleződés – ez a szexuális addikciók alapképlete. Másrészt, ha az egyik fél szeret és elköteleződik, de társa ezt nem viszonzja hasonló mértékben. Az alkoholista vagy bántalmazó férfiakhoz kötődő kodependenseknél a szerzők szerint akár a szenvedély, akár az elköteleződés dominálhat. Az elköteleződés itt a megmentés feladatának vállalását jelenti. A problémát minden esetben az aszimmetrikus kapcsolati helyzet rögzülése hordozza magában (Valleur és Matysiak, 2006).

Giddens és Valleur gondolatait, valamint klinikai tapasztalatainkat összekapcsolva azt mondhatjuk, hogy kodependensek esetében a szenvedély sok mindent jelenthet: lángolóan érzett szerelmet, heves szexuális vágyat, különös vibrálást, izgalmat, de akár önfeláldozást, mazochisztikus tendenciákat is.

Norwood *Nők, akik túlságosan szeretnek* című, magyarul is megjelent művében a szenvedélybeteg vagy személyiségzavarban szenvedő férfihez szimbiotikusan kötődő nők kapcsolatait boncolgatja. Sokrétűen és jól megválasztott példákon keresztül ábrázolja a két személy, az érzelmileg elérhetetlen, elköteleződni képtelen férfi és a mindenáron szeretni akaró, de az intimitást hátrító nő kapcsolatának állomásait. Meggyőző leírását adja annak, hogyan találhatnak egymásra, mit ad nekik ez a találkozás, és annak is, hogy miért nem tudják elengedni egymást:

„[...] Egészségesebb környezetből származó nők másképp reagálnak, tehát másképp alakítják a kapcsolataikat, mert számukra a szenvedés és a küszködés nem annyira az élet szerves része, és ezért nem is kelt bennük jó érzést. Ha egy partner valamivel kínos helyzetbe hozza, megbántja, nyugtalanítja, kiábrándítja, feldühíti, féltékenységet ébreszt benne, akkor a nő ezt úgy éli át, mint kellemetlen és elkerülendő élményt, amiből következően semmiképpen nem fogja szorgalmazni ezt a kapcsolatot. Másrészt viszont éppen olyan viszonyt fog szorgalmazni, amely számára szeretetet, együttérzést, támogatást jelent, mert ez esik neki jól. Nyugodtan kijelenthetjük, hogy két egészségesen reagáló ember között, akik képesek gyümölcsöző kapcsolatokat teremteni, létezhet erős vonzalom, izgalmas lehet számukra az együttlét, de ez soha nem olyan erőszakos, agresszíven intenzív, mint egy megszállottan szerető nő viszonya egy érzéseit nem viszonzó partnerrel” (Norwood, 1992).

Pácienseink megnyilatkozásaiban szembetűnő, hogy nincsenek tisztában sem saját, sem a társ iránti érzéseikkel. Nem tudják eldönteni, hogy partnerüket szeretik vagy nem, és ha igen, miért. A kodependens párkapcsolat differenciálatlan érzésekkel és ambivalenciákkal terhelt. Jellemzőek a hirtelenül fellépő, intenzív emóciók, az ezek iránti fokozott szükséglet. Beattie „drámafüggőség”-nek nevezi ezt a jelenséget (Beattie, 2008), amely a borderline személyiség működésére emlékeztet.

Erőszak

A dependens-kodependens kapcsolatok egy részében a fizikai, a szexuális vagy verbális erőszak a mindennapok megszokott történése. A diszfunkcionális családból

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

származó társfüggő a verést, a durvaságot – annak elkövetését vagy elszenvedését – az érzelmi kötődés magától értetődő részeként internalizálja. Az alkoholista szülő gyermeke kiszámíthatatlan szekvencia szerint hol bántalmazásban, hol kényeztetésben részesül. Az erőszak és a szeretet zavaros kombinációja a felnőttkori párkapcsolatban is visszatér, és a terápia során megdöbbenve tapasztalhatjuk, hogy pácienseink mennyire megtanulták tolerálni a verést, a félelemkeltést, a megalázást (Forward, 2000).

Gondolatmenetünkben elérkeztünk oda, hogy mélyebb választ tudjunk adni arra a joggal felvetődő és a tanulmányban is többször visszatérő kérdésre, hogy az emberek sokaságából miért éppen ilyen problémás partnert választ magának a kodependens személy. Majd mi készíti arra, hogy minden boldogtalansága ellenére is kitarson ebben a látszólag semmilyen gratifikációt nem biztosító viszonyban? Az indokok valószínűsíthetően a következők:

1. A társfüggő személy az előzmények során kötődési viselkedésében sérült, biztonságos kötődésre nem képes (Koltai, 2003).
2. Múltjából jól ismeri ezt a kontextust, ebben mozog biztonsággal. Nincs érdemi tapasztalata más kapcsolódási mintáról, és az annak realizálására alkalmas partnerjelölteket eltávolította magától (Woititz, 2002).
3. Ha egy kapcsolatban biztonságos és megnyugtató a situáció, ha nincs a láthatáron megoldandó probléma, krízis, ha „csak” kötődni kell, akkor számára nincs világos tartalma az összetartozásnak, és nem tudja, mitévő legyen. Mintha ilyenkor az együttlét legbiztosabb kötőanyaga hiányozna (Norwood, 1992).
4. A származási családban átélt események miatt ma is büntudata van, önmagát hibáztatja, önbecsülése csekély. Egyes szerzők „bűnhődési szükséglet”-ről is beszélnek (Wilson Schaef, 2000; Kelemen, 1991).
5. Szenvedéseiből eredően újra és újra megkísérli a múlt kijavítását. A régi kapcsolatban, szülei között nem tudott csodát tenni, így most saját kapcsolataiban próbálkozik a másik megmentésével és saját öngyógyításával (Hemfelt és Minirth, 1997; Valleur és Matysiak, 2006).

Ez motiválja a választást és a hasonló típusú ismételt választást. Az önbüntető magatartás hátterének pontos feltárása a terápiás célok kijelöléséhez is nélkülözhetetlen. Az intrapszichés és interperszonális dinamika változása nélkül a személy újra és újra ismétli élete korábbi fájdalmas fejezeteit.

Á. fiatal diplomás nő, depresszió, szorongások és alvászavar miatt kért segítséget, korábban kontrollvesztő alkohol- és marihuánahasználat is előfordult nála. Az utóbbi években két párkapcsolata volt, korábban egy heroinista, most pedig egy alkoholista fiúval. Á. mindkét kapcsolatban küzdött a partnerek szerfogyasztásával, anélkül, hogy maguk a függők komolyan változtatni akartak volna ezen. A heroinista fiú nála lakott, vele tartatta el magát, közben a lakásban heroinozott, és megcsalta a páciens. Á. mégis nagyon nehezen tudta lezárni ezt a viszonyt. Aztán sokáig egyedül volt, nem találkozott „normális” fiúval, majd egy bulin összejött az intenzíven alkoholizáló jelenlegi partnerrel. Az intelligens és vonzó Á. önmagát leértékeli, érzéseiben bizonytalan. A fiú iránti ragaszkodásá-

ban van szeretet, de erősebbnek tűnik a másik gyógyítására, kisiklott életének helyrehozására irányuló törekvés és a sajnálat. Családjában mindkét szülő súlyosan traumatizált személyiség, akik Á. gyermekkorában mindvégig rá voltak utalva kislányuk megmentői attitűdjére.

Kodependencia a szülői viselkedésben

Megjelenési formák

Mit értünk kodependens szülői viselkedésen? Kiindulópontként ennek tartalmát lényeges tisztázni, mert ez kevésbé egyértelmű, mint az elméletileg egyenrangú és egymást választó felnőtt személyek párkapcsolatának vonatkozásában. Az utódot életre hívó szülők sajátos felelősséget és feladatokat vállalnak a gyermekről való fizikai és érzelmi gondoskodás, a vele való kapcsolat fenntartása terén. Ez a szerepkör olyan hosszan tartó és komplex kötelezettséget feltételez, amellyel ettől kezdve a szülőnek mindig számolnia kell. A továbbiakban szükséges az életben betöltött más szerepeit ezzel összehangolni, esetenként ennek alárendelni. A két szereplő, a szülő és a gyermek nem egyenrangúak, mert az utóbbi életben maradása és fejlődése a szülőtől függ. A gyermek azonban felnőtt, és a harmonikus személyiségfejlődésnek köszönhetően egyre inkább képessé válik az önmagáról való gondoskodásra, illetve az ezzel járó felelősség felvállalására. De milyen életkorban következhet be ez a váltás, és mi a teendő azokban az esetekben, amikor ez elmarad? Hol húzódik a határ a szülő nyújtotta védelem, ellátás és támogatás funkcionális és diszfunkcionális formái között?

A felvetett kérdések nap mint nap megjelennek gyakorlatunkban, amelynek során nem általános, hanem konkrét helyzetekben egyedi válaszokat kell adnunk. A gyermekükkel kapcsolatos gondok miatt segítséget kérők szülők jelentős részénél jól beazonosítható a társfüggő viselkedés. Milyen jelekből következtetünk erre? A szülő személyiségének kodependens vonásai mellett a szülő-gyermek kapcsolat bizonyos jellemzői utalhatnak erre.

A társfüggő szülők gyermekei a serdülőkor kései szakaszába lépett, fiatal felnőtt vagy felnőtt személyek, akik leggyakrabban problémás szerhasználók, viselkedési addikcióban szenvednek vagy agressziót, kriminalitást, súlyos alkalmazkodási zavarokat mutatnak. Ezek a fiatalok szülőjükkel szoros érzelmi kötődésben maradnak, ami az idő előrehaladtával sem módosul, és 20-as éveik végén vagy 30-as éveikben is érvényesnek látszik. Jellemzően közös háztartásban élnek, és a szülő el is tartja a felnőtt, keresőképes gyereket, máskor a gyerek elköltözött ugyan, de ingázik a szülői ház és a „máshol” között. A szimbiotikus viszony azokban az esetekben is meghatározó, amikor a felek már nem laknak együtt. Bajok, krízisek esetén a gyerek menetrendszerűen felbukkan, és a szülőtől várja a döntéseket, a megoldásokat (Komáromi, 1994; Tremkó, 1994; Demetrovics, 2007). A gyerek fő „produktuma” a tüneti viselkedés, életének középpontjában a kémiai szerhasználat és az ehhez tartozó kapcsolati körben, szubkultúrában való részvétel áll. Tanulásban vagy munkavállalásban megjelenő elköteleződés nincs vagy perifériás szerepet ját-

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

szik. A gyerek néha párkapcsolatban él, esetleg már gyereke is van, de nem vállalja fel a saját életkorával, családi szerepével járó felelősséget. A szülők kontrolláló – azaz üldöző, megmentő vagy „balek” – viselkedéssel töreksenek a gyermek helyzetének javítására vagy rendezésére. Ennek érdekében hatalmas energiákat mozgósítanak, és aránytalanul nagy áldozatokat vállalnak. Támogatónak vélt, valójában destruktív magatartásukkal a gyerek segítése helyett a tünetek rögzülését, a helyzet súlyosbodását idézik elő (Pusztaházi, 1999).

Hogyan realizálódik a társfüggő magatartás? Az Üldöző szülő módszeresen kutat felnőtt gyereke szekrényében, táskájában, ruhadarabjaiban, naplójában vagy mobiltelefonja hívásai között. Vizsgálja külsejét, fürkészi szokásait, háta mögött ellenőrző kérdéseket intéz annak barátaihoz. Felelősségre vonja, nyomoz utána és szeretné rajtakapni, leleplezni. Előfordult, hogy a végsőig elkeseredett Üldöző feljelentette kábítószer-fogyasztó gyermekét a rendőrségen, hogy „végre történjen már valami”. A Megmentő szülő azon dolgozik, hogy gyógykezeltesse a tagadásban lévő, rejtőzködő vagy a drogozást nyíltan vállaló és védelmező gyereket. Végigjárja az általa felderített kezelőhelyeket, előjegyzést kér fia vagy lánya számára. Sokat tesz annak érdekében, hogy a gyereket megkímélje a deviáns viselkedés minden következményétől: igazolja annak hiányzásait, elvégzi helyette feladatait, befizeti a bírságokat, és kifizeti az adósságait. Nyugtatót, altatót írat fel számára a háziorvossal, ahelyett, hogy arra készítené, hogy saját problémájával személyesen keressen segítséget. Szélsőséges esetben még a kábítószerrel is kipróbálja a másik kedvéért, arra való hivatkozással, hogy így szerzett tapasztalatai birtokában meggyőzőbb módon tud fellépni a használat ellen... A szülő mint Balek kiszolgálja, kényezteti, eltartja a felnőtt gyereket. Sokszor látjuk, hogy költséges tanulmányokat vagy hobbiakat finanszíroz számára annak reményében, hogy majd ettől megjavul. A „balekség” nyilvánul meg abban is, hogy éveken át elhiszi hazugságait, és bedől kifogásainak. A Balek – esetleg a Megmentő – még a kábítószerre, itatra is adhat pénzt, mert úgy véli, hogy ezek megszerzése érdekében egyébként fiának vagy lányának lopnia kéne. A Balek elnézi, hogy otthon drogozzon vagy igyon gyereke, mert így legalább megvédheti a rossz társaságtól. Más családokban a társfüggőséggel mindig együtt járó tagadásnak köszönhetően a szülő éveken át nem észleli a vele közös háztartásban élő gyerek intenzív droghasználatát. Ilyenkor a gyerek – beszédes tárgyak, elszólások, elfelejtések révén – sokszor már szinte provokálja a felnőttet, hogy az vegye már végre észre a tüneti viselkedést (Tremkó, 1994; Pusztaházi, 1999)! Tapasztalataink szerint a kodependens szülő mindegyik felsorolt variánst megvalósítja, megoldásaiban a különböző patológiás szerepek egymást váltva lépnek színre.

A leírt szülői reakciókat persze értelmezhetnénk úgy, mint jó szándékú, naiv, próba-szerencse alapú kísérleteket a másik pozitív irányú befolyásolása érdekében. Az idői tényező azonban jelzi, hogy itt nem alkalmi jelenségről, hanem tartósan fennálló mintázatról van szó. Társfüggőség esetében ez a túlhaladott, megmerevedett és a változást nem eredményező situáció éveken át fennmarad. A szülő – belátva a próbálkozások sikertelenségét – nem képes diszfunkcionális viselkedésének korrekciójára vagy más olyan lépés megtételére, amely konstruk-

tívnak bizonyulna. Az intézményünkhöz forduló családok példáján keresztül ugyanakkor látom, hogy a szülők ebben a periódusban kapcsolatba léphetnek segítőszervezetekkel, így könnyen az az érzésük támadhat, hogy minden tőlük telhetőt megtesznek gyerekük segítése érdekében. Találkozom anyákkal, akik egymás után keresték fel a kezelőhelyeket, és szülőcsoportokba, önszolgáltató közösségekbe is elmentek. Többet nem tehetnek, hiszen a gyerek nem akar leszokni, és erőszakkal mégsem cipelhetik el őt a drogambulanciára! A történések finomabb vizsgálata során azonban kiderül, hogy a segítőkkel való konzultáció ellenére semmit nem valósítottak meg az ott kapott javaslatokból: magatartásukkal – tudattalan módon – továbbra is erősítették, konzerválták a problémás viselkedést. A másik faktor, ami ilyenkor a segítői instrukciók ellenére sem mutat változást: a gyerekkel való kapcsolat, amelynek új alapokra helyezéséhez más célkitűzés és más típusú intervenció szükséges.

A családstruktúra sajátosságai

A szülő társfüggősége változatos családszerkezetekben fordulhat elő. Gyakori változata, amikor egyedülálló anya és gyermeke(i) alkotják a családot, amely válás vagy az apa halála miatt lett egyszülős. Itt az anya kodependens viszonyulása jellemzően a fiúgyermek tüneti viselkedésével függ össze. A kétszülős struktúrában az anya társfüggő viselkedése, nagyfokú érzelmi bevonódása mellett szembevetődő az apa távolléttartása, látszólagos közönye a gyerekkel kapcsolatos nehézségek vonatkozásában. Ezekben a családokban fontos, hogy az apa már a gyerek kiskorától kezdve kevésbé volt jelen szülőként (Kaufman, 1995). Figyelemreméltó adat segítői praxisunkból, hogy a kodependens szülők felnőtté válásukat követően is nagyon gyakran együtt maradnak saját szüleikkel, és a gyerek – valamennyiük közös otthonában – a nagyszülőkkel együtt nő fel. Ezekben az esetekben a felnőtt számára a saját szülővel való kapcsolat mindvégig privilegizált marad, a kis- és nagycsalád nem különül el határozottan, és ez a szülők házasságában és a gyerek nevelésében később részletezett nehézségeket okoz.

K.-ék fiatalon kötöttek házasságot, és a pár rögtön a férj szüleinek szép nagy házába költözött. A ház kétszintes, K. szülei megkapták a teljes felső részt, amely külön bejáratú. Az első évek zökkenőmentesen teltek, bár a feleségnek kezdettől fogva rosszlesett, hogy férje, mielőtt hazaérne a munkahelyéről, minden nap bemegy a szüleihez, és ott tölt egy félórát. Döntéseikhez is az ő tanácsukat kérte. A feleség szégyellte ezt az érzését, mert micsoda ember az, aki féltékeny az idősödő szülőkre! A későbbiekben, amikor már anyagi helyzetük ezt megengedte volna, szeretete volna, ha önálló lakást vásárolnak és elköltöznének, de a férj ellenezte a terv megvalósítását. Ma ötvenes éveikben járnak, és jelenleg is a szülők házában élnek. Két fiuk közül a másodszületett súlyos marihuánafüggő.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

A tünetek megélése

Az érintett családokban a gyerek drogozásával, alkoholizálásával vagy alkalmazkodási képtelenségével való foglalkozás központi témává és a szülők között vagy a nagycsaládon belül centrális konfliktussá válik. Az egyedülálló szülő teljes kapacitását leköti a felnőtt gyerek problémája – és a saját kodependens viszonyulása. Ehhez képest olyan lényeges területek, mint a felnőttek párkapcsolata, a testvérekre fordított figyelem, a családon kívüli kapcsolatok ápolása vagy a szülő személyes fejlődése, látványosan háttérbe szorulnak. A szülő erős ambivalenciákat táplál mind a gyerekekkel, mind saját megoldási próbálkozásaival szemben, ugyanakkor elképzelhetetlen számára, hogy más módon is lehetne viszonyulni a kialakult helyzethez.

A szülők pszichopatológiai jellemzői

A szakirodalom szerint a kodependensé váló szülő – csakúgy, mint a kodependens társ – már saját családjából hozta magával pszichopatológiai érintettségét: a labilis identitást, a fokozott dependenciagényt, a bizonytalan határokat, a negatív önértékelést, a szorongásosságot és a szégyent, a szimbiotikus kötődési készséget és a túlzott felelősségvállalásra való készenlétet (Demetrovics, 2007; Komáromi, 2009). Származási családjában betöltött szerepének megfelelően választ – valamilyen értelemben – „segítségre szoruló” társat. Ez tipikusan problémás ivó vagy alkoholista, de gyakran szerencsejáték-függő vagy munkaalkoholista férj. Az egyéb pszichiátriai zavarokban szenvedők közül sokszor választ személyiségzavar tüneteit mutató borderline, narcisztikus, schizoid, kényszeres, paranoid vagy szociopátiás egyént, máskor depresszióra hajlamos partnert. Ezek a zavarok a nagyon fiatalon történt találkozásokban sokszor legfeljebb csak tendenciájukban vannak jelen.

A 25 éves droghasználó lány anyjának visszaemlékezése szerint fiatalon kötött házasságában komoly szerepet játszott az, hogy sajnálta és kárpótolni akarta „rendes” férjét. Ez a szorgalmasnak és megbízhatónak tűnő férj olyan sokgyermekes családban nőtt fel, ahol soha nem mutatták ki az egymás iránt érzett szeretetet. A későbbiekben férje sem tudta eléggé kifejezni pozitív érzéseit sem feleségére, sem lányuk iránt. A férfi nem alkoholista, de jól megfigyelhető, hogy ivást követően hozzátartozóihoz való odafordulása szeretetteljesebbé válik. Ilyenkor el-lágyul és sír.

A szülő választása tehát nem feltétlenül esik diagnosztizálhatóan beteg személyre, mégis mintha tudattalanul előnyben részesítené azokat, akik rászorulnak túlzó gondoskodására és irányítására. Ez lehet pl. egy kis testi hibával rendelkező vagy az egyik szülő korai halála, testvér elvesztése miatt gyermekkorában traumatizált férfi (Hardi, 2003). Ez a kezdetben még jól kompenzáltnak vagy feldolgozottnak tűnő problematika a közös élet, a család fejlődése során jelentősebbé válik.

A T. szülők a feleség 18 éves korában ismerkedtek meg, a férfi 5 évvel volt idősebb. A férfi serdülőkorában balesetet szenvedett, és az ezt követő operációból alig észrevehető, kis bicegése maradt vissza. Házasságuk korai szakaszát a feleség problémamentesnek érezte. Férjében a fizikai sérüléssel kapcsolatos szorongás és csökkentértékűség-érzés a pár fiúgyermekének megszületése után erősödött fel.

Választást említettem, de hozzá kell tennünk, hogy a kapcsolat kialakulását a kodependens fél részéről néha nem konkrét értelemben vehető választás, inkább sodródás vagy a szülői házból való menekülés előzi meg. Alkoholista apa és hideg, kontrolláló anya mellett felnőtt lányok korai házasságkötésének döntő motívuma éppen az otthon elhagyásának vágya és a „bárhol jobb lesz” kétségbeesett reménye. Ezek az anyák néha azt is megfogalmazzák, hogy a jövőbeli társ személye nem volt igazán lényeges a döntésükben (!), ők elképzelték maguknak egy ideális életformát, amelyben a másiktól csak azt várták el, hogy ne akadályozza meg ennek az álomnak a valóra váltását.

A kodependens rendszer

Segítőmunkánk tapasztalatai alapján a családokban a kodependencia hordozója és tárgyja szerint több típust különíthetünk el.

A kodependens beteg leggyakrabban az anya, ritkábban a család egy vagy több gyermeke, illetve ennél is ritkábban az apa. Adott családban egyszerre több személy is társfüggő lehet. Erre példa az agresszív apa mellett kodependenssé váló anya és a gyerek(ek) vagy a drogfüggő gyerek anyja és apja, esetleg testvére is. Előfordul ugyanígy az alkoholista anya mellett élő apa és gyerek(ek) társfüggősége is. Néha találkozom kodependens szerepet betöltő nagyszülővel, akinek saját gyereke szenvedélybeteg, és a problémás szerhasználó unoka mellett a nagymama gyakorolja és gyakorolta a szülői funkciót.

A problémás viselkedés tárgyát illetően úgy tűnik, hogy a kodependens viszonyulás a saját családban jellemzően először a felnőtt partner, majd a gyermek irányában bontakozik ki. Ebben a családi felállásban az anyák egyszerre több kapcsolatban is társfüggők: a sérült szülő után felnőttként a „gyógyítandó” partnerrel, majd a saját gyerekekkel kerülnek patológiás relációba (Demetrovics, 2007).

A felnőtt fia ivása miatt segítséget kérő Zs. elhanyagoló, alkoholizáló, promiskuisz anya és ismeretlen apa kapcsolatából született. Iskoláskorban állami gondozásba került nála fiatalabb és pszichésen sebezhetőbb fiútestvérével együtt, akire ott neki kellett vigyázni. 18 évesen kötött házasságot első szerelmével. A férfit önállóan és szorongó személyiségnek írja le, aki apa nélkül, domináns anya mellett nőtt fel. Korán megfogalmazódott benne, hogy férje is támogatásra szorul – ahogy korábban deviáns anyja és elárvult öccse is. Kapcsolatuk évekig elfogadhatóan működött, bár a gyermekekre vágyódó Zs. sorozatosan elvetélt. A sokadik nekifutásra, veszélyeztetett terhességet követően a párnak fia született. A férj már

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

a várandósság hónapjai alatt hanyagolni kezdte, majd a kisbabával együtt elhagyta feleségét. Zs. fia gyermekkorától kezdve különböző tüneteket mutatott, majd 15 éves korától egyre súlyosbodó szerhasználatot (szipuzás, ivás, marihuána) produkált. Azóta 10 év telt el, amely során Zs. kényszeres gondoskodása és fia leválásának akadályozására irányuló tudattalan törekvése nagymértékben segíthette a szerfüggőség fennmaradását. Ebben az időszakban a volt férj visszaköltözött korábbi lakásukba, és furcsán felemás kapcsolatban éltek együtt tovább. Az apa jelen is volt, meg nem is. Összetartozásuk lényege az infantilis és felelősségvállalásra képtelen férfi érzelmi erősítése volt.

A másik változatban a kodependencia inkább a gyermek problémás viselkedése kapcsán jelenik meg. Ezekben az esetekben az apa mint szülő – halál, válás, külföldi munkavállalás miatt – ténylegesen hiányzik a család napi életéből. Máskor a hiány szimbolikusan értendő: az apa fizikailag jelen van, de perifériás helyzetű, gyenge, jelentéktelen alakja a család életének (Kaufman, 1995).

N. fia rövid ismeretség után fogant meg, és mire a gyerek megszületett, a szülők kapcsolata már felbomlott. Az apa rövid ideig még érdeklődött irántuk, de látogatásai és a tartásdíj fizetése is lassanként megszűntek. N. egyedül nevelte fiát, aki óvodáskortól kezdve alvás- és figyelemzavar tüneteit mutatta. A fiú sokszor kérdezősködött az apja felől, és szenvedett attól, hogy nem kell a másik szülőnek. N. mindennel elhalmozta, körülvette a gyereket, akit így akart kárpótolni apja elvesztéséért. Az anya később sem ment férjhez, mert félt attól, hogy gyermekének ez újabb sérülést okozhat. A fia többször kijelentette, hogy idegen férfit nem akar látni a családban. Anya és gyerek kapcsolata fullasztóan szoros volt. A fiú heroinhasználata a sikertelen érettségi után kezdődött, és már évek óta tartott, mire az anya ezt észlelte. Erős büntudatot érez, mert elrontotta a gyereke életét.

E., a 45 éves anya lánya drogozása és kritikátlan, provokatív szexuális viselkedése miatt érkezik. A pár középső gyermekéről van szó, egy kisebb és egy nagyobb lányuk is van. Férje házasságuk kezdetétől fogva a szexuális életben súlyosan gátolt, potenciazavarral küzd. Elmondása szerint ez őt nem különösebben zavarja, mert mindig fontosabb volt neki, hogy a férjira, mint apára minden körülmények között számíthasson. E. apja alkoholista volt, aki egy napon kilépett a családból, és a továbbiakban gyermekeiről sem gondoskodott. E. olyan partnert keresett, aki mellett biztos lehetett abban, hogy soha nem hagyja el őt. Nem volt szerelmes soha a férjébe, de házasságot akart, hogy családban éljen, és sok gyereke legyen.

A társfüggő szülő – párkapcsolatának felbomlása után – újabb, hasonló kötődési tárgyat talál egy vele megint csak „rosszul bánó” vagy visszaélő partner személyében. Ilyenkor a gyermek több kodependens kapcsolat mintáját tapasztalja meg.

V. anyja és nővére együtt érkeznek. Az anya alkoholista, bántalmazó apa lánya, gyermekora bizonytalanságban és rettegésben telt. A 22 éves fiú, V. stimuláns-

függő depresszió diagnózissal, de egyelőre nem akarja kezelteni magát. A fiú jelenleg az apai nagyszüleinél lakik, akik mindent megtesznek annak érdekében, hogy pótolják felelőtlen apját és általuk soha el nem fogadott anyját. Ennek ellenére V. sokszor látogatja anyját, kapcsolatuk ambivalenciákkal terhelt. V. édesapja alkoholista volt, aki nagyon korán otthagyta a feleségét két kicsi gyerekkel. Évekig nem látták viszont, majd néhány esztendővel ezelőtt felbukkant, és megpróbálta újraépíteni a kapcsolatot szinte felnőtt gyerekeivel. Időközben V. anyjának két hosszabb élettársi viszonya volt, mindkettő megrázó csalódással végződött. Az első partnerről az együttélés során kiderült, hogy agresszív, és tartottak tőle a gyerekek. A következő társ, az anyánál 7 évvel fiatalabb diplomás férfi pedig sokéves együttélés után egy napon váratlanul felpakolt, elköltözött, és soha többé nem látták.

V. nővére szerelmes lett, és élettársi viszonyban él egy fiúval, akivel nemsokára házasságkötést terveznek. Választottja minden szempontból megfelel, de – ahogy a fiatal nő mintegy mellékesen megjegyzi – néha lerészegedik, olyankor durva és gátlástalan.

Ez az összefüggés más szempontból is igaz. A társfüggő szülő szerhasználó gyermeke a családjáról történő leválás során gyakran olyan partnert választ, akivel való kapcsolatában nagy valószínűséggel rekonstruálható a dependens-kodependens kötődési mintázat. Itt tehát a szülő után belép egy újabb „kodependensjelölt”, aki az anyától átvállalja vagy legalábbis vele megosztja a szenvedélybetegért érzett felelősséget. Ezt a fordulatot társfüggő anyák sikeresen haladó terápiaja folyamán is észleljük: mikor a szülő gyógyulni kezd, és lassanként képessé válik a felnőtt fiú elengedésére, rögtön belép a rendszerbe a korábbi szerepet maradéktalanul betöltő barátnő.

Mint korábban bemutattuk, a kodependencia mint hibás viselkedés átadására a kognitív szemlélet szerint a modelltanulás adhat magyarázatot. Ez a magyarázat azonban önmagában felszínes és mechanisztikus. A jelenség mélyebb megértése, a többgenerációs kodependens láncolat kialakulásának háttere a traumák közvetítésének transzgenerációs modellje segítségével lehetséges (Fonagy és Target, 2005).

Párkapcsolat kontra szülő-gyerek kapcsolat

A kodependens személy életének középpontjában az a kapcsolat áll, amelyben kényszeres gondoskodó-irányító viselkedése a leginkább teret kap, ezáltal stabilizálhatja törekény identitását, bizonytalan önértékelését és labilis belső egyensúlyát. Több ilyen típusú kapcsolattal is rendelkezhet egyidejűleg, de ezek között mindig van egy elsődleges reláció. A kodependencia primer tárgya a férj (feleség), élettárs vagy a gyerek lehet.

A társfüggő intrafamiális kapcsolatrendszerének legfőbb sajátossága a kifejezett egyensúlytalanság, azaz a preferált kötődéshez képest a többi kapcsolat deficit, kevés befektetést élvez. Az alkoholista partnerrel élő, magát mintaanyának

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

megelőző nő háttérbe szoríthatja kiskorú gyermekét, aki elvonja figyelmét a beteg társ megmentésétől. Sokszor tapasztaljuk, hogy az óvodás, kisiskolás gyermek csak tünetképzés árán képes nagyobb odafordulást elérni, és még ilyenkor is bosszúság és türelmetlenség a szülői válasz. Fordítva is történhet: a felnőtt gyermekével kodependens viszonyban lévő szülő elhanyagolja párkapcsolatát, és partnere egyre távolabbra kerül tőle. Az egyedülálló szülőnél pedig általában nincs olyan fék, amely a gyermekkel kialakított kodependens viszonyulást mérsékelni tudná. Az utóbbi két esetben ezek a fejlemények jellemzően a bűnbakká vált gyermek számájára íródnak, aki felelőssé lesz téve a házasság felbomlásáért vagy a szülő magányosságáért.

A család működésének egyéb jellemzői

Az eddigiekben feltárt jellemzők mellett sok egyéb adattal is rendelkezünk az érintett családok működésére vonatkozóan. Az alábbiakban ezekre térünk ki röviden:

- A határok bizonytalansága, gyengesége a család szintjén is érvényes: az egyes személyeket egymástól és a családot a külvilágtól elválasztó ép és rugalmas határok hiánya észlelhető. Szokványos a fizikai és érzelmi határok megsértése (bántalmazás, kényszerítés, megalázás, megszegyenítés, manipulatív viselkedés), a szülő-gyermek közti egészséges határok hiánya (anya-fiú vagy apa-lány szimbiózis), a szülői és nagyszülői család egybefolyása, illetve az egyes tagok közeli kapcsolatát akadályozó merev határok (férj-feleség, apa-fiú, anya-lány, gyermek-gyermek) megléte (Kaufman, 1995; Barát és Demetrovics, 2009).
- A családon belül patológiás triangulumok létrejötte jelzi a magas feszültség-szintet és a megfelelő konfliktuskezelés hiányát. Ilyen patológiás képződmény a dependens-kodependens párost és a dependens tag szülőjét összekötő háromszög. Más esetekben támadó, kerülőutas koalíció jöhet létre a problémákkal küzdő házastársi alrendszer tehermentesítése céljából a gyermek megbetegítése (drogozás, ivás) útján (Balogh, 2003; Barát és Demetrovics, 2009).
- A szerepekkel kapcsolatosan elmondható, hogy több családtag nincs a saját szerepében. Az apai szerep betöltése deficites, az apa a közös élet súlytalan, devalvált szereplőjének bizonyul. Az anya szerepe – kevés kivételtől eltekintve – túlhangsúlyozott és kiszorító. A drogos fiú vagy lány testvére gyakran parentifikált gyermek, akinek – a szülő vigasztalójaként, megerősítőjeként – felnőttként kell helytállnia. A megzavart szereposztást – mint korábban bőszégesen kifejtettük – az apa pszichiátriai betegségeivel (addikciók, személyiségzavarok), az anya kodependens családi indíttatásával, mintáival és a szülők kapcsolatának problémáival lehet összefüggésbe hozni (Kaufman, 1995; Demetrovics, 2007).

Lényeges leszögezni, hogy családonként más és más a két felnőtt részesedése abban, hogy az erőviszonyok így alakulnak. A súlyosan deviáns apa családjában előre bejósolható az, hogy az anya vagy a lánygyermek kénytelen lesz az apai funkciót átvállalni. Több példát látunk viszont arra is, hogy keményebb

anyai pszichopatológia mellett jobban funkcionáló, egészségesebb személyiségűnek tűnő apák is kiszorulnak a szülői szerepből. Ennek megfelelően a családi hierarchia és a felelősségi viszonyok is torzulnak, az apa tekintélye és felelősségvállalása eltölpül az anyához képest (Kaufman, 1995).

- A családon belüli kommunikáció gátolt, egyirányú. Mindenki titkokat őriz: a szerhasználó gyerek titkolózik a szülők előtt, a szülők a gyerek előtt, és a szülőknek egymás előtt is titkaik vannak. Fontos témák érinthetetlenek, ezekben nem lehet egymásnak kérdéseket feltenni vagy álláspontokat ütköztetni. Fájdalmas, kínos történésekről vagy érzésekről tilos beszélni. A valódi konfliktusok (a szülők vagy a szülők-nagyszülők között) sem tehetők nyílttá. Ezzel együtt a felszínen csatározások, viták zajlanak, de az igazi problémák (félelmek, veszteségek, csalódások, kudarcok) nem fogalmazódnak meg. Az összeütközések a gyerek kémiai szerhasználata, életmódja körül zajlanak, ugyanakkor a szülők életének fontos problémái (ivás, betegség, munkanélküliség, gyász, parakapcsolat) tabuknak tűnnek.

Jellemzőnek találok, hogy a családon belül megvalósuló beszélgetések nemcsak hogy formálisak vagy felszínesek, de a kölcsönösség is hiányzik belőlük. A szülő például gyakran prédikációkat tart, kinyilatkoztat a fia vagy a lánya felé, de ritkán kerül sor a gondolatok és az érzések igazi cseréjére, a másik fél meghallgatására és az általa elmondottak komoly tekintetbevételére. A konzultáció során néha őszinte döbbenetet látok a szülők arcán, amikor a beszéd és a beszélgetés közötti különbséget próbálok megvilágítani.

- Az érzelmi-indulati szférában és a konfliktuskezelésben a tagadás, elfojtás éppúgy megjelenik, mint a – nem lényegi – negatív eseményeken való kérődzés, a panaszkodás, a siránkozás, a vádaskodás vagy a nyílt agresszió. A bántalmazás különböző változatai igen gyakoriak: a szülő vagy a felnőtt gyerek megüti, meglöki, durván szidalmazza, fenyegeti a másikat. A kodependenciával társuló meghatározó érzések uralják a légkört: mindenki szorong, szégyenkezik és büntudattal terhes (Kelemen, 2001). Pozitív emóciók kevésbé fejeződnek ki, az együttlétet örömtelenség és reménytelenség hatja át.
- A család működésének egészében jelen van a bizalmatlanság és az intimitástól való félelem. Az egészséges bizalom és bensőségesség éppúgy hiányzik a szülő-szülő, mint a szülő-gyerek vagy gyerek-gyerek kapcsolatokból. Az intimitásigényt a résztvevők hártják, és ez a szükséglet inadekvát vagy torz formákban (állandó irónia vagy provokációk, anya-fiú vagy apa-lány erotizált színezetű viszony, „alkoholos vagy drogos intimitás”, közös családi pornónézés, szexuális abúzus, addiktív szexuális viselkedés, külső kapcsolat, promiszkuitás) fejeződik ki.
- A problémák éveken át fennállnak, a családtagok újra és újra ugyanazt a forgatókönyvet ismételtetik, és az ezzel járó szenvedés egyre elviselhetlenebb. Fejlődés nem tapasztalható: az önállóságát hangsúlyozó felnőtt gyerek nem válik le, a pokoli házasságban élő felnőttek nem válnak el, az anya függetlenedése céljából nem vállal munkát, a szülő tolerálja és finanszírozza a gyerek drogozását, a beteg családtag nem keres terápiát stb. A változással szembeni félelmek erősek, és mindenki a másiktól várja a változást. Ugyanakkor egy indu-

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

ló változás – amely átmeneti egyensúlyvesztéssel jár – ellenállást kelt, és a rendszer egy vagy több tagját a fejlődés megakadályozására készíti. Erről tanulmányozhat a család részéről a hozzátartozó visszaesését kiprovokáló magatartás, a felépülőben lévő személyt mintegy váltva egy újabb tag megbetegedése és a meghíúsuló, félbehagyott kezelések.

Valószínűnek látszik, hogy a kodependens szülő – és az általa választott vagy felvállalt másik – a származási családból eredő internalizált kapcsolati mintákat a környezetükre kivetítve, létrehozzák most már saját családjukban nagyjából ugyanazt, amiben ők maguk is felnőttek.

Kodependencia a segítői magatartásban

A segítők kodependenciája hasonló töről fakad, mint a párkapcsolatban vagy a szülői szerepben megjelenő társfüggőség. Itt is kényszeres, görcsös, túlgondoskodó viszonyulásról van szó, amely a hivatásszerűen vagy önkéntesként űzött segítői tevékenységhez kötődik. A diszfunkcionális családból származó és hivatását addiktív módon használó kodependens segítők tünetei megegyeznek a korábban leírtakkal. A kliensét, páciensét vagy sorstársát kényszeresen „gyámoltó” (Lefever, 2007) egyén nem tud hatékonyan segíteni, mert az általa végzett munka középpontjában nem a segítségre szoruló másik, hanem saját kielégítetlen szükségletei állnak (Komáromi, 2009). Az így létrejött patológiás kapcsolatban az egyik fél a „szükségem van rá, hogy helyrehozzanak”, a másik a „szükségem van rá, hogy szükség legyen rám” pozíciójában van, amely kizárja a fejlődés lehetőségét (Kelemen, 2007; Lefever, 2007). A segítők életében a szakmai szerep „hipertrófiája” tapasztalható: magánszféra beszűkül, munkán kívüli kapcsolatai és elfoglaltságai megszűnnek, identitásélménye és önértékelése elsősorban a segítségből táplálkozik (Fekete, 1991).

A kodependens magatartás kialakulásához egyéb szociokulturális és szervezeti összetevők is hozzájárulnak (intézményi diszfunkciók, speciálisan nehéz munkaterület, a segítők megbecsülésének hiánya, kezdő vagy magányos segítők, elégtelen képzettség és önismeret, célok tisztázatlansága, a tevékenységgel szembeni irreális elvárások, szupervízió megoldatlansága stb.).

A kodependens segítők párkapcsolatában vagy gyermekével való viszonyában is kodependens vonásokat mutathat.

Tanulmányunkban – terjedelmi okokból – nem foglalkozhatunk mélyebben a segítők kodependencia problémájával, más munkánkban viszont bővebben olvashatnak erről (Komáromi, 2009).

Kodependencia és terápia

A kodependencia gyógyításában az önsegítés, a pszichológiai beavatkozások (konzultáció, pszichoterápiák) és medicinális terápia (szövődmények kezelése, farmakoterápia) bírnak jelentőséggel.

Önsegítő csoportok

A kodependencia terápiájában elsőként a Minnesota-modell részeként megfogalmazódó önsegítés jelent meg. Az első, alkoholisták házastársai számára szervezett önsegítő (Al-Anon) csoportok az 1940-es években tűntek fel az USA-ban. Ekkor a kodependencia fogalom még nem létezett, a csoportok tagjait koalcoholistáknak vagy paraalcoholistáknak nevezték. A hetvenes évektől a társfüggők által létrehozott önsegítő csoportokat szenvedélybetegek hozzátartozói látogatták. A színpomp specializálódást jelzett: az érintettek külön csoportokat hoztak létre az alkoholisták, a drogfüggők, a szerencsejátékosok, az agresszív viselkedésűek házastársai, partnerei és külön csoportokat felnőtt gyerekeik (ACA) számára. Az önsegítő csoportokat azonos problémától szenvedő személyek alkották, akik az egymásnak nyújtott kölcsönös segítségtől élethelyzetük és személyiségállapotuk kedvező változását várták. A tagok anonimitására és a politikai, vallási, világnézeti semlegességre építő önsegítő mozgalom világszerte terjedt, és a kilencvenes évektől kezdve – a Névtelen Alkoholisták és Névtelen Narkománok csoportjait követően – Magyarországon is megalakultak az első szenvedélybeteg-hozzátartozói csoportok (Kelemen, 1991).

A kodependensek önsegítő csoportjai rendszeres üléseket tartanak. A csoportokban a felépülés különböző stádiumaiban lévő egyének találkozhatnak egymással. Az adott keretben folyó munka funkciói az elszigeteltség oldása, a pszichés támogatás, a mintaadás és bizonyos viselkedési változások szorgalmazása. Az üléseken az önmagunkért – testünkért, lelkünkért, spiritualitásunkért – vállalandó felelősség kerül középpontba. A tagok a hivatalos találkozókra kívül is kapcsolatot tartanak egymással, krízishelyzetben vagy közös programok megvalósítása céljából telefonon, illetve személyesen is kapcsolatba léphetnek. Hosszabb kapcsolatot követően a tagok életében a közösség markáns személyiségformáló erővé válik. A mozgalom hagyományai értelmében a gyógyultak – tapasztalataik átadása céljából – továbbra is részt vesznek a csoport életében.

Az önsegítő csoportok egészségügyi intézményekhez vagy civilszervezetekhez kötődő terápiás programok részeként is elterjedtek. Több magyar példát is ismerünk erre: a Szigetváron működő addiktológiai osztály, a Félút Centrum vagy egyes rehabilitációs otthonok. Ezenkívül drogos fiatalok szüleinek kezdeményezésére is szerveződtek önsegítő szülőcsoportok (Önkontroll és Matrix Egyesület), amelyek komoly támogatást jelentettek a kodependens sorstársaknak (Pusztaházi, 1999).

Konzultáció

A konzultáció a kodependens személy önkéntes jelentkezésén alapuló, viszonylag rövid időtartamú, strukturált és konkrét célok elérésére irányuló beavatkozás. Különböző szerzők egyetértenek abban, hogy a konzultáció olyan módszer, amely önmagában nem alkalmas súlyos pszichiai zavarban szenvedő személy kezelésére.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Cavanagh nyomán a konzultációs kapcsolatban azért dolgozunk, hogy a kliens új, pozitívabb viszonyt tudjon kialakítani önmagával és másokkal. A fejlődésközpontúság mellett az addiktológiai konzultációban a felépülés ciklikusságának elve és a motivációs szemlélet jelent fontos kiindulópontot. A konzultáció a jelenre koncentrál, és elsősorban az aktuális problémák megoldása területén igyekszik megfogható, mérhető változásokat elérni. A konzultáció – elméleti orientációja szerint – humanisztikus, kognitív-behaviorista és pszichodinamikus szemléletű lehet (Cavanagh, 1995; Rácz, 2009; Fonyó, 1998).

A társfüggő személy többnyire nem saját maga, hanem hozzátartozója addiktív problémája miatt érkezik a konzultációba. Nemcsak, hogy úgy érzi, hogy társa vagy gyereke *miatt*, de azt is, hogy „helyett” jött. A segítőfolyamatban – saját szerepének felismerése révén – ennek szükségszerűen át kell definiálnia. Paradox módon a társfüggővel folytatott hatékony konzultáció egyik első eredménye a betegségtudat kialakulása.

Ebben a pszichodinamikus szemlélet alkalmazása lehet leginkább segítségünkre, amely a tudatosságot, a belátást, eddig rejtett, transzgenerációs és a rendszerszintű összefüggések felismerését célozza meg. A konzultációban természetesen nincs mód az ezekkel való mélyebb foglalkozásra, mert nem is ez a cél. A pszichodinamikus megközelítésnek – meglátásom szerint – ebben a munkában inkább a konzultáns fejében van a helye, és kevésbé a konzultáció közvetlen gyakorlatában. A konzultációban fontos szerephez juthat a pszichoedukáció, a készségfejlesztés és a kognitív átstrukturálás, amely a kognitív-behaviorista iskolák eszköztárának része.

Az állapotfelmérést követően tehát olyan munka kezdődik, amely viselkedésváltozást eredményez, és nem tűzi ki célul a személyiség mélyebb átalakulását. A problémák gyökerének feltárása helyett inkább igyekszik megoldani azokat. Általános céljaink a konzultációban a ventiláció elősegítése, az izoláció oldása, a társ problémás viselkedésének realisabb értékelése, a problémában játszott saját szerep jobb megértése, a szülő-gyermek kapcsolat javítása és a szülői attitűd kedvező irányú befolyásolása.

Társfüggő személy esetében a változásokat jelzi pl. a konfliktuskezelés vagy az asszertivitás javulása, a gyerekkel vagy a társsal való kommunikáció kölcsönössé és nyíltabbá válása, a határok bátrabb képviselése vagy az öngondoskodás erősödése. Ezek a változások kis lépésekben történnek, így a célokat mindig rövid távra és a lehető legkonkrétabb formában rögzítjük. Heti célként fogalmazódhat meg többek között a házi orvos felkeresése a meglévő fizikai panaszok kivizsgálása érdekében, az indulatteli összeütközések helyett a hozzátartozóval nyugodt tisztázó beszélgetés kezdeményezése, az ellenőrző-irányító viselkedések elkerülése vagy egy régebbi, elhanyagolt kapcsolat felelevenítése.

A konzultációt ebben képzett orvosok, pszichológusok, szociális munkások, addiktológiai konzultánsok végezhetik.

Az egyéni konzultáció mellett pár- vagy családi konzultációban is dolgozhatunk, de kodependensekkel végzett segítőmunkában az egyéni beavatkozásnak kiemelt szerepe van.

A konzultáció eredményesen alkalmazható módszer az enyhébb, nem előrehaladott társfüggőség tüneteinek csökkentésében, a kliens életminőségének javításá-

ban. Ugyanakkor önmagában nem alkalmas a súlyosan kodependens személyek befolyásolására, ahol csak a személyiség mélyebb struktúrájának módosulása hozhat kielégítő eredményt. Az utóbbiaknál a konzultáció elévülhetetlen érdeme viszont, hogy a pszichoterápia „előszobájául” szolgálhat. Számos olyan egyéni pszichoterápiát végeztem, amely nem jöhetett volna létre a konzultáció biztosította előzetes szocializáció nélkül.

A 28 éves segítőfoglalkozású, alkoholista családból származó nő párkapcsolati dilemmával érkezett. Néhány hónapja ismerkedett meg jelenlegi barátjával, aki-be szerelmes lett. Már a kapcsolat során derült ki, hogy partnere hosszú évek óta marihuánát szív, napi fogyasztó. A páciens először nem akart szembenézni ezzel a ténnyel, de ma már úgy gondolja, hogy ez nem hárítható tovább. Szeretne barátja mellett maradni, bízik abban, hogy annak szerhasználata – ha nem is szüntethető meg, de – mérsékelhető. Partnere ragaszkodik a fővezetéshez, mivel munkahelye és párkapcsolata is van, azt gondolja, hogy minden normálisan megy az életében, és nincs szüksége külső segítségre.

Munkánk kezdetén a kodependens fiatal nő maga is hezitált: problémának is tartotta a fővezést, meg nem is, el is határolódott tőle, meg vonzónak is találta. Sokat olvasott a kannabisfüggőséggel társuló tünetekről, ugyanakkor maga is elhitte, hogy az esténkénti szívások lehasíthatók az élet egészéről, amely zavarmentesen folyhat tovább. Nehezen tudtuk rögzíteni közös munkánk célját, amely nem irányulhatott a másik szerfüggőségének befolyásolására, hanem amelynek ettől függetlenül, a „saját térfélen” kellett megfogalmazódnia.

Származási családjában az apa súlyos alkoholfüggő volt, a szülei korán elváltak, ő az öccsével együtt az anyánál nevelkedett. Kérdés nélkül megjegyezte, hogy korábbi kapcsolataiban több „segítségre szoruló” partner is előfordult. Ezekből a kapcsolatokból ő lépett ki, mert egy idő múlva megelégedte a sok problémát.

A pácienssel konzultációra szerződöttünk, amely 15–20 alkalomra szólt. A konzultáció célja a párkapcsolatra vonatkozó döntések meghozatalának elősegítése és saját kodependens viselkedésének felfüggesztése volt.

A konzultáció során a kapcsolatukból származó napi helyzetekkel dolgoztunk, amelyeket hétről hétre a páciens hozott. A konkrét szituációk nyomán a következő kérdések vetődtek fel: Milyen érzés együtt tölteni az estét, miközben barátja füvet szív és számítógépen játszik? Milyen témák fordulnak elő beszélgetéseikben, és milyen dolgokról lehetetlen a kommunikáció? Mennyiben azonosak, illetve eltérőek a jövővel kapcsolatos elképzeléseik, életcéljaik? Hogyan hat a naponta megjelenő drogozás kettejük viszonyára? Hogyan befolyásolja az intimitást? Hogyan érzik magukat egymás baráti társaságában? Milyen előnyökkel és hátrányokkal jár ez a kapcsolat az ő számára? Miben fejlődött és miben léphetett vissza, mióta együtt vannak?

A munka első szakaszában saját kodependens reakcióinak beazonosítása, a második szakaszban adaptívabb válaszokkal való helyettesítése volt a cél. Az önmonitorozás mellett az előny-hátrány elemzés technikáját, viselkedési próbákat és kognitív átstrukturálást alkalmaztunk. A kognitív átkeretezés hatására a páciens máshogy kezdett viszonyulni a kapcsolathoz: idealizált aspektusait józanabban,

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

tárgyilagossá látta. Erre jó példa kettejük szexuális életének és szellemi kapcsolatának értékelése, amelynek számára pozitív oldalait azelőtt a szerfogyasztással hozta összefüggésbe. Saját kodependens viselkedése is más megvilágításba került, felismerte ennek defenzív és beszűkítő jellegét.

A konzultáció eredményeképpen képessé vált autonómabb viselkedésre és döntéshozatalra, a másik szerfogyasztásának realisabb megtélésére. Párkapcsolatában maradt, partnere néhány hónappal később kezelésre jelentkezett, ami jelenleg is folyamatban van.

Pszichoterápiák

A pszichoterápia speciális keretek között zajló korrektív, tanulási folyamat, amely – a páciens és terapeuta sajátos kapcsolatának, valamint az alkalmazott módszernek köszönhetően – a személyiség érését, differenciálódását kívánja elősegíteni. Ezt a maga nemében különleges kapcsolatot a terapeuta részéről empátia, a kongruencia és a feltétel nélküli elfogadás jellemzi. A pótlólagos érés következtében a személyiség a korábbinál harmonikusabb működésre képes, tünetei megszűnnek vagy jelentős csökkenést mutatnak. A pszichoterápia a tüneteitől szenvedő páciens betegségbelátásán és motivációján alapul.

A kodependencia pszichoterápiájában a pszichodinamikus és a kognitív-viselkedésterápiás megközelítés bizonyul eredményesnek (Buda, 2009; Demetrovics, 2009). Az egyéni pszichoterápia mellett pár- vagy családterápia, illetve csoportpszichoterápia is indokolt lehet (Barát és Demetrovics, 2009).

A társfüggőség pszichodinamikus megközelítése a múlt feltárását, az elszenvetett traumák feldolgozásának elősegítését, a jelenlegi tünetek és a korai élmények közötti összefüggések megértését tartja lényegesnek. A pszichodinamikus orientációjú terápiák a patológiát hordozó személyiség átfogó, mélyebb változását tűzik ki célul. A terápiás folyamatban fontos az áttételi-viszontáttételi jelenségek és a tudattalan tartalmak tudatosítása, értelmezése, a szabad asszociációk és az álmok felhasználása (Gabbard, 2009). Külön kiemelendő a terapeutával való találkozás jelentősége, amely gyógyító kötődési tapasztalatot jelenthet a bizonytalan (elkerülő, dezorganizált) kötődésű páciens számára (Ajkey, 1999; Fonagy és Target, 2005). A dinamikus irányzat rövid (fókusz-) és időkorlát nélküli hosszabb terápiákat foglal magába.

Buda szerint az addikciók pszichoterápiájában mindig lényeges a patogenezis feltárása, vagyis a páciens problémájának elhelyezése a személyiség fejlődéstörténeti, strukturális és dinamikus motivációs vetületében, és erre leginkább a pszichodinamikus szemlélet alkalmazása ad lehetőséget. A szerző állítása szerint a terápia különböző szakaszaiban más és más feladat kerül előtérbe, ennek megfelelően az alkalmazott megközelítés is változik (Buda, 2009).

A kognitív és viselkedésterápiás megközelítés a társfüggőség tüneteinek (torzult kogníciók, alacsony önbecsülés, határozatlanság, gyötrő érzések, örömtelenség, túlzott felelősségvállalás, önmaga elhanyagolása, kontrolláló viselkedés) megszüntetésére irányulhat. A kognitív felfogás értelmében a különböző szimptomák

hátterében negatív, hibás kogníciók húzódnak meg. Ezek az egyénre magára, a másokra és kettejük kapcsolatára vonatkoznak. A páciens diszfunkcionális feltevéseinek beazonosítása és korrekciója kognitív, érzelmi és viselkedési változásokat eredményez. A terápia strukturált, korlátozott időtartamú, és a múlt helyett a jelenre koncentrál (Mórotz és Perczel Forintos, 2006). A terapeuta tehát a társfüggő tünetei mögött rejlő, konkrét szituációkban megjelenő gondolatokra („ha nem teszek meg mindent, nem fog szeretni” vagy „egyedül nem fogom kibírni”) és érzésekre (szorongás, szégyen) összpontosít, és ezek módosításán (kognitív átstrukturálás) fáradozik.

A kodependencia terápiája ezeken túl pszichoedukációt, relaxációs tréninget, meditációt és viselkedésterápiás készségfejlesztő tréninget foglalhat magában. A relaxáció és a meditáció a szorongás csökkentését, a vegetatív működések harmonizálását és pozitív testi élmények szerzését célozza. A készségfejlesztés során a negatív és pozitív érzések, indulatok kifejezését, a kérést és a visszautasítást gyakoroltatjuk, továbbá az asszertivitás, a coping, a konfliktuskezelés és a szociális készségek javítására helyezünk hangsúlyt. Fontos a páciens elkerülő viselkedéseinek feltérképezése és kiiktatása, az expozíciós helyzetek előidézése és az elért eredmények pozitív megerősítése. A viselkedésterápiában a csoportos forma bizonyul a leghatékonyabbnak (Perczel Forintos, 2009).

A pszichodinamikus és kognitív megközelítést ötvöző, Young által kidolgozott sématerápia különösen ígéretes lehetőséget kínál a kodependencia kezelésére. Ezt a módszert Young személyiségzavaros vagy az I. tengelyi zavar hátterében krónikus személyiségproblémákat mutató páciensek számára vezette be, akik nehezen kezelhetők a hagyományos kognitív viselkedésterápiás megközelítéssel. Ezek a páciensek diffúz, sokfajta tünettel rendelkeznek, és nem feltétlenül tudnak jól együttműködni a múlt iránt kevésbé érdeklődő, direktívebb, házi feladatokat adó kognitív viselkedésterapeutával. A sémaelmélet alapján – mint láthattuk a társfüggőség etiológiájával foglalkozó fejezetében – a kodependenciát a múltbeli averzív élmények elszenvedésével, a kielégítetlen érzelmi szükségletekkel hozhatjuk összefüggésbe. A szerző szerint a tünetek az ennek nyomán kialakuló korai maladaptív sémák elfogadásából, elkerüléséből vagy túlkompenzációjából erednek (Young, 2003). A sématerápia a társfüggő sémáinak gyógyítására irányulhat. A diagnosztikai és edukációs szakaszban a sémák beazonosítása, keletkezési hátterük és az aktuális nehézségekkel való kapcsolatuk megértése a cél. A változási fázisban az adaptívabb viselkedési és interperszonális stratégiák elsajátítása a feladat, amelynek folyamán kiemelendő a terapeuta aktív, gyakorlatokat előíró és megerősítéseket adó szerepe. A terapeuta nem akar a páciens szülőjévé válni és regresszív viszonyulást előidézni, de törekszik az adott esetben kritikus sémák semlegesítésére alkalmas magatartás (pl. gondoskodó, nem kritikus) megjelenítésére (Young, 2003; Salkovskis, 2005).

Végezetül egy eset rövid bemutatásával szeretném kiegészíteni a konzultációról és a pszichoterápiákról elmondottakat:

A 48 éves anyával 19 éves fia drogproblémája miatt kerültem kapcsolatba. Első szerződésünk 15–20 ülésből álló, heti egyszeri konzultációra szolgált. A konzultáció

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

célja a fiatal droghasználatának mélyebb megértése, a családdal és a szülőkkel összefüggő lehetséges okok feltárása és az erre adandó, segítő célzatú szülői válaszok kidolgozása volt. A jó intellektusú és felelősséget érző anya igen motivált volt ebben a munkában. A konzultációs szakasz első felében megfogalmazódott, hogy az önállóan és depressziós páciens érzelmileg ma is erősen köti magához fiát. A gyerek önállósodását finoman, de határozottan akadályozza, és tudattalanul olyan képet tükröz vissza a fiúnak, mintha ügyetlen és gyámoltalan óvodás volna. A munkájában elfoglalt és a gyerekneveléssel járó feladatokat kezdettől fogva a feleségre testáló apa kevésbé van jelen a családban, így a másik oldalról nem képes a fiú szeparációs-individuációs törekvéseinek hathatós támogatására. (Az apával egyszer találkoztam ugyan, de nem sikerült őt bevonni a konzultációba.) A konzultáció második szakaszában olyan anyai magatartást próbáltunk felépíteni, illetve megerősíteni, amely marad támogató és szeretetteljes, de megengedi a leválást és bátorítja a gyerek egyéni tapasztalatszerzését, kezdeti párkapcsolati próbálkozásait. Az anya rendszeresen ilyen feladatokat kapott, majd próbálkozásait közösen kiértékeljük. Néhány hónap múltán jól látszott, hogy az anyát saját intrapszichés problémái komolyan gátolják a fiával való kapcsolat megváltoztatásában. Közben a gyerek is segítségért jelentkezett, és kezdeti stádiumban lévő szerfüggősége miatt vele is elkezdődött az egyéni konzultáció. Az anya szorongásai ekkor felerősödtek, és visszatérő migrénes fejfájást és szívűtői fájdalokat panaszolt. A konzultációt lezárva, új szerződést kötve pszichoterápiát kezdünk.

Az integratív megközelítésű, 1,5 éven át folytatott pszichoterápiában a cél a kodependens anya egyéni segítése, saját autonómiafejlődésének és útkeresésének ösztönzése volt. A terápia két fázisra volt bontható: az elsőt inkább feltáró, a másodikat kognitív-viselkedésterápiás jellegűnek nevezném.

A pszichodinamikus megközelítésű első szakaszban sokat foglalkoztunk származási családjával, szüleikhez fűződő érzéseivel és a szülők párkapcsolatával. Lényeges problémaként fogalmazódott meg, hogy – egyetlen gyermekként – ő is szoros dependens kötődésben volt édesanyjával, aki nem volt boldog a depressziós, kényszeres, munkaalkoholista férjével való házasságban. A páciens is hasonlóan „nehéz” embert választott társul, aki „magának való”, sokat dolgozik és ritkán fejez ki pozitív érzéseket, gyengédséget. Együttélésükben az egyre cseperedő fiúgyerek jelentett számára nagy örömet, és velük lakott egészen haláláig az ő idős édesanyja is. A páciens anyja két éve halt meg, az ehhez kapcsolódó gyász-munka befejezetlennek tűnt. Kiderült az is, hogy férje egy nagyobb céget épített fel, és néhány éve – férje kérésére és korábbi kedvelt munkahelyét feladva – a páciens is itt dolgozik. Nincs azonban kibékülve ezzel a helyzettel, és visszasírja előző munkakörét. Igen fontos, addig rejtve maradt információként került fel a páciens éveken át folytatott esténkénti italozása, amelyet – elmondása szerint – kb. fél éve beszüntetett.

A röviden ismertetett kontextusban a terápia első, pszichodinamikus orientációjú szakaszában főleg két tematikával dolgoztunk: az egyik a leválási-elválási, illetve gyászsal összefüggő témakör, a másik az önállósodás, az önmagával kapcsolatos felelősség és az ehhez társuló szorongások területe.

A kognitív-viselkedésterápiás szakaszban a házastársi és az anyai szerepre, valamint a másokért való felelősségvállalásra vonatkozó hibás kognícióival foglalkoztunk. Hangsúlyt helyeztünk kommunikációs készségének, konfliktuskezelésének és asszertív viselkedésének javítására. Ebben a fázisban minden alkalommal házi feladatokat (naplóvezetés, viselkedési próbák) kapott.

1,5 évnyi közös munka után a terápiát befejeztük. A páciens éppen akkor jelentette be férjének, hogy vissza szeretne térni a korábbi munkahelyére. Anyját meggyászolta, tudunk már kétségbeesett zokogása nélkül beszélni múltbeli kapcsolatokról. Fia abbahagyta a drogozást, és főiskolára járt. A fiának barátjánője lett, aki feljárt hozzájuk, és néha a pácienssel közösen süített-főzött. Férjével való kapcsolatában is kicsi, de pozitív változások mutatkoztak: esténként „csak úgy” beszélgetni kezdtek, heti egy-két alkalommal közös programot szerveztek. Ivása nem tért vissza, és ezzel kapcsolatos bűntudata is nagyrészt feldolgozódott. Angol nyelvtanfolyamra és alakformáló tornára iratkozott be. Hangulata javult, férjével együtt nyári utazásra készültek.

Medicinális terápiák

A kodependens egyén szomatikus panaszainak kivizsgálása, a fizikai szövődmények kezelése és az időszakosan intenzívvé váló pszichés tünetek (szorongás, depresszió) farmakoterápiája tartozik ebbe a körbe. A korábban jellemzően tagadott, elhanyagolt testi panaszokkal való orvoshoz fordulás már önmagában is pszichoterápiás értékű.

Saját tapasztalatok összegzése

Hosszú évek óta végzek konzultációs és pszichoterápiás munkát kodependens páciensekkel. Ez a tevékenység sok tapasztalatot eredményezett, amelyekből a következőket emelném ki:

1. A páciensek többsége nem önmaga, hanem a szenvedélybeteg hozzátartozóval kapcsolatos problémái miatt érkezik. A segítségkérés olyan pillanatban történik, amikor a távol maradó érintettek jó része még hárítja a szerfüggőség és a párkapcsolat problémáit, és nem kezdeményez változást. A segítőfolyamatban a társfüggő „mit tegyek vele, hogy meggyógyuljon?” kérdését idővel a „mit tegyek, hogy jobban legyek?” kérdésnek kell felváltania.
2. A cél tehát nem az ambivalens vagy elutasító „másik”, hanem a jelen lévő kodependens gyógyítása. Lényeges különbségről van szó, mivel deklaráljuk, hogy nem tudunk közös felelősséget viselni egy olyan személyért, aki maga nem viszonyul felelősen saját életéhez. A társfüggő viszont képes tenni önmaga állapotának javításáért, azaz a társ sikeresebb irányítása – ezáltal a segítő bevonásával – helyett az önmagáért vállalt felelősség kerül középpontba.
3. A saját magával kapcsolatos felelősség mozzanatának megjelenése azt jelzi, hogy az egyén kimozdult az „áldozat” pozíciójából. Nem magatehetetlen, másoknak kiszolgáltatott báb többé.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

4. Ez a „komfortos” helyzet, hogy a másikat kontrollálni igyekvő és önmagát krónikusan elhanyagoló páciens saját magáért dolgozik, persze nem áll elő egy csapásra. Az első fázisban a terapeutának vagy az önsegítő csoportnak sokat kell tenni a motiváció erősítése érdekében.
5. A hatékony kezelés integratív szemléleten alapulhat, amelyben az önsegítés mellett a pszichodinamikus és a kognitív-viselkedésterápiás megközelítés, szükség esetén a medicínális terápiák egyaránt helyet kapnak. Önmagában egyik vagy másik megközelítés nem vezet érdemi változáshoz.
6. Pszichodinamikus, feltáró szakasz nélkül nem kerül sor a negatív érzések (szégyen, harag) és a primitív elhárítások (tagadás, projekció) átdolgozására, a feloldatlan veszteségek elgyászolására. A feltáró munka az első fázisban lehet a leghatékonyabb. Ezt úgy kell végezni, hogy egyszerre foglalkozunk a múlttal és a jelennel, mert a kodependens életében az aktuális történések szintjén szupportív támogatásra, ventilációra folyamatosan szükség van. Ebben a fázisban az egyéni terápia létjogosultsága nagyobb.
7. A jól megoldott feltáró szakasz még nem tesz automatikusan képessé az adaptívabb viszonyulásra, ezért a következő szakaszban a kogníciók és a viselkedés változtatására kerülhet a hangsúly. Itt nagy szolgálatot tesz a csoportterápia.
8. A konzultáció és a pszichoterápia egyaránt hatékonyak bizonyul. A konzultáció nagy előnye, hogy olyankor is végezhetjük, amikor pszichoterápiára nincs mód. Ugyanakkor tisztában kell lennünk azzal, hogy a személyiség és a kapcsolatok struktúrájának mélyebb megváltoztatására a konzultáció nem alkalmas.
A páciensek többségénél azt látom, hogy a konzultáció jó eszközöket, technikákat adhat a változtatáshoz, de ahhoz, hogy az egyén képessé váljon ezek használatára, pszichoterápia szükséges. Egy példával élve: az alkoholista családból származó, apjától korábban megfélemlített felnőttel hiába dolgozunk a konzultációban a szülői kompetencia erősítésén, amíg ez a szülő riadt gyermekké válik kamaszfia dührohamainak hatására.
9. A társfüggő személlyel végzett segítőmunkában a hangsúly az autonómia erősítésére, bátorítására helyezendő. Az autonómiafejlődés minden értelemben kívánatos: gondolatokban, érzésekben, szándékokban, döntésekben, kapcsolatban, cselekvésben. Egy olyan páciens, aki még gondolkozásában és érzéseiben nem autonóm, azaz nincs tisztában azzal, hogy hogyan gondolkodik és érez valamivel kapcsolatban, ha külső ösztönzésre ki is próbálja, de nem tudja interiorizálni az önálló viselkedést.
10. További két sarokpont az örömképesség erősítése és a jövőhöz való pozitívabb viszony tudatos formálása.
11. A konzultáns vagy terapeuta részéről az áttételi és viszontáttételi folyamat értése és szabályozása nagyon lényeges. A terápiás térben megsokszorozódnak a negatív projekciók, a segítő destruktív projektív identifikációk alanyává válhat. A felszabaduló szorongás, harag és szégyen nagy megterhelést jelent a kezelést végző számára. A terapeuta intenzív dühöt, reménytelenséget és tehetetlenséget él át, és a saját érzéseivel való viaskodás megbéníthat-

- ja, mint értelmesen cselekvő és a szituáció kézben tartására képes ágenst. A rendszeres szupervízió elengedhetetlen.
12. A konzultáns vagy terapeuta attitűdjét a Böszörményi-Nagy által javasolt többoldalú részrehajlás kell, hogy jellemezze. Páciense mellett a többi szereplővel is empatizálnia szükséges.
 13. Korábban leszögeztem, hogy a terápia célja és sikerességének fokmérője nem a szenvedélybeteg hozzátartozó pozitív változása. Ugyanakkor számtalanszor tapasztalom, hogy a kodependens egyén fejlődésének hatására a problémás „másik” is elindul egy analóg pályán, pl. elvonókezelést vagy rehabilitációs programot kezd el, esetleg vállalkozik a korábban elhárított párterápiára.
 14. A kodependens egyéni segítségét jól kiegészítheti – de soha nem helyettesítheti – a pár- vagy családterápia.
 15. A hatékony kezelés olyan prevencióként is felfogható, amely megakadályozhatja a kodependens rendszer további burjánzását, a társfüggőség mintájának transzgenerációs átadását.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Irodalom

- Ajkay K. 1999. „Nincs bocsánat.” Korai szégyen élmények hatása a személyiségfejlődésre. In Lust I. szerk.: *Pszichoanalízis és kultúra*. Budapest, Magyar Pszichanalitikus Egyesület, 118–124.
- Badinter E. 1999. *A szerető anya. Az anyai érzés története a 17–20. században*. Budapest, Csokonai Kiadó, 199–300.
- Bagdy E. 2002. A tudattalan összejátszástól az együtt fejlődésig. Kollúzió – koevolúció: Jürg Willi párdinamikai koncepciója. In Bagdy E. szerk.: *Párkapcsolatok dinamikája*. Budapest, Animula Kiadó, 34–50.
- Balogh K. 2003. A gyermekkori pszichés zavarok és a trianguláció. In Koltai M. szerk.: *Család – pszichiátria – terápia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 119–137.
- Barát K. & Demetrovics Zs. 2009. Családterápia és szerfüggőség. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai III.* (pp. 349–358). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Beattie, M. 2008. *Ne függj senkitől! A társfüggőségről mindenkinek*. Budapest, Édesvíz Kiadó.
- Böszörményi-Nagy I. & Krasner B. R. 2001. *Kapcsolatok kiegyensúlyozásának dialógusa*. Budapest, Coincidencia Kft.
- Bradshaw, J. 1990. *Vissza önmagunkhoz. A bennünk élő gyermek felfedezése*. Budapest, Hungalibri Kiadó, 23–70.
- Buda B. 1992. *Az alkoholológia új távlatai*. Budapest, Alkoholizmus elleni Bizottság, 111–136.
- Buda B. 1996. *Alkohol és szexualitás*. Budapest, Országos Alkoholológiai Intézet, 8–30.
- Buda B. 2009. Az addikciók pszichoterápiája. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai III.* (pp. 181–241). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Burr, A. 1987. *Alkoholista a családban. Alkoholológiai kiskönyvtár 11.* Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- Cavanagh, M. E. 1995. A konzultáció szakaszai. In Rácz J. szerk.: *Addiktológiai szöveggyűjtemény*. Budapest, HIETE, 123–146.
- Cermak, T. L. 1986. *Diagnosing and Treating Co-Dependence*. Minneapolis, Johnson Institute Books.
- Dávid T. 2006. Párkapcsolat és addikció. In Kapócs I. szerk.: *Hány lépés az élet? Ifjúkór 4.* Budapest, Okker Kiadó, 62–67.
- Demetrovics Zs. 2007. *A droghasználat funkciói*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 97–114.
- Demetrovics Zs. 2009. A droghasználat családi háttere. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai III.* (pp. 129–147). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics Zs. & Kun B. 2007. Viselkedési addikciók. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 182–186). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics Zs. & Kun B. 2010. A viselkedési függőségek és az impulzuskontroll egyéb zavarainak helye az addikciók spektrumán. In Demetrovics Zs. & Kun B. szerk.: *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 29–40). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Erikson, E. H. 2002. *Gyermekkor és társadalom*. Budapest, Osiris Kiadó, 243–266.

- Fekete S. 1991. Segítő foglalkozások kockázatai – helper-szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 1, 17–24.
- Fonagy P. & Target M. 2005. *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest, Gondolat Kiadó, 176–207, 303–348.
- Fonyó I. szerk. 1998. *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből*. Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, 25–90.
- Forward, S. 2000. *Mérgező szülők*. Budapest, Háttér Kiadó.
- Gabbard, G. O. 2009. *A hosszú pszichodinamikus terápia tankönyve*. Budapest, Lélekben Otthon Kiadó.
- Giddens, A. 1998. *The Transformation of Intimacy*. Cambridge, Polity Press.
- Hardy J. 2003. A női szerepek és a pszichiátriai zavarok. In Koltai M. szerk.: *Család – pszichiátria – terápia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 148–195.
- Hemfelt R. & Minirth F. 1997. *A szeretet választható*. Budapest, Múzsák Kft., 35–278.
- Hoyer M. 2003. Hogyan változik az addiktológia elmélete és gyakorlata? In Kállai J. szerk.: *Új távlatok a klinikai pszichológiában*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, 113–126.
- Hoyer M. 2006. Párkapcsolat és addikció. In Kapócs I. szerk.: *Hány lépés az élet, Ifjúkór 4*. Budapest, Okker Kiadó, 81–94.
- Kast, V. 2004. *Búcsú az áldozatszereptől*. Budapest, Európa Kiadó.
- Kaufman, E. 1995. Családi rendszerek és a szerfüggőség családterápiája. A kutatás és a klinikai gyakorlat két évtizedének áttekintése. In Rác J. szerk.: *Addiktológiai szöveggyűjtemény* (pp. 61–70). Budapest, HIETE.
- Kelemen G. 1991. A kodependenciáról. *Psychiatria Hungarica*, VI. évf. 2. sz. 93–108.
- Kelemen G. 2001. *Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia*. Pécs, Pro Pannónia, 42–52.
- Kelemen G. 2007. Előszó a magyar kiadáshoz. In Lefever, R.: *Kényszeres segítés*. Pécs, Pécsi Tudományegyetem – Leo Amici 2002 Alapítvány, 8–11.
- Kohut, H. 2001. *A szelf analízise*. Budapest, Animula Kiadó.
- Koltai M. 2003. Transzgenerációs hatások a családban. Szuicidium – gyász – megbékélés. In Koltai M. szerk.: *Család – pszichiátria – terápia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 225–240.
- Komáromi É. 1998. Szülőcsoport: kétségek és remények. Narkománok családjai-val folytatott munka tapasztalatai. In szerk.: *Körkép a magyar nyelvű addiktológiai szakirodalomból*. Budapest, HIETE, 315–328.
- Komáromi É. 2009. Segítői játszmák az addiktológia területén. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai III.* (pp. 295–313). ELTE Eötvös Kiadó.
- Komáromi É. 2009. Szülői traumatizáció – gyermeki addikció. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai III.* (pp. 105–127). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Kozma N. 2005. *Kodependencia a szenvedélybeteg-párkapcsolatban és a segítésben*. Kézirat.
- Kun B. & Demetrovics Zs. 2010. Szexuális addikciók. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 173–211). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Lefever, R. 2007. *Kényszeres segítés*. Pécs, Pécsi Tudományegyetem – Leo Amici 2002 Alapítvány.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

- Lowenstein, W. 2005. *Ces dépendances qui nous gouvernent. comment s'en libérer?* Paris, Calmann-Lévy.
- Miller, A. 2002. *A tehetséges gyermek drámája és az igazi én felkutatása.* Budapest, Osiris Kiadó.
- Mórotz K. & Perczel Forintos D. szerk. 2006. *Kognitív viselkedésterápia.* Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- Norwood, R. 1992. *Nők, akik túlságosan szeretnek.* Budapest, Hunga-Print Kiadó.
- Oravecz R. 2001. Alkoholfüggő szülők gyermekei – pszichotraumatológiai aspektusból. *Addictologia Hungarica*, 3, 182–187.
- Perczel Forintos D. 2009. *A kognitív terápiák standard hatótényezői.* Kézirat.
- Pusztaháziné G. I. szerk. 1999. *Más világ. Egy anya naplójából.* Budapest, Önkontroll Egyesület.
- Rác J. 2009. Konzultáció. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai III.* (pp. 250–272). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Salkovskis P. M. szerk. 2005. *A kognitív terápia térhódítása.* Budapest, Animula Kiadó.
- Sárai T. 2002. Alkoholisták és partnereik párkapcsolati kommunikációs jellegzetességei. In Bagdy E. szerk.: *Párkapcsolatok dinamikája.* Budapest, Animula Kiadó, 361–70.
- Somlai P. 2002. Parttalan kamaszkor? *Fordulópont*, IV. évf. 16. 5–8.
- Tremkó M. szerk. 1994. *Narkósok szülei vagyunk.* Budapest, Mátrix Egyesület.
- Urbán R. 1994. Az intimitásról. *Magyar Pszichológiai Szemle*, (34)1–2, 84–98.
- Valleur, M. & Matysiak, J. C. 2006. *Les pathologies de l'excès. Sexe, alcool, drogue, jeux. Les dérives de nos passion.* Paris, JC. Lattes, 17–70.
- Valleur, M. & Velea, D. 2008. Addictions sans drogue. *Revue Toxibase*, N. 22.
- Whitfield, C. L. 1997. Co-dependence, addictions and related disorders. In Lowinson, J. H.; Ruiz, P.; Millman, R. B. & Langrod, J. G. eds.: *Substance Abuse.* Baltimore, Maryland, Williams & Wilkins, 672–683.
- Wilson Schaefer, A. 2000. *Menekülés a meghittség elől. Hogyan függünk álkapcsolatoktól?* Budapest, Új Paradigma.
- Winnicott, D. W. 2004. *A kapcsolatban bontakozó lélek.* Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, 114–147.
- Woititz, J. G. 2002. *Alkoholbetegek felnőtt gyermekei.* Magyar nyelvű fordítás.
- Woititz, J. G. 1983. *Adult Children of Alcoholics.* *Health Communications*, Deerfield Beach, Fl.
- Young, J. E. & Klosko, J. S. 2003. *Schema therapy: a practitioner's guide.* Guilford, New York.
- Young, J. E. & Klosko, J. S. 2003. *Schema therapy: a practitioner's guide.* Guilford, New York, Magyar nyelvű fordítás, kiadás alatt.

Kun Bernadette és Demetrovics Zsolt

Vallásfüggőség

Bár a *vallásfüggőség* jelenleg nem tekinthető tudományosan megalapozott betegségnek, mégis fontos lehet, hogy jelen kötetben, amely számba venni hivatott a főbb viselkedési addikciókat, röviden foglalkozzunk ezzel a jelenséggel. A zavart a diagnosztikus rendszerek nem tárgyalják, s a tudományos szakirodalom sem foglalkozik érdemben ezzel a problémával. A nagyon szerény tudományos érdeklődést jelzi az is, hogy gyakorlatilag néhány szerző munkáira kell hagyatkoznunk a téma tárgyalása során. Ugyanakkor a jelenség mégis fel-felbukkan az irodalomban, így eltekinteni sem lehet megvitatásától, a rokon zavarok közötti elhelyezésétől.

A vallásfüggőség – ahogy a jelen kötetben bemutatott más viselkedési addikciók – alapvetően mentális zavarnak tekinthető, amelynek jelentős pszichés, szociális, foglalkozásbeli következménye van a személyre nézve. Másrésztől azonban tudjuk, hogy a vallásosság kedvező hatással lehet mind a fizikai és mentális egészségre, mind pedig a pszichés jóllétre (lásd pl. Kopp, Székely és Skrabsky, 2004; Townsend, Klader, Ayele és Mulligan, 2002). A vallásos, illetve aktív vallásgyakorló emberek általában kevésbé depressziósak, alacsonyabb mértékű szorongással és kevesebb öngyilkossági kísérlettel, kedvezőbb immunmutatókkal és vérnyomás-szinttel, alacsonyabb mértékű dohányzással, alkoholfogyasztással és drogfogyasztással, magasabb önbecsüléssel, pszichés jólléttel és társas támogatottsággal, továbbá kedvezőbb mortalitási mutatókkal jellemezhetők, mint a nem vallásos személyek (Gardner, Larson és Allen, 1991; Koenig, McCulloch és Larson, 2001; Kopp és mtsai, 2004; Kovács és Pikó, 2009; Townsend és mtsai, 2002). Ezek az összefüggések azonban nem zárják ki, hogy egy az egyén és a társadalom számára alapvetően adaptív jelenségnek megjelenjen egy patológikus, kényszeres formája is. Láthatjuk, hogy a táplálkozás, a testedzés, a munka vagy a szexualitás mind olyan tevékenységek, amelyek nélkülözhetetlenek az egészséges humán élet szempontjából, mégis előfordul ezen viselkedésmódok túlhajtott, kontrollálatlan, kényszeres formája is (Demetrovics és Kun, 2007).

A vallás és a mentális problémák összefüggésének egy másik aspektusát, amelyben már megjelenik annak kényszerbetegséggel való kapcsolata is, Freud (1927/1945) írta le először. Freud a vallásra mint *kollektív neurózisra*, s a kényszerneurózis kialakulásának egy forrására tekintett. Az *Egy illúzió jövője* című írásában például így fogalmazott: „*a vallásos ember messzemenően vértézett bizonyos neurotikus megbetegedések veszélyeivel szemben azáltal, hogy a közös neurózist elfogadta, nincs többé szüksége arra, hogy egyéni neurózist kifejléssze*” (Freud, 1927/1945, 59). Bár Freud elméletét, miszerint a vallás inkább a patológiák s nem pedig az egészség

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

forrása, az elmúlt évtizedekben végzett vizsgálatok cáfolták, a vallásfüggőség szempontjából fontos megvizsgálunk a kényszerbetegség és a vallás kapcsolatát. Csigó és munkatársainak (2010, jelen kötet) a kényszerbetegségről készült összefoglaló fejezetében is láthatjuk, hogy vallási tartalmak mind kényszer gondolatokban, mind pedig kényszercselekvésekben igen gyakran megjelennek. Gyakoriságuk annyira figyelemreméltó, hogy a DSM következő kiadásában ezen tünetek az öt lehetséges alcsoport egyikét képezhetik majd (Leckman, Rauch és Mataix-Cols, 2007). S bár a vallásfüggőséget külön zavarként tárgyaljuk, fel kell hívnunk a figyelmet arra, hogy a két betegség között igen nagy az átfedés. Ahogy a tünetek bemutatása kapcsán látni fogjuk, ez a hasonlóság oly mértékű, hogy joggal merülhet fel akár az is, hogy a vallásfüggőséget a kényszerbetegség egy formájának tekintsük.

Hazánkban Süle Ferenc foglalkozott mélyrehatóan a vallás patológiás megnyilvánulásaival. Bár írásai a vallásfüggőség témáját nem érintik, érzékletesen bemutatja, hogy a vallásgyakorlás mely esetekben válhat patológiássá. Nézete szerint a „belső vallásosságnak” (amire erőteljes introverzív lelki élet, a belső világgal való szoros kapcsolat kialakítása jellemző) és a „külső vallásosságnak” (amire extrovertált, közösségi tevékenység jellemző, amely a vallás intézményesült vonatkozásaival kapcsolatos) egyaránt megjelenhetnek végtelen formái (Süle, 1997). Előbbinek patológiás megnyilvánulásával Süle a depressziós, katatón állapotot állítja párhuzamba, utóbbihoz pedig az agitált, mániás kórképet kapcsolja. Tapasztalatai szerint a vallásos élet leggyakoribb alaptorzulásainak egyik forrása, ha a személy minden erőfeszítését arra irányítja, hogy tökéletesen megfeleljen a vallási előírásoknak, ami sokszor igen nehéz feladat. Ennek következménye lehet a gyakori *elfojtása* mindannak, ami az előírásoknak nem felel meg. Amennyiben az adott vallás esetében a szabályok és a törvények mindent eluralnak, a hívők számára a vallási csoport *szellemi fejlődést akadályozó* rendszerré válik (Süle, 1997). Ahogy pedig a későbbiekben utalunk rá, ez a fajta perfekcionizmus a vallásfüggőségnek is fontos dimenziója. Süle szerint további veszélyforrást jelent, ha extatikus megnyilvánulások, szuggesztív elemek veszik át a főszerepet a vallási közösség életében. Ezek megnyilvánulhatnak testi, lelki kényszert alkalmazó *missziós* tevékenységekben, illetve *fanatizálódásokban*. Utóbbi esetében a személy fókusza annyira beszűkül a vallási tevékenységekre, hogy a személyiségfejlődés egyoldalúvá válik, s a társas, társadalmi kapcsolatok teljesen leépülnek. Süle (1997) szerint a vallási közösségek torzulásának három fő oka van: 1. a közösség vezetőjének lelki torzulása, patológiája; 2. a közösségi élet szabályainak destruktívvá válása; illetve 3. a vallási eszmék deviánssá, szélsőségessé válása. Destruktív szekták tagjaivá különösen a labilis, lelki zavarban szenvedő, bizonytalan identitású személyek válhatnak. Süle (1997) rizikócsoportként azonosítja azokat a fiatalokat, akik a szülőktől való elszakadás és függetlenedés problémáját nehezebben viselik.

A vallásfüggőséget elsőként – és szinte máig egyetlen szerzőként – Leo Booth (1998) episzkopális pap írta le. A korábban alkoholproblémákkal küzdő és önmagát kodependensnek is tartó Booth atya személyes vallomásán keresztül mutatja be, hogy saját és másokkal kapcsolatos tapasztalatai szerint mi jellemzi a vallásfüggő személyeket. Kötetében ugyanakkor nem csupán a vallási addikció tüneteit

és kezelési javaslatait foglalja össze, hanem kritikával is illet számos vallást és egyházat. A könyv bevezető fejezete e tekintetben kifejezetten provokatív, oly mértékben, hogy felmerül, a szerző ezen attitűdje mennyiben vetül rá a vallásfüggőséggel kapcsolatos elképzeléseire, s az írás mennyiben tekinthető inkább néhány (főként a katolikus és protestáns) vallással szembeni kritikus állásfoglalásnak. A zavar létezése ugyanakkor azért nem teljesen megkérdőjelezendő, mivel a tünetek számos szempontból rokonságot mutatnak a többi viselkedési addikcióval. Az ismétlődő ellenállhatatlan készletetés, a kontrollvesztés, a káros következmények ellenére történő folytatás ugyanis erre a szenvedélybetegségekre is jellemző.

Booth (1998, 36) a vallásfüggőséget az alábbi módon határozza meg: „Isten, egy templom vagy egy hitrendszer használata oly módon, hogy a személy elmeneküljön a valóság elől annak érdekében, hogy növelje önbecsülését vagy fokozza személyes jóllétét.” A függőség tárgya itt tehát a vallással kapcsolatos, amely gondolatok (pl. imádkozás) és cselekedetek (pl. vallási rituálék, templomba járás, adakozás, hittérítés) formájában jelenik meg. A személy minden egyéb tevékenységét (munkáját, szabadidejét, társas kapcsolatait stb.) a vallásnak rendeli alá. A vallásfüggő személyt kognitív szimplicitás és *fekete-fehér gondolkodás* jellemzi. Mereven és kényszeresen ragaszkodik a szabályokhoz, előírásokhoz, nem képes semmilyen kompromisszumra vagy rugalmasságra. Alapvető élménye a *szégyen és a bűnösség érzete*, ugyanakkor *perfekcionista*, célja a bűnmentes élet. A hibázást egyenértékűnek tekinti a bűnnel, továbbá *alacsony önértékelés* jellemzi. Nemcsak magával elégedetlen, de másokat sem képes elfogadni (mivel őket is bűnösnek tartja). Nagyon könnyen ítélkezik és *intoleráns* más csoportok tagjaival szemben. *Mágikus gondolkodásmód* jellemzi, minden felelősséget Istennek tulajdonít, s emellett semmilyen témában nem mer kérdezni, mivel az szerinte hitetlenségét bizonyítaná. Booth továbbá azt figyelte meg, hogy ezek a személyek gyakran jellemezhetőek kényszeres falásrohakkal vagy excesszív böjtöléssel (Booth, 1998). Ezen tünetek közül többet más szerzők is kiemelték a vallásfüggőség kapcsán. Úgy tűnik, hogy az alacsony önértékelés, az éretlen személyiség, a tekintélyektől való erős függés, a fekete-fehér gondolkodás, az ítélkező és kritikus attitűdök és a más csoportokkal szembeni intolerancia többek szerint is meghatározó tényezői a vallásfüggőségnek (Taylor, 2002; Vanderheyden, 1999).

Booth a betegség lefolyásának három fő szakaszát Jellinek (1960) alkoholizmus kapcsán leírt szakaszaival párhuzamosan írja le (Booth, 1998). Ennek alapján a vallásfüggőség *első szakaszában* a személyre excesszív templomba járás és bibliatanulmányozás jellemző, egyre gyakrabban használja a Bibliát önmegnyugtatás céljából. A templom és a Biblia túlzott fókuszba kerül, egyre erőteljesebben jelenik meg a merev, fekete-fehér gondolkodás, és észrevehető a családi események vagy a munka hanyagolása a vallásgyakorlás intenzitása miatt. A *második szakasz* főbb jellemzői a kényszeres imádkozás, a templomba járás és a gyónás. Megjelennek a túlzott mértékű anyagi áldozatok és adományok az egyház javára, bűntudat alakul ki, ha a személy akár csak egy alkalommal is nem megy templomba, jellemzővé válik az ismerősök és családtagok vallási nézetekkel kapcsolatos „agymosása”. Emellett gyakran grandiózus és agresszív viselkedés uralkodik el a személyen, iskolai és munkahelyi konfliktusok vagy akár a munkahely elvesztése is bekövet-

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

kezhet, és egyre inkább jellemző az izoláció a társas környezettől. A személy minden egyéb más érdeklődését elveszti, és egyre inkább a vallást használja problémáinak elkerülésére. Végül a betegség *harmadik szakaszában* radikális hanyatlás következik be a személy szociális kapcsolataiban, s teljes mértékű szociális izoláció alakul ki. A személy tehetetlennek és döntésképtelennek érzi magát, fizikai, mentális és érzelmi kimerültség lesz úrrá rajta. Pszichiátriai zavarok kifejlődése és hospitalizáció lehet ezen szakasz végkifejlete. A fizikai tünetek hátfájdalom, fejfájás, magas vérnyomás, krónikus fájdalom, álmatlanság és memóriazavarok formájában jelentkezhetnek. A betegségnek anyagi vonzatai is lehetnek, mivel a személy akár minden pénzét az egyháznak adományozhatja. Ahogy más addikciók, ez a betegség is kihat a személy egész családjára (Alterburn és Felton, 1991).

Booth (1998) a vallásfüggőség szempontjából több rizikócsoportot azonosított. Veszélyeztetetteknek tekinti azokat a személyeket, akik rendkívül rigid, szigorú nevelői légkörben nőttek fel, illetve akik gyermekkorukban valamilyen fizikai vagy szexuális abúzus áldozatai voltak. Ezen utóbbi személyek gyakran úgy érzik, senki sem fogadja el és szereti őket, ezért egy olyan közösséget, csoportot keresnek, ahol szeretik és „megmentik” őket: ilyen funkcióval bírhatnak a vallási csoportok is. Booth (1998, 1995) szerint rizikófaktort jelent továbbá valamilyen súlyos vagy gyógyíthatatlan betegség, a különböző kisebbségekhez való tartozás, illetve a kémiai vagy viselkedési addikciók jelenléte. Ezen csoportok tagjai nagyobb valószínűséggel fordulnak Istenhez, illetve valamilyen valláshoz.

Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy önmagában az, hogy valaki a hithez, a valláshoz fordul segítségért, semmiképp sem tekinthető problémásnak. Sőt, láthatuk, hogy a vallásgyakorlásnak protektív szerepe lehet a fizikai egészség és pszichés jóllét szempontjából; aminek egyik központi komponense éppen az erősebb *társas háló* jelenléte (Musick, Koenig, Larson és Matthews, 1998). Már csupán ez okból is csak roppant óvatosan szabad értelmeznünk a fentieket, hiszen nagyon nehéz meghúzni a határt a protektív, pozitív következményekkel járó vallásgyakorlás és a patológiásnak tekinthető formája között. A különbség semmi esetre sem az intenzitásban ragadható meg. Sokkal inkább a társas és foglalkozásbeli funkciók alakulásában. A vallásfüggő személyek esetében ezek az aktivitások nagymértékben sérülnek, az egészséges vallásos személyekre viszont épp a kiterjedt szociális háló és a mindennapi tevékenységek megfelelő ellátása jellemző.

Booth (1998) arra is kísérletet tesz könyvében, hogy megfogalmazza azokat a legfontosabb lépéseket, amelyeket a vallásfüggő személy kezelésekor érdemes szem előtt tartani. Maga Booth alapvetően 12 lépéses programban gondolkodik, ami érdekes abból a szempontból, hogy ezek az önsegítő csoportok (pl. Anonim Alkoholisták csoportja) spirituális alapokon nyugszanak. Kérdésként merülhet fel ily módon, hogy vajon egy olyan személy esetében, akinek pont az Istennel való kapcsolatában, valláshoz fűződő viszonyában nyilvánul meg szenvedélybetegsége, vajon nem jelent-e problémát egy részben spirituális alapokra épülő kezelési forma. Más oldalról az is kérdéses, mennyire lenne megfelelő és etikus egy erősen vallásos személyt a hitével való felhagyásra buzdítani. Booth (1998) elképzelése szerint a felépülés első lépése – ahogy számos más függőség esetében – az addikció *tudatosítása*. A személynek meg kell tanulnia felfedezni és megerősíteni

énhatárait, illetve fontos azon tényezők és helyzetek azonosítása, amelyek fokozzák a kényszeres vallásgyakorlás tüneteinek erősödését. Az alacsony önértékelés mint kockázati faktor kapcsán Booth (1998) önmegerősítő gondolatok és viselkedések alkalmazását javasolja. Fontosnak véli, hogy a személy megtanulja elfogadni önmagát. Elengedhetetlennek tartja, hogy a beteg megtanuljon pihenni, el tudja fogadni saját és mások tökéletlenségét, s meg tudjon szabadulni attól, hogy mindennek a negatív, bűnös oldalát lássa. Sokszor hasznosnak bizonyul a környezet- és lakóhely-változtatás is (Arterburn és Felton, 1991).

Összességében azt mondhatjuk, hogy a vallásfüggőség egy olyan probléma, amelyről jelenleg igen kevés tudással rendelkezünk. Booth felvetése, bár számos reálisnak tűnő elemet tartalmaz, bizonyos pontokon kevésbé alátámasztott állításokra alapoz. Kétségtelen, hogy a Booth által leírt probléma megjelenhet bizonyos személyek körében, továbbra is nyitott azonban a kérdés, hogy mennyire elkülöníthető a probléma a kényszerbetegség vallási tartalmú formáitól, illetve hogy hol lehet, és egyáltalán lehetséges-e egyértelműen meghúzni a határt a patológiás és az intenzív, de egészséges vallásgyakorlás között. A helyzetet bonyolítja, hogy számos vallás esetében alapvető előírás különböző gondolati és cselekvéses rítusok rendszeres gyakorlása – mégsem tekinthetünk emberek tömegeire úgy, mint akik a vallásfüggőség szempontjából veszélyeztetettek. Jövőbeli, remélhetőleg világnézeti elfogultságoktól mentes vizsgálatok talán segítenek majd tisztázni a fenti kérdéseket.

IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem osztályozott...

Irodalom

- Arterburn, S. & Felton, J. 1991. *Toxic faith: Understanding and overcoming religious addiction*. Nashville, Oliver-Nelson.
- Booth, L. 1998. *When God becomes a drug: Breaking the chains of religious addiction and abuse*. New York, Jeremy P. Tacher/Putnak.
- Booth, L. 1995. A new understanding of spirituality. In Kus, R. J. ed.: *Spirituality and chemical dependency* (pp. 5–17). England, Haworth Press.
- Csigó K.; Harsányi A. & Demeter Gy. 2010. Kényszerbetegség (obszesszív-kompulzív zavar). In Demetrovics Zs. & Kun B. szerk.: *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 395–421). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics Zs. & Kun B. 2007. Viselkedési addikciók. In Demetrovics Zs. szerk.: *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 133–225). Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Freud, S. 1927/1945. *Egy illúzió jövője*. Budapest, Antiqua Rt.
- Gardner, J.; Larson, D. B. & Allen, G. D. 1991. Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6–25.
- Jellinek, E. M. 1960. *The disease concept of alcoholism*. New Heaven, Hill House Press.
- Koenig, H. G.; McCullogh, M. C. & Larson, D. B. 2001. *Handbook of religion and health*. Oxford, Oxford University Press.
- Kopp M.; Székely A. & Skrabsky Á. 2004. Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2, 103–125.
- Kovács E. & Pikó B. 2009. A vallásosság mint a serdülők szerfogyasztásának védőfaktora. *Addictologia Hungarica*, 8(2), 147–162.
- Leckman, J. F.; Rauch, S. L. & Mataix-Cols, D. 2007. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: implications for the DSM-V. *CNS Spectrums*, 12(5), 376–387.
- Musick, M. A.; Koenig, H. G.; Larson, D. B. & Matthews, D. 1998. Religion and spiritual beliefs. In Holland, J. C. ed.: *Psycho-oncology* (pp. 780–789). New York, Oxford University Press.
- Süle F. 1997. *Valláspatológia*. Szokolya, GyuRó Art Press.
- Taylor, C. Z. 2002. Religious Addiction: Obsession with Spirituality. *Pastoral Psychology*, 50(4), 291–315.
- Towsend, M.; Klader, V.; Ayele, H. & Mulligan, T. 2002. Systematic review of clinical trials examining the effects of religio non health. , 5(12), 1429–1434.
- Vanderheyden, P. A. 1999. Religious Addiction: The Subtle Destruction of the Soul. *Pastoral Psychology*, 47(4), 293–302.