

A MEGÉLT VALLÁSOSSÁG SZEREPE A FELÉPÜLÉSKÖZPONTÚ ADDIKTOLÓGIAI INTERVENCIÓBAN



KEREKES Jozefa Gabriella

PPKE BTK Szociológiai Intézet – Szociális és Viselkedépszichológiai Tanszék
kerek.es.jozefa.gabriella@btk.ppke.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Az adaptívan megélt vallásosságot elsődlegesen mint preventív funkciót betöltő attitűdöt értelmezik. Az empirikus kutatások szempontjából viszont eddig kevés tudományos figyelmet kapott a megélt vallásosság szerepe a már meglévő pszichés és egyéb betegségekkel – például addikciókkal – küzdő személyek terápiás munkájában. Jelen kutatásunkban ezt a hiányt igyekszünk pótolni.

Módszer: Kvalitatív esettanulmányunk félig strukturált interjú keretében két, alkoholfüggőségben érintett személy részvételével a megélt vallásosság intrinzik (érett) és extrinzik (éretlen) dimenzióit, valamint a felépülés és a megtartott absztinencia kapcsolatát vizsgálta komparatív módon.

Eredmények: Tanulmányunk alátámasztja, hogy az intrinzik vallásosság elősegíti a felépülést, illetve a megtartott absztinenciára is jótékony hatással van.

Következtetések: A téma kiemelkedő jelentősége további kutatásokat kíván, és emellett esetleg olyan célzott programok kidolgozását, ahol az intrinzik vallásosság támogatása a terápiás munka részét képezi.

Kulcsszavak: vallásosság, extrinzik-intrinzik vallásosság, alkoholizmus, esettanulmány, kvalitatív vizsgálat, komparatív vizsgálat

BEVEZETÉS

A vallás és a lelki egészség összefüggését gyarapodó számú és egyre kiterjedtebb kutatások igazolják, melyekben az adaptívan megélt vallásosságot elsődlegesen mint preventív funkciót betöltő attitűdöt értelmezik (vö. Pargament és mtsai, 1992). Az empi-

rikus kutatásokban viszont eddig kevés tudományos figyelmet kapott a megélt vallásosság szerepe a már meglévő pszichés és egyéb betegségekkel – például addikciókkal – küzdő személyek terápiás munkájában. Jelen esettanulmányunkban egy specifikus populáció, az alkoholfüggőségben érintettek kapcsán, kvalitatív kutatás keretében, komparatív

módon vizsgáljuk a kérdést. Mint ahogyan azt a pszichológia szakterületén belül a valláspszichológia és a vallásosság pszichológiája tudományos magatartása megköveteli, a vallás tartalmára és annak felekezeti igazságaira nem áll szándékunkban vizsgálódás szempontjából kitérni.

A VÁLASZTOTT TÉMA SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉSE

Az alábbiakban áttekintjük mind a felépülésközpontú addiktológiai intervenció, mind a megélt vallásosság szakirodalmi hátterét és megalapozottságát egymás kölcsönös vonatkozásában is.

A felépülésközpontú addiktológiai intervenció

Az addikciók kezelésénél az utóbbi évtizedekben előtérbe került a felépülésközpontú megközelítés, amely – ha kémiai függőségekről van szó – a szerfogyasztás kockázatainak csökkentését hangsúlyozó ártalomcsökkentést éppúgy magában foglalja, mint a szermentességet hangsúlyozó megközelítést (lásd Sárosi, 2012). Beck és munkatársai (2021) olyan paradigmaváltásként szemléltetik a felépülésközpontú megközelítést, amely a kezelésközpontú megközelítés helyét hivatott átvenni. Míg ez utóbbi módszer hosszú távon összességében életminőség-romlással jár (Kreyenbuhl és mtsai, 2009) addig a felépülésközpontú megközelítés és intervenció életminőség-javulást hoz magával (Dixon és mtsai, 2016; Davidson és mtsai, 2008). Beck könyvében így határozza meg a felépülést (*recovery*): „az egyén által választott jelentőségteljes élet élése” (Beck és mtsai, 2021: 233), amely tehát minden olyan elemet

magában egyesít, amely összefüggésbe hozható az egyén teljesebb életével (pl. céltudatosság, jelentőségteljes kapcsolatok, hobbik és érdeklődési körök, reziliencia a kihívásokkal szemben stb.).

A felépülésközpontú addiktológiai intervenció tehát komplex módon nem csak magát a szerhasználatot célozza. A szóhasználat tudatosítja, hogy nem végleges meggyógyulásról van szó, hanem olyan nyílt végű folyamatról, amely egész életen át tartó küzdelemmel jár. Például az alkohol esetében elég lenne csak egy korty ital a visszaeséshez, a szenvedélyes szerencsejátékosnak elég csak egyetlen kaparós sorsjegy, hogy kontrollálatlanul újra visszatérjen a szerencsejátékhoz (Borsányi, 2020).

Egy másik kiemelkedően fontos kérdéskör az addiktológiai eseteknél, hogy a szerhasználat milyen funkciót tölt be az érintett személy egyéni életében vagy közösségi, családi dinamikájában (vö. Demetrovics, 2007). Sokszor látjuk, hogy egyéni szinten az érzelmközpontú megküzdési stratégia módja maladaptív lehet (Kiss és mtsai, 2021). Ilyen szempontból a szerhasználat – Khantzian és Albanese (2008) – megfogalmazásában nem más, mint félresikerült öngyógyítási kísérlet, valamely elsődleges probléma vagy zavar enyhítése, kezelése érdekében; szorongásuk vagy gátlásaik oldására, intimitásszükségletük megélésére; azért, hogy növekedjék az önbizalmuk, csökkenjen a büntudatuk. A szerhasználat ilyen szempontból jellemzően tünet, sőt mondhatjuk, hogy reakció (Kapitány-Fövény, 2018). Rendszerszintű dinamikában pedig a szerhasználat által létrejött új családi egyensúly funkcióját is betöltheti, mintegy a rendszernek magának az életben maradását vagy családként való működését elősegítve (vö. Huber, 1993; Minuchin és mtsai, 2021).

A funkció mellett a motiváció kérdése is kulcsfontosságú (lásd Kapitány-Fövény, 2018; Levounis és mtsai, 2018). Az alkoholfogyasztási motívumok mérését illetően kezdetben két- és háromfaktoros modelleket feltételeztek (Cooper és mtsai, 1992; Stewart és mtsai, 1996), majd a későbbiekben kapott eredmények négyfaktoros struktúrát erősítettek meg: fokozás, megküzdés, társas és konformitás motivációkat (ld. pl. Bresin és Mekawi, 2021). Grant és munkatársai 2007-ben megjelent cikkükben ötdimenziós struktúra mellett érveltek, amelyben az újabb elem a megküzdéses motiváció kettébonthatásával jött létre, a megküzdéses-szorongásos és a megküzdéses-depressziós faktor bevezetésével. A motiváció témakörében olyan elméletek is teret nyertek, amelyek egyszerűen több motivációs aspektust és jellemzőt is magukban foglalnak (pl. allosztatikus elképzelés, Koob, 2015).

Jelen kutatásunk szempontjából a Prochaska, DiClemente és Norcross (1983, 1992) elméletében található *transzteoretikus modellt* emelnénk ki, amely integratív, biopszichoszociális vonatkozásban írja le a szándékos viselkedésmódosítás folyamatát. E modell szerint a változás különböző szakaszokon megy keresztül a viselkedés módosítása során (vö. Miller és Rollnick, 1991). Ez az addiktológiában érintett személyeknél is megfigyelhető (a függőségtől a megtartott absztinenciáig tartó út), és szorosan köthető a motiváció kérdésköréhez. Ezek a szakaszok az alábbiak: *fontolgotás előtti szakasz (precontemplation), fontolgotás (contemplation), felkészülés (preparation), cselekvés (action) és a fenntartás (maintenance)*. E szakaszokkal a későbbiekben, a kutatásunk kapcsán még foglalkozunk.

Spiritualitás, vallás és vallásosság – fogalmi meghatározások

Jelenleg nincs egységes munkadefiníció a spiritualitás, vallás és vallásosság fogalmát illetően (Pargament és mtsai, 2013; Cook, 2020), annak összetett mivoltából fakadóan (vö. Ancilli, 1992). Mindezzel együtt a World Health Organization nemcsak a spiritualitás jelentőségét emeli ki, hanem szervesen hozzá is köti az *egészség* alapfogalmához (Kuyken és Orley, 1995). A világszervezet először 1948-ban említi a *spiritualitást* hivatalos dokumentumok szintjén, hat hónappal szervezeti megalakulása után (Toniol, 2022), ami szintűgy a téma horderejére hívja fel a figyelmet.

Az *American Psychological Association* második kiadásban közölt pszichológia szótárában (VandenBos, 2015) az alábbi meghatározások szerepelnek a *spiritualitás, vallás és vallásosság* szócikkeinél (saját fordítás):

- *spiritualitás*: (1) a szellemi vagy lelki jelenségek iránti érdeklődés vagy érzékenység, szemben a materialista érdeklődéssel; (2) konkrétan, Isten iránti érdeklődés és a vallási tapasztalatok iránti érzékenység, amely magában foglalhatja egy adott vallásnak a gyakorlását, de nem feltételezi azt; (3) a testetlenség ténye vagy állapota;
- *vallás*: lelki hiedelmek, gyakorlatok vagy mindkettő rendszere, amely jellemzően egy mindenható Istenség (vagy Istenségek) imádása köré szerveződik, és olyan viselkedéseket foglal magában, mint az ima, a meditáció és a kollektív rituálékra való részvétel. A szervezett vallások további közös jellemzője az a meggyőző-

dés, hogy bizonyos erkölcsi tanításoknak isteni tekintélyük van; valamint bizonyos emberek, helyek, szövegek vagy tárgyak szentként vagy szakrálisként való elismerése;

- *vallásosság*: (1) a vallási tapasztalat minősége vagy mértéke; (2) eltúlzott vagy mesterkélt vallásos buzgóság.

Érzékelhető, hogy amíg a spiritualitás tág fogalomként jelenik meg, addig a vallás meghatározottabb formában ölt testet, ahol akár hiedelem- vagy hitrendszerek és gyakorlatok is helyet kaphatnak, de nem szükségszerűen felekezeti hovatartozás keretében. A kutatók és elméletalkotók között egyre nagyobb az egyetértés abban, hogy a vallás és a spiritualitás megkülönböztetendő egymástól (Zinnbauer és mtsai, 1997; Hill és mtsai, 2000; Worthington és mtsai, 2011; Oman, 2013; Pargament és mtsai, 2013; Klein és mtsai, 2016).

A vallásosság és a függőségek kapcsolata

Pragmatikus filozófusok szerint a vallás létének bizonyítéka annak működőképessége (Argyle, 2000), azaz annak *hatékonyága*. A vallás és az általános fizikai (objektív és szubjektív) egészség szignifikáns pozitív korrelációját megannyi tanulmány bizonyította (klasszikus példája Comstock és Patridge 1972-es kutatása vagy Hummer 1999-es nagy, 21 000 főt megkérdező kutatása az *American National Health Interview Survey* keretében). Ezek a kutatások arra a következtetésre jutottak, hogy a vallásosság pozitív, személyes elkötelezettségen alapuló formái jelentős egészségi védőfaktor jelentenek (Oman és Thoresen, 2003; Kopp és mtsai, 2004; Pikó, 2004; Hargreaves és mtsai, 2008; Martos és Kézdy, 2008),

számos kutatás figyelte meg a vallási közösséghez való tartozást és annak pozitív hatásait (Benda és McGovern, 2006; Faigin és mtsai, 2014; Grubbs és mtsai, 2017; Stauner és mtsai, 2019), ami a felépülés szempontjából nagy jelentőség bír (Benda és McGovern, 2006).

A vallás személyiségformáló szerepe sem elhanyagolandó (ld. Corveleyn és Hutsebaut, 1994; Roelofsma és mtsai, 2003). A kutatók két nagyobb területet találtak, ahol a megélt vallásosság látványos előnnyel párosult: egyik a bűncselekmények elkövetésének elkerülése (a szerhasználat és a bűncselekmények – mint tudvalevő – magas arányban összefüggenek vö. Bennett és Holloway, 2005), a másik az altruisztikus viselkedési tendenciák megjelenése (Argyle, 2000). Ezzel párhuzamosan az egyházak azontúl, hogy a megélt vallásosság helyét kínálják, társas facilitásként közösségi hálót is nyújtanak, és a szociális integrációban is óriási szerepet játszanak olyanok esetében, akiket a tágabb értelemben vett társadalom kiközösített (vö. Brown és Gray, 1991).

A vallásosság fontos szerepet játszik a distressz leküzdésében is (vö. Hood, 1992), amelyeknek tartós fennállása szerhasználat-hoz vezethet. Pargament és munkatársai a vallásosság lehetséges preventív szerepét hangsúlyozzák a destruktív lelki folyamatokban (vö. Pargament és mtsai, 1992). Allport (1963, 1964) már a vallás stabilizáló és terápiás szerepét hangsúlyozza. Kutatók kimutatták, hogy azok, akik vallásosnak tartják magukat, kisebb arányban élnek káros szenvedélyekkel, tehát kisebb mértékben jellemző rájuk a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a drogok használata (Turner és mtsai, 2007). A Koenig (2018) által szerkesztett tanulmánykötetben mind a keresztmetszeti, mind a prospektív tanulmányok

a mérsékelttől a kifejezetten erősig terjedő negatív korrelációs kapcsolatot találtak a vallásos érintettség és a szerhasználati zavarok között.

A vallásos megküzdés Pargament és munkatársai szerint ismét egy olyan szempont, amely óriási előnyére válik a mindennapokban annak, aki él vele (Pargament és mtsai, 2000). Megküzdés alatt olyan viselkedési vagy gondolkodási módot értenek, amely segít a személyeknek elkerülni vagy csökkenteni a stressz hatásait és az általa okozott negatív érzelmeket (Argyle, 2000; vö. Pargament, 1997). A vallásos megküzdés pedig az, amikor a vallásos viselkedést vagy gondolatokat ilyen módon használják fel. A vallásos megküzdés serdülőknél és fiataloknál védőhatást fejt ki az alkoholfogyasztással szemben (Knight és mtsai, 2007) és a stimulánsokkal való visszaélés csökkenésében (Gallucci és mtsai, 2018). Szerhasználó felnőtteknél a vallásos megküzdés legerőteljesebben az alkoholfogyasztási zavaroknál figyelhető meg (Martin és mtsai, 2015), de összefüggésbe hozható más szerekhez kapcsolódó, pl. kábítószer-használati zavarokkal is (Puffer és mtsai, 2012), valamint politoxikomán esetekben az alkohol- és kábítószer-használati zavarokkal együttesen küzdőknél is (Montgomery és mtsai, 2014). Az addiktológiai prevenció szempontjából a vallás különleges helyet foglal el a társadalmi védőfaktorok sorában is, hiszen annak ellenére, hogy erősen szekularizált társadalomban élünk, az újfajta vallási mozgalmak és a vallás individualizálódása hatására továbbra is jelentős tudatformáló erő maradt. Pikó Bettina (2010) kutatásaiban kiemeli, hogy a vallásosság már eleve a szerkipróbálásnál védőfaktorok számát, a használatban pedig nagymértékű védelmet biztosít.

Weinandy és Grubbs (2021) is arról számolt be, hogy a vallásgyakorlás kedvezőbb egészség-magatartással, a káros szenvedélyek alacsonyabb gyakoriságával és összességében jobb testi és lelki egészséggel jár együtt (lásd még: Kopp és mtsai, 2004). Egy másik kutatás kiemeli, hogy a vallásos fiatalok kevésbé hajlamosak káros szerfogyasztásra, agresszív tünetekre, magatartászavarra, elégedettebbek saját életükkel, azaz szubjektív jóllétük kiváló, összehasonlítva nem vallásos társaikkal (Pikó és Fitzpatrick, 2004; Baroun, 2006). Gorsuch (1995) kutatásai szerint a személyes vallási tapasztalat befolyással van az egyén viselkedésére. Sőt, ha a személy úgy tapasztalja, hogy valamilyen alapvető szükségletét a vallás tölti be, akkor valószínűsíthető, hogy kábítószer-szükséglete vagy bármi egyéb szerhasználata csökkenni fog. Kapitány-Fővény Máté (2019) megállapítása szerint számos addikció értelmezhető úgy, hogy az egyén a lélek fájdalmait, sérüléseit vagy hiányosságait (például szorongás, hangulatzavar, intimitásszükséglet, indulatkezelési nehézség) a test jutalmazásával pótolja (például drog-, alkohol- vagy gyógyszerfüggőség, szex- és pornófüggőség, testedzésfüggőség). Ez lenne a szerhasználat funkciója; betölt egy szerepet, persze ez

zsákutca, hiszen testi helyett javarészt éppen lelki alternatívát vagy megoldást kell találnunk ahhoz, hogy megfelelően kezelni tudjuk a szenvedélybetegségek háttérzavarait. Nem véletlen, hogy a spirituális elmélyülés gyakorta javasolt út a függőséggel küzdők számára. Ez lehet a vallásos hit, meditáció által csiszolt önismeret, katartikus közösségi élmény, elköteleződés egy ügy, segítő eszme iránt, vagy éppen szerhasználat nélkül elért

transzállapot. Minden esetben lelki munka zajlik. (Uo.: 112)

Van, aki feltételezi, hogy a szerfogyasztás háttérben gyakran a vallásos élmény keresése húzódik (vö. Clack, 2014; Ferenczi, 2001), bár ezen nézetekkel ellentétes álláspont is megfogalmazódott (lásd Borras és mtsai, 2010).

Borras és kutatótársai (2010) a függőség és a vallás kapcsolatáról írott tanulmányukban részletesen beszámolnak arról, hogy a függőkkel való felépülésközpontú intervenciók esetében kimagasló jelentősége lehet a vallás szerepének mint a „felépülés forrásának” és mint az „értelemmel és jelentéssel teli megtartó erőnek” (Uo.: 2367). Mindemellett megjegyzi a szerzők, hogy a „vallásos bevonódás értelmet adhat a viselkedésbeli változásnak azáltal, hogy nagyobb súlyt ad a kábítószer-használattal szembeni alternatív magatartásformáknak, és segíthet módosítani számos, a függőséggel kapcsolatos megküzdési stratégiát” (Uo.: 2368). Éppen ennek mentén különböző programok tudatosan beépített elemként alkalmazzák a transzcendens dimenzióra való nyitottságot, mint pl. a Minnesota-program (El-Guebaly, 2021) vagy az Anonim Alkoholisták csoportja, akiknek szerfogyasztási eredményeit vizsgálva azt találták, hogy a spirituális gyakorlatok növelésére helyezett hangsúly megkönnyítette a felépülést (Kelly és mtsai, 2011), a 12 lépésen alapuló programoknál pedig a spirituális változás hozzájárul a felépüléshez (Zemore, 2007; Galanter, 2021).

Harold Koenig (2018) megjegyzi, hogy a *vallás* – a spiritualitással ellentétben – különálló konstrukció, amely elkülönül a pszichológiai, szociális és mentális egészségügyi koncepcióktól, ezért a mentális egészség előrejelzőjeként és az intervenció

lehetséges fókuszaként vizsgálható. Meglátása szerint a vallás/vallásosság legalább 17 különálló dimenzióban leírható konstruktum, amelyek a következők: vallási hovatartozás, vallási hit, nyilvános vallásgyakorlatok, magán-vallásgyakorlatok, vallás jelentősége, vallásos motiváció, vallási jóllét, vallásos megküzdés, vallástörténet, vallási támogatás, vallástapasztalat, vallási kötődés, vallási adományozás, vallásos tudás, vallásos keresés, törekvés vagy küldetés, vallásos fejlődés, vallási elkötelezettség (Uo.: 26–32). Tárgyalt témánk kapcsán a vallásos motivációval fogunk behatóbban foglalkozni.

Ha a vallásosság fentebb meghatározott dimenziói közül kiemeljük a vallásos motivációt és szétválasztjuk annak két aldimenzióját, az intrinzik és extrinzik vallásosságot (vö. Allport, 1963, 1964), talán jobban megérthetjük a megélt vallásosság mibenlétét és jelentőségét.

A vallásosság intrinzik és extrinzik dimenziói

William James eredetileg 1902-ben megjelent, *The Varieties of Religious Experience* című művében a vallást meglehetősen tágan értelmezve úgy határozza meg, hogy „az egyének a magányban megnyilvánuló azon érzelmei, tettei és tapasztalatai, amelyeket úgy fog fel, hogy kapcsolatban vannak azzal, amit istennek tekint, bármilyen legyen is az” (James, 2002: 36; Benkő, 2003: 22). James egyik legjelentősebb szellemi örökösének Gordon Allport tekinthető, aki az 1950-ben publikált *The Individual and His Religion* című könyvében – Jameshez hasonlóan – hangsúlyozza, hogy amint nincs két egyforma személyiség, nincs két ugyanolyan vallásosság sem. Allport szerint a vallásosság jelentésének megragadása az érett vallásos

érzület leírásán keresztül mutatható meg. Ez az érzület „tapasztalatra épülő készség arra vonatkozóan, hogy az egyén kedvezően és bizonyos megszokottsággal feleljen azokra a fogalmi tárgyakra és elvekre, amelyeket végső jelentőségűnek tart életére nézve, és amelyek kihatnak arra, amit a dolgok természetében állandónak és központinak tart” (Allport, 1950: 64; Benkő, 2003: 31). Ennek nyomán Kahoe és Meadow (1981) is azt képviselte, hogy a belső vallásosság érettebb, mint a külső. Később Batson és Schoenrade (1991) kritizálta ezt a modellt, ugyanis az általuk bevezetett (mondhatni „harmadik”) vallásos attitűd, vagyis a *keresés* dimenziója (*quest dimension*) szerintük érettebb forma az eddigi kettőnél.

Torgyik (2018) összesítő tanulmánya kihangsúlyozza, hogy Allport vallásfelfogásában a vallásos érzület csupán annak érett formájában tud igazán megmutatkozni. Az éretlenebb változatokban meghatározóvá válnak azok a vágyteljesítő és mágikus folyamatok, amelyeket Freud írt le pl. az *Egy illúzió jövője* című írásában (vö. Freud, 1991). Allport elhatárolódik a freudi valláskritikától, és a vallásossággal kapcsolatos gondolkodását markánsan az érett és az éretlen vallásos érzület megkülönböztetésére fordított figyelme meríti ki. Az érett vallásosságot a melegebb telítettségű *hit* (*faith*) jellemzi, szemben az éretlen vallásosság *hiedelmeivel* (*belief*). Az érett vallásosság középpontjában a jóra mint célra irányuló szándék és elkötelezettség áll, valamint az ezeket kiváltó és fenntartó aktivitás. Ez a típusú vallásosság az érett személyiség életében jelenhet meg, szorosan kapcsolódva annak meghatározó jellemzőihez, vagyis az érett személyiség tulajdonságainak a vallásos szférára való kiterjesztéséhez (Allport, 1950, 1985).

Az érett vallásosság hat kritériumát fogalmazza meg Allport: jól differenciált (gazdagság és komplexitás jellemzi), önálló motivációs dinamikája van (noha energiája részben az organikus hajtóerőkből származik, amelyeket a vallásos célok elérésére fordít), hiteles erkölcsiség fakad belőle, széles körű és átfogó életfilozófia jellemzi, az emberi gondolkodás ellentétes tendenciáinak integrációjára való törekvés kapcsolódik hozzá, és heurisztikus természetű (folyamatosan megkérdőjelezhető és megerősítendő, nyitott az elmélyülésre és a változásra). A továbbgondolkodásra invitáló pont lehet ezen felsorolt szempontok összehasonlítása a SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) 2012-es *felépülés (recovery)* címszóra adott munkadefiníciójával: *olyan változások folyamata, amely során az egyének javítják egészségüket és jóllétüket, saját maguk által irányított életet élnek, és igyekeznek kiteljesíteni életük összes lehetőségét* (SAMHSA, 2012: 3), illetve a belőle eredeztetett tíz vezérelvvel (*remény, az egyén által kezdeményezett folyamat, több út, holisztikus, sorstársi támogatás, kapcsolati viszonyok, kulturális környezet, foglalkozik a traumával, erőforrás-központú, hangsúlyozza a felelősséget, tisztelet*).

Az érett és éretlen vallásosság megkülönböztetésén alapul az *intrinsic* és az *extrinsic* vallásosság fogalmának kidolgozása is. Az érett vallásosság a személy belső érzülete, amely *önmagában* képes arra, hogy életformáját, kapcsolatait, céljait és döntéseit meghatározza, vagyis belső motivációs erőként hasson: ebben az értelemben *intrinsic*nek nevezhető. Az éretlen vallásosság viszont olyan célok eszközeként jelenik meg, amelyek önmagukban nem vallásiak, hanem a személy biztonságérzetével (pl. megfelelési igényével, fenyegető erők elleni védeke-

zéssel), testi és lelki jóllétével kapcsolódnak össze. Elérésük érdekében, ezek által motiváltak fejlődnek ki az az eszközjellegű vallásos érzület, amely extrinzik vallásosságnak nevezhető. Allport megfogalmazása szerint: „az extrinzik motiváltságú személy használja a vallását, míg az intrinzik motiváltságú megéli azt” (Allport és Ross, 1967: 434).

Depressziós fekvőbetegek mintáján az intrinzik vallásosság mértéke szignifikánsan pozitív korrelációt mutatott a pszichológiai rezilienciával és életminőséggel, és negatív korrelációt a korábbi öngyilkossági kísérletek számával (PazMosqueiro és mtsai, 2015). Foong és munkatársai pedig azt találták, hogy az intrinzik vallásosság csökkentheti a depresszió negatív hatását a kognitív funkciókra, és amellett érvelnek, hogy a klinikai területen dolgozó szakembereknek keresniük szükséges olyan módozatokat és beavatkozásokat, amelyek a kliensek intrinzik vallásosságát (és annak megélési lehetőségét) javítják a kognitív károsodás megelőzésének egyik stratégiájaként (vö. Foong és mtsai, 2018).

Intrinzik és extrinzik vallásosság az addikció tükrében

Habár a vallásos motiváció az egyik legkutatottabb az említett 17 konstruktum közül, mégis ami az intrinzik és az extrinzik aldimenziók kapcsolatát illeti az addikciókkal, híján vagyunk a kutatási adatoknak.

Batson és munkatársai 1993-ban több tudományos kutatást is elvégeztek annak témájában, hogy a mentális betegség, illetve az azokra való hajlam milyen összefüggést mutat a megélt vallásosság két aldimenziójával. Azt találták, hogy az intrinzik vallásosság pozitív korrelációt mutatott a mentális egészséggel, míg az extrinzik vallásosság

negatív korrelációban állt vele. Későbbi, 1996-os kutatásban Genia azt találta, hogy az intrinzik vallásosság szignifikánsan negatív korrelációt mutat a klinikai depresszióval, míg szignifikánsan pozitív korrelációt mutat a spirituális és egzisztenciális jólléttel (*well-being*) és önértékeléssel. Woyciechowski (2007) kutatásában arra a következtetésre jutott, hogy nemtől függetlenül az intrinzik vallásosság mértéke az élet értelmének meglétével pozitív korrelációt mutat.

A központi kérdés tehát az, hogy milyen módon fejt ki hatását az addikcióban érintett személyek mindennapi életében az intrinzik-extrinzik módon megélt vallásosság. Vajon feltételezhetjük, hogy elősegíti felépülésüket vagy éppen akadályozza? Védettebbé teszi őket a megélt vallásosság e dimenziója a relapszussal szemben? Többek között ezen kérdések mentén vizsgáljuk a megélt vallásosság intrinzik és extrinzik aldimenzióit két alkoholbetegségben érintett személy kapcsán, akiket vegyes módszertanú kutatás keretében vizsgáltunk.

EXPLORÁCIÓS ESETBEMUTATÁS

Cikkünkben két, alkoholfüggőségben érintett személlyel végzett exploráció eredményét mutatjuk be választott témakörünk, a megélt vallásosság vonatkozásában. Emellett vizsgáljuk szerhasználatuk funkcióját, és meghatározzuk a betegéletútjukat kísérő motivációs állapotuk állomásait is. A velük végzett munka szakmai-etikai engedéllyel rendelkezik (BMEÜ/2242-3/2022/EKU). A kutatás részét képezte jelen cikk szerzőjének (aki addiktív viselkedések tanácsadó szakpszichológusa, az E/1. személyben megfogalmazott szövegrész az ő személyes benyomását hivatott megjeleníteni) találko-

zása két, számára ismeretlen személlyel, akiket egy ellátóközpont ajánlott figyelmébe a kutatás témája kapcsán. Az első alkalommal mélyinterjút végeztünk, amely közben nem kormányoztuk a beszélgetést, nehogy megtörjük annak természetes és spontán folyását. A következő személyes találkozó alkalmával félig strukturált interjút vettünk fel (lásd a cikk végén), kifejezetten megélt vallásosságuk kapcsán, személyes szinten, illetve a szerhasználat vonatkozásában.

A két interjúalany jelentkezése és részvétele önkéntes módon történt, egy alacsony-küszöbű nappali ellátórendszeren keresztül, ahol évek óta szakmai támogatásban részesülnek. A két eset merítési közege éppen ezért egybevág, illetve szerfüggőségük is azonos, mindketten ugyanazzal érintettettek, és életkoruk, város szerinti lakhelyük, szakmai jártasságuk is közel azonos. Közös bennük emellett, hogy mindketten felépült, önmagukra és betegéletútjukra tudatosan reflektálni képes férfiak. Kifejezett különbség a két eset között – ahogy azt előzetesen kértük is a szelekció kritériumaként, kutatási célunkat figyelembe véve – a vallásossághoz (és magához az intézményesült valláshoz) való viszonyuk. Ez egyiküknél (*2. eset*) kiemelkedően fontos szerepet tölt be, másikuknál (*1. eset*) pedig – az ellátórendszer vezetőjétől előzetesen kapott információk szerint – nem nyom sokat a latban, vagy legalábbis nem olyan módon és intenzitással, mint a másikuknál.

Az interjúk helyszíne egy szombathelyi pszichológusi rendelő volt, mindkettejük számára ismeretlen terep. Az első találkozás 70-80 perc hosszúságú volt. A második találkozás hozzávetőlegesen 50-60 percet vett igénybe. A két személyes találkozás között 7, illetve 10 nap telt el. Az utólagos tartalomrekonstrukció érdekében, hogy tematikus elemzésünk minél pontosabb legyen, a talál-

kozók hanganyagát diktafonnal rögzítettük a résztvevők szóbeli beleegyezését követően.

Az esetek ismertetésénél a valóságtól eltérő személyneveket adtunk, az előforduló bármely más információt módosítottuk, ugyanakkor ügyelve arra, hogy a tartalom lényegi elemei ne sérüljenek.

1. esetbemutató: Andor

Andor 53 éves, elmondása szerint felépülőben lévő alkoholbeteg. Megjelenésében egyszerű; lezser öltözékben, szabadidőcipőben, sötét melegítőkabátban, farmernadrágban érkezett, szemüvegét felsőruházatának nyakpántjára helyezte. Ápolt külsővel jelent meg. Őszbe hajló rövid frizúrája, piros orcája, kedves és szelíd személy benyomását kelti, aki felé könnyen táplálék bizalmat. Nyugodt, kiegyensúlyozott személynek tűnik. A szolid, de ugyanakkor igényes megjelenés látványát a magával hozott, már igencsak megviselt Tesco műanyag szatyor törte meg. Amennyiben tekintetem csak addig a látványig terjedne, akkor akár egy hajléktalant is gondolhatnék tulajdonosának, aki kezében fogja.

Megosztási módja, beszéde, mimikája, metakommunikációja már túlon túl nyugodt, szinte már érzelemmentesnek mondható. Idő előtt érkezett a megbeszélte találkozási pontra.

Városban él, nőtlen, gyermeke nincs. Házasságban nem élt, egy-két komolyabb párkapcsolata volt élete folyamán, ami elmondása szerint alkoholfogyasztása miatt futott zátonyra. Mindvégig a szüleivel élt egy háztartásban. Édesapja, akivel nagyon nehéz kapcsolata volt, néhány éve meghalt, azóta édesanyjával élnek ketten (aki jelenleg 86 éves). Van egy elvált öccse és egy hajadon húga.

Sok végzettséget szerzett, de elsődlegesen az élelmiszer-kereskedelemben dolgozott eladóként, és egyre magasabb felelősséget igénylő pozícióba lépett. Drogokat nem próbált, gyógyszerivisszaélés egy alkalommal, egy öngyilkossági kísérlet folytán fordult elő. Szuicid megnyilvánulása két másik alkalommal is volt, az erek késsel való felvágásával, amint mondja, figyelemfelhívás és az önsajnálattal. 2012 és 2013 között a legsúlyosabb időszakát élte: pszichiátriai kezelésre szorult szorongás, alkohol és depresszió miatt, ekkora tehető az első öngyilkossági kísérlete is.

Először 14 éves korában, egy általános iskolai bankett alkalmával találkozott az alkohollal. Erre ráerősített, hogy vidéki közegekből városi közegbe érkezett, egy „rossz társaságba”, ahol össze-összeültek közösen iszogatni, bár lerészegedés nem jellemezte őket. Fiatalon munkába lépett, kollégái rendszeres ivók voltak, és „ott alkoholt *kellett* fogyasztani”. Már reggel munkába menet megittak pár sört, munka után pedig sorra járták a kocsmákat a munkatársakkal közösen.

Jött a katonaság, bevonulás előtt „K. O.-ig leittam magam”, ez volt az első ilyen jellegű élménye. Az alkoholfogyasztási tendencia a katonaságnál még jobban megerősödött, sör és bor formájában. A katonaságnál felelős pozícióban volt, és ahogy visszaemlékszik, előfordult olyan eset, hogy az előzetes alkoholfogyasztása miatt alig tudott megállni a lábán a felettése előtt.

Az elején még jól esett neki az alkohol, a munkatársakkal való kapcsolattartásnak ez a módja. Egyre felelősségteljesebb munkát kapott, és a megnövekedett feszültség miatt egyre több alkoholt fogyasztott. A munkája miatt gépkocsit is kellett vezetnie, de mivel korábban még nem volt konfliktusa rendőr-

rel, felbátorodott, hogy vezetés előtt is fogyasszon alkoholt. Túlzott munkavégzés jellemezte, akár napi 10-12 órát is képes volt dolgozni – a vezetőség részéről ez elvárás is volt –, így a szerfogyasztása még intenzívebb lett. A stresszes életmód miatt, feszültségoldásként munka közben is „kellett” fogyasztania egy-egy sört. A környezete észrevette a túlzott mértékű alkoholfogyasztást, de mivel nem ment munkája rovására, nem tették szóvá. Szülei is érzékelték állapotát, és úgy nyilatkoztak, hogy „mit fognak szólni a boltban, elveszik a jogsídat”. A munkavégzés alatt Andor elmondása szerint „automatikusan jött”, hogy igyon, de még nem érte el azt a szintet, hogy sóvároghon. Munka után pedig folytatta az ivást a kollégáival.

Az alkohollal való kapcsolatára rásegített, hogy édesapja az anyai nagybátyja életútját húzta rá: Andor is ugyanolyan alkoholista lesz, mint ő. Ez volt az apai narratíva és Gólem-hatás.

2009 júliusában közúti balesetet szenvedett, elütötték egy gyalogátkelőn. Ezután hét és fél hónapra visszaesett a fogyasztott alkohol mennyisége. Mihelyt járókerettel tudott mozogni, elment a közeli kocsmába. Ekkor még erősen dohányzott is az alkohol mellett – egy ponton azt érezte, hogy meghal, ha tovább folytatja ezt a mennyiségű nikotin- és alkoholfogyasztást, így eldöntötte, hogy egyiket leteszi. A cigarettát választotta, és azóta nem is gyűjtött rá.

Új munkahelyet kapott: a zöldségosztály felelőse lett. Mivel kiszámíthatatlan felelősségteljes helyzetekkel és megemelkedett stresszel járt ezt a munkakör, a munkahelyen állandósult a nagy mennyiségű alkohol fogyasztása: vodka-narancs, vodka-őszibarack. Elmondása szerint már reggel 6-ra nem volt a hozott üvegekben semmi – a bevétel

mennyisége lassan nőtt. A munkába is autóval ment, holott gyalogszerrel is pár percnyi távolságra lakott, csak azért, hogy az ülés alatt el tudja rejteni az asznapi italmennyiséget.

Egészségügyi helyzete súlyossá vált: állandó rettegésben volt, rémálmok gyötörték, hallucinált: a tv-ben a bemondó feléje fordult, és folyton azt mondta Andornak: „igyál, igyál!”. Kimondhatatlanul félt a sötétől is.

2013 és 2019 között kilenc alkalommal volt pszichiátrián kezelésben. A „halál szobá”-nak elnevezett helyiség megrémisztette és elrettentette – élet és halál között érkeztek be ide személyek. Mikor első alkalommal látta ezt a szobát és az ott lévőket, megfogadta, hogy mindent meg akar tenni annak érdekében, hogy ő ide ne kerüljön be. Ennek köszönhetően önerőből három évig absztinens tudott maradni, de utána visszaesett, aminek nem tudja felidézni az okát. De „hamar felejt az ember, hogy mit élt át”, és ismét jött a kontroll illúziója. Új párkapcsolatában a hölgy gyakran kérte, hogy ne igyon, de találkozásaik előtt úgy gondolta, hogy „kedvesinálónak és teljesítménynövelőnek” „innia kell” fél liter vodkát. A párkapcsolat az alkohol miatt ért véget, közben a munkahelyén leminősítették, a zöldségosztályról irodai munkára.

2016-ban gyógyszerekkel öngyilkosságot kísérelt meg. Ekkoriban többször megfordult a pszichiátrián rövid időszakon belül. Az élete legnagyobb tragédiájaként számontartott esemény is ekkor történt, ittas vezetőként „teljes filmszakadást” élt meg, miközben külső szemtanúk szerint többször behajtott egy álló teherkocsiba a vadonatúj BMW terepjárójával, holott a kocsit megvásárlásakor feltett elhatározása volt, hogy nem iszik többet, mert már „komoly kocsija” lett. Azóta bevonták a jogosítványát.

Hét hónapra bentlakásos rehabilitációra került, amit a becsempészett alkohol elfo-

gyasztása miatt kellett megszakítania. Utána önerőből próbált ismét alkohol nélkül élni. 2018-ban elvégzett egy biztosítói tanfolyamot, de az új munkakör még több csalódást okozott neki, és négy hónap után depressziós, szorongásos állapotba került. Egy újabb komolyabb kapcsolata is kialakult, amiben a hölgy anyagilag teljesen kizsákmányolta Andort.

Ünnepekkor, például az ötvenedik születésnapján, karácsonykor, újévkor, meg tudta állni, hogy ne igyon, de január 2-án „megpróbált” egy sört, aminek a teljes visszaesés lett a következménye. „Többet soha nem mondom, hogy soha, hanem hogy talán” – fejt ki alázatosan Andor. Ekkoriban három-négy alkalommal is járt a pszichiátrián kezelésben, utána úgy döntött, hogy ismét felvételét kéri a bentlakásos rehabilitációs intézetbe, ahol ezúttal elvégezte a kétéves programot. Azóta az életmottója: „nem úgy fogalmazom meg magamnak este, hogy na, ma sem ittam, hanem reggel elhatározom, ma sem fogok inni”. Ebben az intézetben elintézték a 40%-os rokkantosságát. Havi egyszer jár vissza csoportra, illetve napi négy órában kétkezi munkát végez egy szenvedélybeteg-eket ellátó nappali központban.

Spontán kezdett arról beszélni, hogy édesanyja nagyon vallásos az asszony testvére egy közismert pap, de már meghalt, illetve Andor keresztapja is pap. Vallásos nevelést kapott, vasárnap „illett templomba mennünk”, de egy idő után a kocsmára cserélte azt az időt. Amióta visszatért a rehabilitációról, személyes igénye lett, hogy vasárnap elmenjen szentmisére, és hogy ünnepekkor gyónjon, áldozzon (habár az intézetben nem volt „vallási vonulat vagy ráhatás” – magyarázza Andor). Mikor elmegy a liturgiára, úgy érzi, megnyugszik belül. Jelenlegi munkahelyén is kap vallásos tanítást, egy plébános atya heti rendsze-

rességgel bibliaórát tart 45 percben; azokra is eljár. Megjegyzi: „jelen állapotom fenntartásában nem tartom kizártnak, hogy a vallással való foglalkozás is közrejátszik”.

Jelenleg úgy jellemzi magát, mint aki magának való: „nem járok társaságba, akik voltak, mindet, 100%-ban leépítettem, mert elvinnének, és én még a látszatát is kerülni akarom annak”, hogy közelébe kerüljön az alkoholnak, vagy olyan társaságnak, ahol ezt előszeretettel fogyasztják.

2. esetbemutató: Mihály

Mihály 48 éves, megjelenésében ápolt, rendezett szakállú, rövid hajú. Sötétebb színezetű nadrágban és ingben érkezett, ami komolyságot adott megjelenésének – éppen munkából jött, mint mondta. Derűs arcú, maga körül kellemes légkört teremtő személy. Kiegyensúlyozottsága és alázata figyelemre méltó. Hálás volt találkozásunkért, és szívesen beszélt. Megéléseit leíró szókincse, megfogalmazásai, szófordulatai rendkívül pontosak és sokszínűek, az eredetiség és hitelesség benyomását keltették. Pontosan időre érkezett a megbeszélte találkozási pontunkra.

Mihály 17 éve nő, egy kilencéves kislány édesapja, városban élnek. Szakmáját tekintve élelmiszer-eladó, mint az édesanyja. Apja víz- és gázszerelő, úgyhogy „piszkos szakmát” végez. Mihályt jó érzéssel töltötte el választott „tisztá szakmája”, szerette, ha megismerték az utcán.

Saját magát a következőképpen jellemzi: „gépszíjas ivó vagyok: ha megkóstolom, akkor nekem aznap le *kell* részegednem. Nem az italról szól, mert gyűlölöm az ízet is, nincs olyan szeszes ital, amire azt tudnám mondani, hogy finom – hanem a hatása miatt ittam”.

Édesapja alkoholista volt, saját kezűleg vetett véget életének. Mihály összeomlá-

sa innentől számítható, az eseményt trauma-ként élte meg, ugyanis halott apját ő találta meg. Ahogy apja életvitelét látta, már gyerekként megfogadta magának, hogy soha nem fog alkoholt inni, amit 25 éves koráig sikerült is megtartania. Mihály 20 éves volt, mikor az apja meghalt, és nála közvetlenül utána depresszív állapot lépett fel. Az anyjától nem kaphatott támogatást, mivel ő maga is kimerült a leterhelt házastársi kapcsolatban, alkoholizáló férje mellett.

Mihály 25 éves korában került egy olyan ivós társaságba, ahol „megérintette” egy pohár cherry likőr ital. Lerészegedett, másnap nem emlékezett rá, mi történt vele, majd ismét nem ivott hónapokig. Ivásának célja az alkohol által okozott hatás elérése volt. Azután egyre többször előfordult, hogy elindult otthonról, mintha munkába menne, de útközben 180 fokos fordulatot vett, és elment inni. Szégyent élt át ilyenkor, főleg azért, mert munkáját többször is elveszítette emiatt. Hosszabb italozós időszakok nem jellemezték, mivel elmondása szerint nagyon könnyen le tudta tenni az alkoholt. Feleségét már az alkohollal küzdő időszakában ismerte meg, problémájáról a hölgy is tudott.

Mihály könyvekből, önmaga erejéből próbált utánanézni, hogy mi a teendő olyan pszichés alapbeállítódás esetén, amikor lehangoltság vett rajta erőt; nem volt kiegyensúlyozott, kisebbségi érzések gyötörték, ami folytonosan visszatartotta attól, hogy előrehaladjon. Az alkohol nem igazi feloldás volt ezekre a belső vívódásokra, hanem inkább átmeneti kikapcsolódást nyújtott arra a pár pillanatra, amíg a kábulat tartott.

Többszörös munkahelyvesztés után, illetve amikor már felesége is „beelégt”, közösen felkerestek egy katolikus atyát segítségkérés gyanánt, aki a szenvedélybetegék nappali ellátórendszerét ajánlotta, ahová

Mihály mára már több mint tíz éve jár. Főként a csoport jelentett számára sokat: másoktól tanulni, sémákat felvenni, amit „egy életen át folytatni fogok, mert voltak példák előttem, akik 20–25 éve nem ittak”. Velük elérte a 3–3,5 éves absztinenciát, viszont egy belső sikkasztási botrány miatt elküldték a munkahelyéről, ahol szívvel-lélekkel dolgozott, de mégis kirúgták, mert beelátott egy rajta kívülálló családi botrányba. Ismét inni kezdett. Majd jöttek fél- és egyéves tiszta időszakok, de mindig előkerült valami „mély sérelem, megterhelő helyzet”, amire reakcióként az alkoholhoz nyúlt. Magát emiatt elmarasztalta, hibáztatta, úgy értelmezte, hogy kisebbségi érzése az, amire a szenvedélybetegsége felépült. Magát és az ebben érintett függőket „túlzottan érzékeny embereknek” tartja. Imaközösségbe is eljárt, ahol olyan emberekkel ismerkedett össze, akiknek a felépüléséről mások már lemondtak. Jutka néniel (alapító tagja ennek a közösségnek) „sülve-főve” együtt voltak. Mikor az ismételt ivás miatt otthonról el kellett jönnie, Jutka néni segített neki szállást találni, ekkor szerzeteseknél lakott több hónapon át. Volt olyan időszak, amit úgy élt meg, hogy tisztaságának megőrzése érdekében önként kellett otthonról, a felesége mellől eljönnie, mondván „jobb, ha elmenekülök a helyzettől, csak hogy megmaradjon a tisztaságom. Ezeket felismerni, kezelni kell megtanulni. És hogy kinek mi mennyit ér. Nekem a tisztaságom mai napon már nagyon sokat ér, s ezért elég sokat tudok tenni”.

Megélt vallásosságáról így tesz tanúbizonyságot: „én eléggé vallásos vagyok, és tudom, hogy csodák léteznek, velem is történt egy csomó, aminek se szeri se száma [...], engem nagyon szeret a Jóisten. Valamiért ki is választott engem magának, hogy többre vagyok méltatva, valószínűleg más is így van, csak nem ismeri fel ezt a helyzetet.”

A nappali ellátórendszerben gyakorlati megoldásokat, önismeretet kapott, olyan tükröt, ami előtt tudott magával szembesülni. Az imacsoportban pedig annak gondolatát kapta, hogy van egy felsőbb Isten, „Aki még arra is képes, hogy az alkoholizmust, akár egy csettintéssel elvegye”. A munkaköreit is úgy alakította, hogy ezeken a találkozókön mindig részt tudjon venni.

Mihály betegútján sok visszaesése volt, viszont a legnagyobb erényének azt tartja, hogy azonnal talpra tudott mindaddig állni, segítséggel ki tudott lábalni a bajból. „Volt megcsúszás is, még időben meg tudtam szabadulni a dologtól és ez már nagyon nagy valami az én betegségemmel kapcsolatban!” – mondja.

Az imádság mint eszköztár fontos számára ahhoz, hogy gondolatait visszaterelje, de legfontosabbnak azt tartja, hogy Istennel személyes kapcsolatot élhessen meg: „beszéljess Istennel, vonulj földre, legyetek ketten, és csak beszéljessetek. Nem elhanyagolni, hanem napi szinten – ezt szoktam mondani, minél többet! És egészen másként fog alakulni az élet... Bejönnek a csodák”. Elmondása szerint rengeteg csodának volt tanúja élete folyamán. Egyik legkiemelkedőbb, hogy egy zarándoklat alkalmával láthatta a Szűzanyát, „nem tudok tőle megszabadulni, mindig velem van és fogja a kezemet”. Ezen meghatározó 2009-es esemény után a szerhasználat terén is minőségi ugrás következett be életében, akkor kereste meg először a segítő központokat belátó és beismerő betegként. Kitisztulási folyamatai hosszúak voltak, de ezeket nem rehabilitáción, hanem otthon végezte.

Feleségét nagyon köszöni a Jóistennek, mert ő mindig támogatta, s azért is „mert ő is vallásos eléggé”. Saját életét és betegsége útját úgy definiálja, mint „szégyenből büszkeség. Igen, ha valaki megkérdezi, hogy alko-

holista vagyok-e azt mondom igen, az vagyok, de nem arra vagyok büszke, hogy ittam, hanem arra hogy már mióta nem ittam. Most épp tiszta vagyok, éppen most tiszta vagyok – csak ezt el tudjam mondani”.

MEGVITATÁS: A KÉT ESET ÖSSZEVETÉSE

Andor és Mihály betegségútját elsődlegesen a félig strukturált interjúra adott válaszaik alapján vetjük egybe, majd három különböző szempontból vesszük jobban szemügyre, és megvizsgáljuk, miben mutatnak azonos-ságot, és miben térnek el. A három dimenzió: az alkoholfogyasztás funkcióira, a mögöttes

motiváció kérdésére és a megélt vallásosság témájára terjed ki.

A félig strukturált interjúra adott válaszok egybevetése

A jobb átláthatóság érdekében a kapott válaszok egyes részleteit táblázatba rendezzük (lásd *1. táblázat*). Az eredeti kérdéseket itt nem teljes terjedelmükben közöljük, hanem sorszámmal és tartalmi hívószóval látjuk el. Az eredeti kérdéssor megtalálható a tanulmány végén.

A kapott válaszok kapcsán hasonlóság figyelhető meg az 1., 2., 3. és 6. pontnál, viszont a többi 14 kérdésre adott válasz tartalmában lényegi eltérés tapasztalható.

1. táblázat. A félig strukturált interjúra adott válaszok egybevetése

		Andor	Mihály
1.	felekezeti hovatartozás	„igen, katolikus keresztényhez”	„persze, természetesen, római katolikus valláshoz”
2.	mióta	kisgyermekkor óta, neveltetésből	„születésem óta”
3.	neveltetés	igen, az anyja nagyon vallásos; „a család együtt járt szentmisére és más ünnepi alkalmakkor, szépen kiöltözve, úgy jártunk misére”	családja eljár templomba most is, „de egy mély hitet nem tudnak <i>produkálni</i> ”
4.	személyes elköteleződés	„különösebben nem mondanám”	„gyerekkorban még megvolt, utána elkallódtam”. És 2009-ben volt egy zárándokút, amely fordulópontot hozott
5.	vallásváltás	amikor kikerült a bentlakásos rehabilitációs központból, úgy érezte, hogy újból szüksége van a vallásra és a szentmise látogatására, a prédikáció meghallgatására; „ezáltal is próbálom azokat a negatív élményeket, negatív gondolatokat elfojtani, és tudattalanomban eltárolni, amik ahhoz vezetnének, hogy újból	„mindig érdekelt, de az igazi változást, az igazit, a zárándokút hozta meg. De mindvégig úgy éreztem az életben, hogy mindig van mellettem valaki, aki fogja a kezemet”

		Andor	Mihály
5.	vallásváltás	arra az útra térjek, amit sajnós bejártam”	
6.	személyes vagy szervezeti	„inkább úgy mondanám, hogy a személyes, mert nem vagyok tagja az egyházi közösségnek”	„természetesen a személyes, hát én választottam... ez nem köthető szervezethez”
7.	közösségi elköteleződés	nem	igen, Kék Kereszthez, RÉV szolgálat. Kifejezetten plébániai közösséghez nem. „próbáltunk családi közösséghez csatlakozni, de a covidos időszakban ez kiesett”
8.	a vallás jelentése számára	„egy ilyen gondolati téren való másságot. Sokszor elgondolodom, hogy az embernek mit tud nyújtani az, hogy vallásos...”	új életet
9.	vallásgyakorlat	„minden vasárnap részt veszek a szentmisén, ünnep alkalmával végzek gyónást és szentáldozást, meg közben el szoktam néhány imádságot is elmondani, régen ez nem volt jellemző”; ezekben az imákban „nem említem meg önmagamot, hogy magamért imádkozom”	(részletesen végigmondja a hét minden napját a vallásgyakorlás szempontjából); „akad szép számmal a hétben sok alkalom, amit próbálok belezsűfítani”
10.	a vallásgyakorlat gyakorisága	„minden vasárnap és ünnep alkalmával, ez már szokássá vált. Rutin lett”	lásd előző
11.	a vallási elköteleződés életútjának rajza	lásd 1. ábra	lásd 2. ábra
12.	az alkoholizmus életútjának rajza		
13.	kétely a vallással kapcsolatban	„igen, voltak, amikor az alkohol miatt nagyon nagy depressziós időszakban voltam, amikor úgy éltem meg, hogy rajtam már semmi és senki nem segít, jobb is lenne meghalni. Nem kételkedtem a vallásban, hanem elutasítottam, úgy éreztem, hogy hiába imádkozom, hiába járok szentmisére, én nem tudok megváltozni, nekem ez a sors adott, hogy alkoholista-ként fogok meghalni”	„nem voltak kételyeim. Sőt, ha valaki megkértelvezte bennem, akkor tudtam, mi a jó, és hogy hova tartozom. Az a kétely nem volt bennem”

		Andor	Mihály
14.	a jelenben megélt vallásosság értékelése	„azt tudom, hogy tehetnék még többet is. Pl. részt vehetnék az egyházközség életében, ünnepek alkalmával dekorációt készíteni, egyéb ilyen karitatív dolgokat megcsinálni, ez még hiányzik”	„most, jelen pillanatban nagyon jól. Szerintem boldognak érzem magam a jelen pillanatban, és ez nagy dolog. Még ha hülyeségek történnek is a világban”
15.	a függőségben megélt vallásosság értékelése	„sehogy. Teljesen kizártam”	„akkor azért nem tudott jelen lenni, mert az egy depressziós időszakokkal kezdődött, nem is az alkoholizmussal, ez egy ötéves idő, az nem lett jól kezelve, nem lett felismerve, az hozott magával ezt-azt: kényszerképzetet, kisebbségi érzést, arra a megoldás lett az alkohol”
16.	a felépülésben megélt vallásosság értékelése	„a felépülésben hálát adtam a Jóistennek, hogy sikerült elérnem azt, hogy még életben vagyok, hogy mondhatni azt, hogy van értelme az életemnek, vannak bizonyos céljaim, de nem olyanok, amik elrugaszkodottak a valóságtól, de valamiképpen kedvező mértékben befolyásolta az, hogy újra visszatértem a valláshoz”	„természetesen ennek köszönhetek mindent. Nem elég az, hogy a család támogat, fontos, de önmagában nem elég, mint ahogy az sem, hogy van egy önismeretem, de még van a lélek is, és az a legerősebb dolog, amit támogatni kell, és azt máshogy nem lehet, csak a spiritualitással, az az egyetlen, ami rendbe tudja tenni. Ezen a három lábon áll a szék, és ha az megvan, akkor stabilan áll. Hosszú munka, tudom, hogy ez sokaknak nehéz. Mindig a nulláról visszaépítkezni mindig. Minden, amit a visszaeséssel lerombolok, azt a nulláról újból vissza kell építkezni, és ez borzasztó kemény munka. Sokan a hitüket veszítik épp itt, ebben a szakaszban, pedig nem szabad”
17.	a relapszusban megélt vallásosság értékelése	„amikor már azon a szinten voltam, hogy visszaestem, akkor egyáltalán nem foglalkoztam vele, akkor csak egy dolog motivált, hogy a következő napra való alkoholmenyiségem meglegyen, illetve hogy aznapra	„abban nem inogtattak meg. Hanem tudtam, hogy a Jóisten ezt valamiért megengedte, és Ő ad erőt a talpra állásra, ez kizárt, hogy meginogjak, és Őt hibáztassam miatta. Nehéz időszakokat a vallással vészelttem át, nekem kimondottan ez segít”

		Andor	Mihály
17.	a relapszusban megélt vallásosság értékelése	sikerüljön magamat annyira elkábítanom, hogy jól érezzem magam. Abban az időben abszolút nem gondoltam a vallásra”	
18.	a vallás kölcsönhatása a betegséggel	„az alkoholbetegség szépen lassan folyamatosan jött az életemben, színtről szintre emelkedett a mennyiség, illetve emelkedett azon napok száma, hogy nem mondhattam magamat józannak. Tehát mindenképpen kihatással volt rá, mert akkor nem motivált se szentmise, se szentgyónás, csak és kizárólag az alkohol”	„valahogy az alkoholbetegség ideje alatt nem jött elő annyira a vallás, de ezt nem én akartam így, biztos nem akaratból. Mert azt nem mondanám, hogy a Jóisten most nekem nem tud segíteni, hanem valahogy eltűnt. Komolyan mondom, olyan érdekes. Az önsajnálát meg az ilyen dolgok úgy felgyülemlettek, ezek a kényszerképzetek, amik jöttek a fájdalomtól és a traumáktól, hogy nem tudott odaférfközni a Jóisten. Fura...”
19.	a vallás kölcsönhatása az absztinenciával	„miként van ez összefüggésben megtartott absztinenciájával? Úgy, hogy a szentmise alkalmával sokszor szembe van állítva a jó és a rossz, és rájöttem, hogy én eddig vesztes voltam az életben, rossz oldalon álltam, és igyekszem átállni, ami a jó”	„hát persze, természetesen. Nekem anélkül már nem menne... A legfontosabb láb a lélek. Azután menni kell, táplálni kell, öntözni kell azt a virágot, hogy virágozzon”
20.	a vallás fontossága	„jelenleg a munkahelyen való munkám mellett, illetve az itthoni munkám mellett nagyon nagy szerepet játszik. A bentlakásos rehabilitációs központ óta nem nézek filmeket, a híreket elolvasom különböző portálokon, nagyon sok könyvet olvasok, szinte már várom azt, hogy vasárnap reggel újra menni kelljen, és hogy csütörtökön jöjjön az atya, és elmondja a prédikációkat, és tök érdekes az egész dolog, régen nem gondoltam volna, hogy egy szentnek az élete ennyire érdekeljen. [...] Hány olyan szent volt, hogy üldözte	„hát fontos nagyon. Természetesen. Anélkül már nem tudnám elképzelni az életemet, semmilyen formában. Tehát ha a szakadék szélén lennék is, talán még erősebben, az ember ösztönéből kifolyólag is, még közelebb kerülne az Istenhez, de ugyanúgy, most is, amikor jó az élet, rózsás, akkor nem szabad megfeledkezni róla, hogy kinek köszönhetően van ez, hogy honnan jön. A hálaadás is nagyon fontos. Tenni kell érte. A legfontosabb szerintem a krisztusi szeretet, hogy a másoknak tudjunk adni, hogy a jócselekedet nélkül ne teljen el nap”

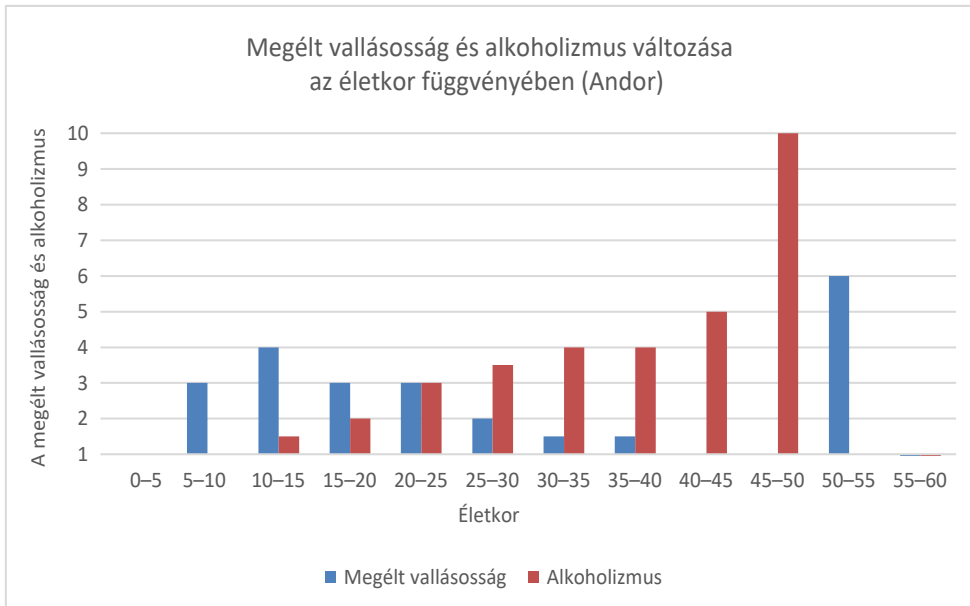
		Andor	Mihály
20.	a vallás fontossága	a keresztényeket, vallástagadó volt, és teljes mértékben megtértek, és vallásukat haláluk árán is gyakorolták”	

Összegezve Andor válaszainak jellemzőit, megfigyelhetjük, hogy megélt vallásossága nélkülözi a személyes elköteleződést, inkább – elsődlegesen édesanyja révén – kulturálisan továbböröklődött családi tradíciónak tekinthető. A vallást elmondása szerint arra használja fel, hogy „elfojtsa” negatív élményeit és gondolatait. Ez a funkció szoros összefüggést mutat a vallásról alkotott képével, amely szerinte „gondolati téren való másságot” jelent. Nem érzi szükségét egyházi vagy plébániai közösségbe becsatlakozni. Vallásgyakorlása kimerül a hozott családi mintákban: vasárnapi mise, évi két alkalommal gyónás, szentáldozás, amihez csak nemrégiben kezd társulni némi belső igény is. Ezen a téren – saját elmondása szerint – újdonságként mutatkozik még, hogy kötött imákat is recitál: Üdvözlégy, Miatyánk. Jelenlegi vallásosságának értékelésében önkritikus, miszerint tehetne többet karitatív szinten, a plébánia életében, és csatlakozhatna imaközösségekhez. Megélt vallásossága ego-szinten marad, kifejezetten külsőségekben nyilvánul meg, és nélkülözi az interperszonális kapcsolódást az Istennek megélt személlyel mint cselekvő ágenssel, akinek akár felépülése, akár absztinenciájának sikeres megtartása tulajdonítható lenne. A vallás számára a „jó oldal”, amelyhez tartozni akar az eddigi rossz oldallal szemben. Vallásossága az interjú alapján tehát extrinzik vonásokat mutat.

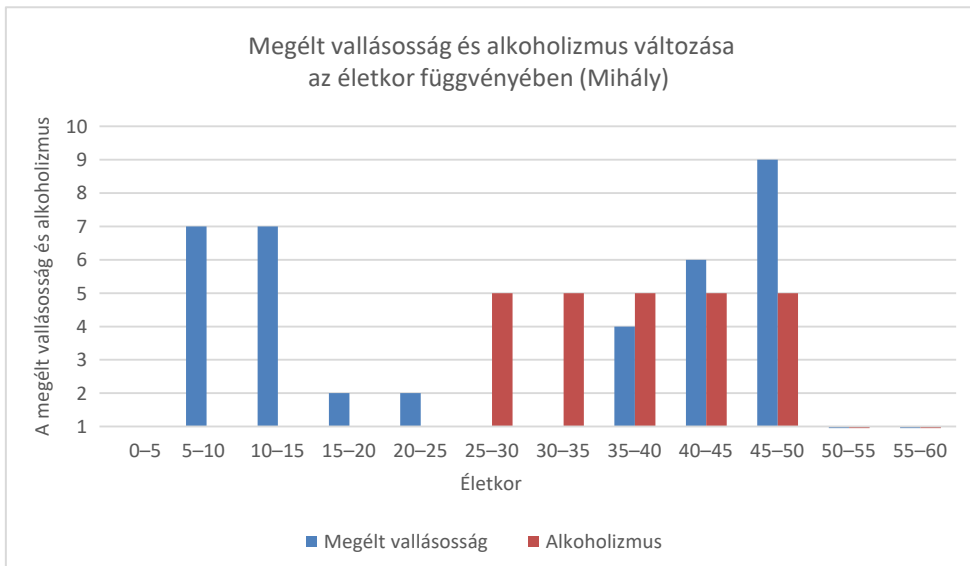
Összegezve Mihály válaszaiban kirajzoltott vallásosságot azt láthatjuk, hogy az személy-

es életét minden területen áthatja, mint mondja „mindent ennek köszönhet”. Jelen van a mindennapjaiban, betegségéletútjában sarokpontot képez, konkrét megtéréshez kötött, ami jól körülhatárolható időben és helyszínen – egy zarándoklat keretén belül – történt, intenzív, részletgazdag emlékként könnyen előhívható. Vallásos megélése közösségi jelleget is ölt, Mihály fokozott igényét is kifejezi arra, hogy lelki életét fejlessze, és absztinenciáját megtarthassa. A legfontosabb pontoknak a lelki életének napi szintű megélését és támogatását, illetve a Jóistennel megélt kapcsolatát, a hála kifejezését és a jócselekedetet tartja. Vallásossága az interjú alapján tehát intrinzik vonásokat mutat.

A 11. és 12. pont a saját interjút kiegészítő technikaként egy-egy grafikai feladatot takar. Ennek során azt kérjük a személyektől, hogy rajzolja meg, hogy az életútját tekintve mely életszakaszokban (életkorban) volt erősebb, mely szakaszokban gyengébb vallás iránti elköteleződése (11. kérdés); illetve hogy rajzolja meg, hogy az életútját tekintve mely életszakaszokban (életkorban) volt erősebb, mely szakaszokban gyengébb alkoholizmusa (12. kérdés). Az x tengely az ötévenkénti életszakaszokat jelöli, az y tengely 1-től 10-ig terjedő skálája pedig a megélt vallásosság és alkoholizmus mértékét hivatottak tükrözni, ahol az 1 a gyenge, az 5 a mérsékelt, a 10 pedig a megélés erősségét jeleníti meg. A kapott eredményeket diagramokon ábrázoljuk (ld. 1–2. ábra).



1. ábra. A megélt vallásosság és alkoholizmus grafikus ábrázolása az életkor függvényében Andor esetében



2. ábra. A megélt vallásosság és alkoholizmus grafikus ábrázolása az életkor függvényében Mihály esetében

Míg Andor esetében szembetűnő, hogy a megélt vallásosság és az alkoholizmus változója negatív összefüggési mintát követ (vagyis amikor az egyik növekszik, akkor a másik csökken), addig Mihálynál ilyen kapcsolat nem mutatható ki, mivel az alkoholizmusára konstanst értéket jelölt. Ez talán az ivási típusok különbözőségével magyarázható, Mihály magát „gépszíjas ivó”-nak nevezte, Andor esetében pedig elsődlegesen az érzelemszabályozásból fakadó ivási kultúráról beszélhetünk.

A szerhasználat funkciói

Minden egyes szerhasználó esetében kiemelt figyelmet érdemel a felhasználás mögött húzódó motívum, mely a szert valamiféle szerepfunkcióval ruházza fel. Ezek a funkciók a szerrel megélt kapcsolat lefolyása mentén akár változhatnak is. Andor esetében a kezdeti funkció a barátokkal, társasággal való kapcsolódás, közös tevékenység, rítus volt. Az egyre súlyosbodó munkaterhek növelték a fogyasztását, tehát feloldódásnak, ellazulásnak, mintegy jutalomnak élte meg az alkoholbevitt munkaidő után (a fogyasztás később aztán már a munkavégzés feltételévé nőtte ki magát). Párkapcsolati periódusában pedig „kedvesinálónak és teljesítménynövelőnek” használta.

Mihály ezzel szemben maga fogalmazza meg, hogy az alkoholfogyasztás elsődleges funkciója a szer kiváltotta hatás volt. A hosszabb, önerőből tartott absztinens időszakokat megtörte egy-egy életbeli krízis, kapcsolati és munkahelyi nehézség, ami után az alkoholba fojtotta bánatát, mintegy vigasztalódásként.

Nemegyszer tapasztalható, hogy a szerfüggőség tárgya mintegy megszemélyesítve jelenik meg, olyan funkcióként, amitől/akitől

bátorítást, vigaszt, támaszt, ellazulást, feloldódást vár és „kap” (szerez) az illető. Ennek mentén akár még kötődés kialakulásáról is beszélhetünk. Andor esetében elmondhatjuk, hogy az alkoholtól várta a munkavégzéshez és az egyéb teljesítményhez szükséges erőt, felbátorodást, majd az ellazulást, jutalmat; Mihály pedig a bódulatot, vigasztalódást.

A motiváció kérdése

Az addikciós kórképekkel való foglalkozás sok szempontból eltér számos más mentális zavar kezelésétől. Kapitány-Fövény (2018) olvasatában a legfontosabb különbség a motivációhoz, illetve annak hiányához köthető. Ezt a kérdést az a tényező is kiemeli, hogy a szerhasználat esetében annak

még akkor is marad némi funkciója, ha az örömteli, euforizáló hatások már a múltba veszttek. Az alkohol a kellemetlen következmények (például elvonási tünetek, májkárosodás, korai szellemi leépülés stb.) mellett még a végső szakaszban is feledtet, bódít, gátlástalanít, intimitást, mi több, társaságot ad. Vagyis elvesz a szenvedésnyomásból. (Uo.: 27)

Prochaska, DiClemente és Norcross (1983, 1992) elmélete szerint – ahogy a szakirodalmi bevezetőben már említettük – az addiktológiában érintett személyeknél a változás különböző szakaszaiban más-más motivációs szint látható. A fontolgtatás előtti szakaszban az érintett személy még nincs felkészülve, motivációja alacsony; a fontolgtatás szakaszában kezd felkészülni, motivációja erősödik; a felkészülés szakaszában készen áll, motivációja egyben mozgatórugója is; ami aztán a következő szakaszban – a fenntartásban – aktivitását is táplálja.

2. táblázat. A két eset összevetése Prochaska, DiClemente és Norcross modellje szerint

	Andor	Mihály
A fontolgtatás előtti szakasz	14–40 (26 év)	25–30 év (5 év)
A fontolgtatás szakasza	40–44 év (4 év)	30–33 év (3 év)
A felkészülés szakasza	44–50 (6 év)	33–35 (2 év)
A cselekvés szakasza	50–53 (3 év)	35–45 év (10 év)
A fenntartás szakasza	53– ... (máig tartó folyamat)	45– ... (máig tartó folyamat)

Mind Andor, mind Mihály esettörténetében láthatjuk ezen állomások meglétét. A kirajzolódott mintát foglalja össze. Az egyes oszlopokban jelölt számok az életkort jelzik, amikor az illető életútjában az adott periódus időszaka zajlott az elmondott, teljes interjú szövegének adatai alapján beazonosítva (megjegyzendő, hogy Mihály esetében több esetben csak következtetni lehet az évekre, mivel nem e szerint fűzte fel történetét).

Alapvető különbséget az egyes szakaszokban eltöltött idő hosszúságában láthatunk, aminek oka több összetevőből áll; mindenesetre a következő szakaszba történő átlépéshez vannak elhagyhatatlanul szükséges és kötött tennivalók. Mélyebb elemzésnél érdemes lenne akár ezeket az elemeket is fontolóra venni. Mi most megelégszünk annyival, hogy tudomásul vesszük, ami hosszúságát tekintve kiemelkedő módon megjelenik, vagyis Andornál a fontolgtatás előtti szakaszban töltött 26 év, Mihálnál pedig a cselekvési szakasz 10 éve.

A megélt vallásosság jelentősége a felépülésben

Ami választott témánk kapcsán fókuszot képez, az a megélt vallásosság kérdése a füg-

gőségben szenvedők életútjában. Alapkérdésünk, hogy ez a két esettanulmány miként illeszkedik végső eredményeivel esetleges prekonceptiókhoz. Adja magát a feltételezés, hogy akinek volt személyes Isten-élménye, az az illető predisponáltabb arra, hogy vallásossága bensővé lett hit (*faith*) legyen, míg akinek nem volt ilyesmi része, annak vallásossága külsőlegességben kimerülő hiedelem (*belief*) marad. A két életút ebből a szempontból jónak bizonyuló merítés, hiszen Andornál nincs tetten érhető személyes Isten-tapasztalat az interjú teljes szövege alapján, Mihálnál pedig több is előkerült kérdés nélkül.

A bensővé tett vallásosság (lásd Mihály esete) a személy életének minden területére kihat, így az alkoholbetegség érintettségénél a felépülésben is fontos szerepet játszik, kiemelkedő módon megtartott absztinenciájában; az Isten-kapcsolatnak tulajdonítja felépülésének lehetőségét, mintegy új élet kezdetét, illetve az újrakezdés lehetőségének állandóságát. Erőforrásának is ezt a kapcsolatot jelöli meg elsődlegesen. Érdemes megjegyezni, hogy amint a felépülés lehetősége és a megtartott absztinencia kérdése felmerül, úgy Andor esetében is megindul egy fokozottabb – igaz még külsőségekben

megnyilvánuló, de ettől még belső igénnyel is társuló – istenkeresés. Ugyanakkor megemlítendő, hogy Andornál a legutóbbi 2 éves rehabilitációs munka után spontán vallás felé való fordulás történt, amihez annyit fűz hozzá, hogy „jelen állapotom (értsd: absztinencia) fenntartásában nem tartom kizártnak, hogy a vallással való foglalkozás is közrejártszik”.

ÖSSZEGZÉS

Borras és kutatótársai (2010) megállapítása, miszerint a függőkkel való felépülésközpontú intervenciók során a vallásnak kimagasló jelentősége lehet, több kutatás mentén is igazolást nyert, és esettanulmányunk is alátámasztotta. Mindezzel együtt az intrinzik és az extrinzik aldimenziók vizsgálata a függőségekben érintettek megélt vallásossága mentén keveset vizsgált témának bizonyult. Beck és kutatócsoportja (2021) a *felépülés* munkadefinícióját úgy határozták meg, mint a jelentőség- és értelemteljes élet élését, amely tényezők Woyciechowski 2007-es kutatásában is megjelentek, és egyértelművé tették, hogy az intrinzik vallásosság mértéke az élet értelmének meglétével pozitív korrelációt mutat.

Összességében tehát elmondható, hogy a megélt vallásosság, különösen is az intrinzik vallásosság elősegítése és integrálása kiemelt figyelmet érdemel a felépülésközpontú addiktológiai ellátásban, hiszen elvitathatatlan annak jótékony hatása és megtartó ereje a szenvedélybetegségben érintettekénél. A cikkünkben bemutatott két interjúalany életúttörténete is erről tesz tanúbizonyságot.

A megélt vallásosság a felépülés minden fázisában kulcsfontosságú tényező lehet, de

különösen is az a megtartó szakaszban, mivel képes belső motivációs erőként hatással lenni az egyén életformájának alakítására, kapcsolataira, céljaira és döntéseinek meghatározására is. A felépülésközpontú intervenció személyre szabott munkája az új értelem, az új célok, mondhatni akár új értékek megalapozását, életbe való integrálását is célozza, amiben az intrinzik vallásosság beemelése kiemelt fontosságú.

Ami az elkövetkező kutatások témáit illeti, érdemes lehet a vallásosság Koenig (2018) által leírt 17 különálló dimenziójának további tudományos kidolgozása, amelyből a jelen tanulmány egyet, vagyis a vallásos motivációt emelt ki. A jövőre mutató szándék lehet továbbá a vallásosság egészségvédő jellegének fokozottabb kiaknázása a prevencióban akár a családokban, a vallási közösségekben és az egészségpolitikai fórumokon is.

LIMITÁCIÓK

A megélt vallásosság témaköre – mint ahogy az addikcióké is – rendkívül tág. Tudományos cikk keretei között e két diszciplína keresztmetszetével és találkozási pontjával csak érintőlegesen tudunk foglalkozni. A vallásosság és alkoholfüggőség vizsgálata longitudinális kutatásokat tenne szükségessé, és témánk fontossága is bővebb és még részletesebb diszkussziót kívánna meg.

Az interjúalanyok száma meglehetősen alacsony ahhoz, hogy mélyre menő következtetéseket tudjunk levonni. Reprezentatív minta, bővebb merítés, nagyobb esetlétszám és vegyes módszertanú kutatás volna szükséges ahhoz, hogy akár statisztikailag is szignifikáns eredményeket mutassunk fel. Megjegyzendő, hogy merítésünk egyetlen valláshoz (kereszténységhez) tartozó személyeket foglal magában,

áthatóbb tanulmányban ki lehetne szélesíteni az érintettek körét más felekezethez vagy más valláshoz tartozókkal is.

Alapvető kérdés – szinte már szociológiai-filozófiai vizekre evezve – hogy a modern társadalom jelen stádiumában a vallásosság miként tudná továbbra is betölteni a védőfaktor szerepét az egészségvédelemben, illetve a szerfogyasztás prevenciójában. Közismert ugyanis, hogy a vallás(osság) mibenléte és szerepe sokat változott az elmúlt évtizedek során. A vallásosság megélésének intenzitá-

sa terén is visszaesés jellemző korábbi kutatások arányait figyelembe véve (Pikó és Fitzpatrick, 2004; Pikó, 2005), és ebből kifolyólag a személy elesik attól, ami növelni lenne képes integritását, koherenciaérzését, elégedettségét és jóllétét (Hargreaves és mtsai, 2008). Ezek az eredmények pedig jócskán aggodalomra intenek, hiszen a vallásosság mint kiemelkedő protektív faktor a szerfogyasztás és más egészségkárosító magatartás kapcsán (Gorsuch, 1995) ezáltal megtartó erejéből is veszít.

SUMMARY

THE ROLE OF LIVED RELIGIOSITY IN RECOVERY-CENTERED ADDICTION INTERVENTION

Background and aims: Adaptively lived religiosity is primarily perceived as an attitude with a preventive function. However, empirical research has paid little attention to the role of lived religiosity in the therapeutic process of individuals with existing psychological and/or other illnesses, such as addiction. This research aims to address this gap.

Methods: This qualitative case study employs semi-structured interviews to examine the intrinsic (mature) and extrinsic (immature) dimensions of lived religiosity, as well as the relationship between recovery and sustained abstinence. The study compares two individuals affected by alcohol addiction.

Results: The findings of our study indicate that intrinsic religiosity plays a supportive role in promoting recovery and has a positive impact on sustained abstinence.

Discussion: Given the significance and importance of this topic, further research is warranted. There is potential for the development of targeted programs that incorporate the promotion of intrinsic religiosity as part of the therapeutic approach.

Keywords: religiosity, intrinsic-extrinsic, alcoholism, case study, qualitative, comparative

IRODALOM

- ALLPORT, G. W. (1950): *The Individual and His Religion*. The Macmillan Company, New York, NY.
- ALLPORT, G. W. (1963): Behavioral science, religion, and mental health. *Journal of Religion and Health*, 2. 187–197. <https://doi.org/10.1007/BF01533333>
- ALLPORT, G. W. (1964): Mental health: a generic attitude. *Journal of Religion and Health*, 4. 7–21. <https://doi.org/10.1007/BF01532156>

- ALLPORT, G. W., ROSS, J. M. (1967): Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4). 432–443. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- ANCILLI, E. (1992): *Dizionario Enciclopedico di spiritualità*. Città Nuova Edizione, Rome.
- ARGYLE, M. (2000): *Psychology and religion – an introduction*. Routledge, New York, NY.
- BAROUN, K. A. (2006): Relations among religiosity, health, happiness, and anxiety for Kuwaiti adolescents. *Psychological Reports*, 99. 717–722. <https://doi.org/10.2466/PR0.99.3.717-722>
- BATSON, C. D., SCHOENRADE, P. A. (1991): Measuring Religion as Quest: Validity Concerns. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30(4). 416–429. <https://doi.org/10.2307/1387277>
- BATSON, C. D., SCHOENRADE, P. A., VENTIS, W. L. (1993): *Religion and the Individual*. Oxford University Press: New York, NY.
- BECK, A. T., GRANT, P., BRINEN, E., PERIVOLIOTIS, D. (2021): *Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions*. Guilford Press: New York, NY.
- BENDA, B. B., MCGOVERN, T. (2006): *Spirituality and religiousness and alcohol/other drug problems: Treatment and recovery perspectives*. The Haworth Press Inc., Binghamton, NY. <https://doi.org/10.4324/9780203821572>
- BENKŐ A. (2003): A valláspszichológiától a vallásosság pszichológiájáig. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 58(1). 19–49. <https://doi.org/10.1556/mpszle.58.2003.1.3>
- BENNETT, T., HOLLOWAY, K. (2005): *Understanding drugs, alcohol and crime*. Open University Press, Glasgow.
- BORRAS, L., KHAZAL, Y., KHAN, R., MOHR, S., KAUFMANN, Y. A., ZULLINO, D., HUGUELET, P. (2010): The Relationship Between Addiction and Religion and Its Possible Implication for Care. *Substance Use and Misuse*, 45. 2357–2410. <https://doi.org/10.3109/10826081003747611>
- BORSÁNYI I. (szerk.) (2020): *Szabadulás. Módszertan és Bibliai útmutató szenvedélybetegeknek*. Szent István Társulat, Budapest.
- BRESIN, K., MEKAWI, Y. (2021): The “Why” of Drinking Matters: A Meta-Analysis of the Association Between Drinking Motives and Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(1). 38–50. <https://doi.org/10.1111/acer.14518>
- BROWN, D. R., GARY, L. E. (1991): Religious socialization and educational attainment among African Americans: an empirical assessment. *Journal of Negro Education*, 60. 411–426. <https://doi.org/10.2307/2295493>
- CLACK, B. R. (2014): *Love, Drugs, Art, Religion: the pains and consolations of existence*. Routledge, New York, NY.
- COMSTOCK, G. W., PATRIDGE, K. B. (1972): Church attendance and health, *Journal of Chronic Diseases*, 25. 665–672. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(72\)90002-1](https://doi.org/10.1016/0021-9681(72)90002-1)
- COOK, C. C. H. (2020): Spirituality, religion and mental health: exploring the boundaries. *Mental Health, Religion and Culture*, 23(5). 363–374. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1774525>
- COOPER, M. L., RUSSELL, M., SKINNER, J. B., WINDLE, M. (1992): Development and validation of a threedimensional measure of drinking motives. *Psychological Assessment*, 4(2). 123–132. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.2.123>
- CORVELEYN, J., HUTSEBAUT, D. (1994): *Belief and unbelief – psychological perspectives*. Rodopi, Amsterdam.

- DAVIDSON, L., TONDORA, J., ROWE, M. (2008): *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford University Press, New York, NY. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195304770.001.0001>
- DEMETROVICS Zs. (2007): *A droghasználat funkciói*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- DIXON, L. B., HOLOSHITZ, Y., NOSSEL, I. (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *World Psychiatry*, 15(1). 13–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20306>
- EL-GUEBALY, N., CARRÀ, G., GALANTER, M., BALDACCHINO, A. M. (2021): *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. Springer Nature Switzerland, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8>
- FAIGIN, C. A., PARGAMENT, K. I., ABU-RAIYA, H. (2014): Spiritual struggles as a possible risk factor for addictive behaviors: An initial empirical investigation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 24(3). 201–214. <https://doi.org/10.1080/10508619.2013.837661>
- FERENCZI Z. (2001): *Drog és vallás – előéletek és előítéletek. Gyakorlati kézikönyv lelkipásztoroknak, diakónusoknak, gyülekezeti munkásoknak*. Magyar Református Egyház Kálvin János Kiadója, Budapest.
- FOONG, H. F., HAMID, T. A., IBRAHIM, R., HARON, S. A. (2018): Moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between depression and cognitive function among community-dwelling older adults. *Aging and Mental Health*, 22(4). 483–488. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1274376>
- FREUD, S. (1991): *Egy illúzió jövője*. Párbeszéd, Budapest.
- GALANTER, M. (2021): Spiritual Aspects of the 12-Step Method in Addiction Treatment. In El-Guebaly, N., Carra, M., Galanter, G., Baldacchino, A. M. (eds): *Textbook of Addiction Treatment*. Cham, CH: Springer Nature Switzerland. 709–715. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_49
- GALLUCCI, A. R., HACKMAN, C., WILKERSON, A. (2018): Examining the relationship between religious coping and the misuse of prescription stimulants among a sample of undergraduate students. *Substance Use and Misuse*, 53(9). 1571–1579. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1416405>
- GENIA, V. (1996): Religion as a cultural system. In Banton, M. (ed.): *Anthropological Approaches to the Study of Religion*. Tavistock, London, UK. 1–46.
- GORSUCH, R. L. (1995): Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues*, 51. 65–83. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01324.x>
- GRANT, V. V., STEWART, S. H., O'CONNOR, R. M., BLACKWELL, E., CONROD, P. J. (2007): Psychometric evaluation of the five-factor Modified Drinking Motives Questionnaire – Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, 32. 2611–2632. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.07.004>
- GRUBBS, J. B., EXLINE, J. J., CAMPBELL, K. W., TWENGE, J. M., PARGAMENT, K. I. (2017): God owes me: The role of divine entitlement in predicting struggles with a dietary. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10. 356–367. <https://doi.org/10.1037/rel0000147>

- HARGREAVES, M., SCHLUNDT, D. G., FRANKLIN, M. D., PATEL, K., MCCLELLAN, L., LARSON, C., NIEBLER, S. (2008): Religious Affiliation, Health Behaviors and Outcomes: Nashville REACH 2010. *American Journal of Health Behavior*, 32(6). 714–724. <https://doi.org/10.5993/AJHB.32.6.15>
- HILL, P. C., PARGAMENT, K. I., HOOD, R. W., JR., MCCULLOUGH, M. E., SWYERS, J. P., LARSON, D. B., ZINNBAUER, B. J. (2000): Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30. 51–77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- HOOD, R. W. (1992): Sin and guilt in faith traditions: Issues for self-esteem. In Schumaker, J. F. (ed.): *Religion and mental health*. Oxford University Press, New York, NY. 110–121.
- HUBER, W. (1993): *Fordulópont a szenvedélybeteg kezelésében*. Forrás Egyesület, Debrecen.
- HUMMER, R. A., ROGERS, R. G., NAM, C. B., ELLISON, C. G. (1999): Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, 36. 273–285. <https://doi.org/10.2307/2648114>
- JAMES, W. (2002). *The Varieties of Religious Experience*. The Modern Library, New York, NY. <https://doi.org/10.4324/9780203398470>
- KAHOE, R. D., MEADOW, M. J. (1981): A developmental perspective on religious orientation dimensions. *Journal of Religion and Health*, 20. 8–17. <https://doi.org/10.1007/BF01533283>
- KAPITÁNY-FÖVÉNY M. (2018): *Függőben – az alkoholizmus lélektana*. HVG könyvek, Budapest.
- KAPITÁNY-FÖVÉNY M. (2019): *Ezerarcú függőség – felismerés és felépülés*. HVG könyvek, Budapest.
- KARAKULA, S. L., MCHUGH, R. K. (2017): Religious coping in patients with severe substance use disorders receiving acute inpatient detoxification. *The American Journal on Addictions*, 26(7). 744–750. <https://doi.org/10.1111/ajad.12606>
- KELLY, J. F., STOUT, R. L., MAGILL, M., TONIGAN, J. S., PAGANO, M. E. (2011): Spirituality in Recovery: A Lagged Mediation Analysis of Alcoholics Anonymous' Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(3). 454–463. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01362.x>
- KHANTZIAN, E. J., ALBANESE, M. J. (2008): *Understanding Addiction as Self Medication – Finding Hope Behind the Pain*. Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, MD.
- KISS A., FARKAS J., GYURKÓ N. (2021): *Mentőöv érzelmi viharok esetére. Érzelemszabályozás a gyakorlatban*. DigiNyomda, Budapest.
- KLEIN, C., HOOD, R. W., SILVER, C. F., KELLER, B., STREIB, H. (2016): Is “spirituality” nothing but “religion”? An indirect measurement approach. In Streib, H., Hood, R. W. (eds): *Semantics and psychology of spirituality*. Springer International, Cham. 71–85. https://doi.org/10.1007/978-3-319-21245-6_6
- KNIGHT, J. R., SHERRITT, L., HARRIS, S. K., HOLDER, D. W., KULIG, J., SHRIER, L. A., CHANG, G. (2007): Alcohol use and religiousness/spirituality among adolescents. *Southern Medical Journal*, 100(4). 349–355. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3180316a32>
- KOENIG, H. G. (2018): *Religion and Mental Health – Research and Clinical Applications*. Academic Press, London.
- KOPP M., SZÉKELY A., SKRABSKI Á. (2004): Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5. 103–125. <https://doi.org/10.1556/Mental.5.2004.2.1>

- KOOB, G. F. (2015): The dark side of emotion: The addiction perspective. *European Journal of Pharmacology*, 753. 73–87. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2014.11.044>
- KREYENBUHL, J., NOSSEL, I. R., DIXON, L. B. (2009): Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4). 696–703. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp046>
- KUYKEN, W., ORLEY, J. (szerk.) (1995): The WHO quality of life assesment. *Social Science and Medicine*, 41. 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- LEVOUNIS, P., ARNAOUT, B., MARIENFELD, C. (2018): *Motivációs interjú a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- MARTIN, R. A., ELLINGSEN, V. J., TZILOS, G. K., ROHSENOW, D. J. (2015): General and religious coping predict drinking outcomes for alcohol dependent adults in treatment. *The American Journal on Addictions*, 24(3). 240–245. <https://doi.org/10.1111/ajad.12181>
- MARTOS T., KÉZDY A. (2008): Vallásosság, lelki egészség, boldogság. In Horváth-Szabó K. (szerk.): *Vallásosság és személyiség*. Pázmány Kiadó, Piliscsaba. 51–83.
- MINUCHIN, S., REITER, M. D., BORDA, C. (2021): *The Craft of Family Therapy – Challenging Certainties*. Routledge, New York, NY. <https://doi.org/10.4324/9781003110996>
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S. (eds) (1991): *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press, New York, NY.
- MONTGOMERY, B. E., STEWART, K. E., BRYANT, K. J., OUNPRASEUTH, S. T. (2014): Dimensions of religion, depression symptomatology, and substance use among rural African American cocaine users. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 13(1). 72–90. <https://doi.org/10.1080/15332640.2014.873605>
- OMAN, D. (2013): Defining religion and spirituality. In Palouzian, R., Park, C. (eds): *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Guilford Press, New York, NY. 23–47.
- OMAN, D., THORESEN, C. E. (2003): Without spirituality does critical health psychology risk fostering cultural iatrogenesis? *Journal of Health Psychology*, 8. 223–229. <https://doi.org/10.1177/1359105303008002664>
- PARGAMENT, K. I. (1997): *The psychology of Religion and Coping*. Guilford Press, New York, NY.
- PARGAMENT, K. I., MATON, K. I., HESS, R. E. (eds) (1992): *Religion and prevention in mental health. Research, vision, and action*. The Haworth Press, New York, NY.
- PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G., PEREZ, L. M. (2000): The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4). 519–543. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1)
- PARGAMENT, K. I., MAHONEY, N., EXLINE, J. J., JONES, J. W., SHAFRANSKE, E. P. (2013): Envisioning an integrative paradigm for the psychology of religion and spirituality. In Pargament, K. I. (ed.): *APA handbook of psychology, religion, and spirituality*. American Psychological Association, Washington, WA. 3–19. <https://doi.org/10.1037/14045-001>
- PAZMOSQUEIRO, B., ROCHA, N. S., FLECK, M. P. A. (2015): Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 179(1). 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.022>

- PIKÓ B. (2004): A vallás és az egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése. In Vingerder I. (szerk.): *Egészségszociológia. Szöveggyűjtemény*. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest. 51–61.
- PIKÓ B. (2005): Vallásosság, egészség és káros szenvedélyek az ifjúság körében. In Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 200–210.
- PIKÓ B. (szerk.) (2010): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan, Budapest.
- PIKÓ, B., FITZPATRICK, K. M. (2004): Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behavior*, 29. 1095–1107. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.03.022>
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking, toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51. 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., NORCROSS, J. C. (1992): In Search of How People Change – Applications to Addictive Behaviors. *The American Psychologist*, 47(9). 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- PUFFER, E. S., SKALSKI, L. M., MEADE, C. S. (2012): Changes in religious coping and relapse to drug use among opioid-dependent patients following inpatient detoxification. *Journal of Religion and Health*, 51(4). 1226–1238. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9418-8>
- ROELOFSMA, P. H., CORVELEYN, J., SAANE, J. W. (eds) (2003): *One hundred years of psychology and religion: issues and trends in a century long quest*. VU University Press, Amsterdam.
- SÁROSI P. (2012): Mit is jelent a felépülés? *Drogriporter*. <https://drogriporter.hu/mit-is-jelent-a-felepules/> (Letöltés ideje: 2022. december 26.)
- SCHLUNDT, D. G., FRANKLIN, M. D., PATEL, K., MCCLELLAN, L., LARSON, C., NIEBLER, S. (2010): Religious Affiliation and Health Behaviors and Outcomes: Data from the Nashville REACH 2010 Project. *American Journal of Health Behavior*, 32(6). 714–724. <https://doi.org/10.5993/AJHB.32.6.15>
- STAUNER, N., EXLINE, J., KUSINA, J. R., PARGAMENT, K. I. (2019): Religious and spiritual struggles, religiousness, and alcohol problems among undergraduates. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 47(3). 243–258. <https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1603678>
- STEWART, S. H., ZEITLIN, S. B., SAMOLUK, S. B. (1996): Examination of a three-dimensional drinking motives questionnaire in a young adult university student sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34(1). 61–71. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00036-W](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00036-W)
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA) (2018): Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health. In *HHS Publication No. SMA 18-5068, NSDUH Series H-53*.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA) (2012): *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. Brossúra: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf> (Letöltés ideje: 2022. október 17.)

- TONIOL, R. (2022): The World Health Organization's Production and Enactment of Spirituality. In Lüddeckens, D., Hetmanczyk, P., Klassen, P. E., Stein, J. B. (eds): *The Routledge Handbook of Religion, Medicine, and Health* (pp. 464–476). New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315207964-37>
- TORGYIK J. (szerk.) (2018): *Néhány társadalomtudományi kutatás és innováció*. International Research Institute s.r.o., Komárno.
- TURNER-MUSA, J., LIPSCOMB, L. S. (2007): Spirituality and social support on health behaviors of African American undergraduates. *American Journal of Health Behavior*, 31(5). 495–501. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.5.5>
- VANDENBOS, G. R. (ed.) (2015): *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association, Washington, WA. <https://doi.org/10.1037/14646-000>
- WEINANDY, J. T. G., GRUBBS, J. B. (2021): Religious and spiritual beliefs and attitudes towards addiction and addiction treatment: A scoping review. *Addictive Behaviors Reports*, 14. 100393. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100393>
- WOYCIECHOWSKI, D. (2007): *The relationship between intrinsic/extrinsic religiosity and meaning in life*. Theses and Dissertations. 884. <https://rdw.rowan.edu/etd/884> (Letöltés ideje: 2022. október 17.)
- WORTHINGTON, E. L., HOOK, J. N., DAVIS, D. E., MCDANIEL, M. A. (2011): Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology*, 67. 204–214. <https://doi.org/10.1002/jclp.20760>
- ZEMORE, S. E. (2007): A Role for Spiritual Change in the Benefits of 12-Step Involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(3). 76–79. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00499.x>
- ZINNBAUER, B. J., PARGAMENT, K. I., COLE, B., RYE, M. S., BUTTER, E. M., BELAVICH, T. G., HIPPI, K. M., SCOTT, A. B., KADAR, J. L. (1997): Religion and spirituality: unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36. 549–564. <https://doi.org/10.2307/1387689>

MELLÉKLETEK

1. melléklet. Interjúvázlat a félig strukturált interjúhoz

1. Vallási felekezethez tartozónak vallja-e magát? (Ha igen, melyikhez? Miért?)
2. Mióta tartozik ehhez a vallási felekezethez?
3. A családja, szülei vallásosak-e? Vallásos nevelést kapott?
4. Köthető-e időponthoz, eseményhez személyes elköteleződése vallási felekezetéhez? (Ha igen, mi az időpont, esemény?)
5. A vallásosságához való viszonyának változása
6. A személyes és/vagy a szervezeti kapcsolódása erősebb-e a vallásához?
7. Tartozik-e vallási közösséghez (plébánia, gyülekezet stb.)?
8. Mít jelent Ön számára a vallás?
9. Vallását miként gyakorolja?
10. Milyen gyakorisággal gyakorolja vallását?
11. Életútját tekintve mely életszakaszokban (életkorban) volt erősebb, mely szakaszokban gyengébb vallás iránti elköteleződése? (Rajzolja meg!)
12. Életútját tekintve mely életszakaszokban (életkorban) volt erősebb, mely szakaszokban gyengébb alkoholizmusa? (Rajzolja meg!)
13. Voltak-e kételyei vallásával, annak hittartamaival kapcsolatban?
14. Jelenleg hogyan értékeli megélt vallásosságát?
15. Az alkoholbetegségében miként volt jelen a vallás?
16. A felépülésében miként volt jelen a vallás?
17. A visszaesései, megcsúszásai hatással voltak-e vallásosságára? (Vagy fordítva?)
18. A valláshoz való közeledés vagy az attól való eltávolodás kihatással volt-e alkoholbetegségére?
19. A valláshoz való közeledés vagy az attól való eltávolodás kihatással van-e megtartott absztinenciájára?
20. Miként jellemezné, mennyire fontos az Ön számára vallása?