

# Alkoholbetegek önéletrajz-rekonstrukciós csoportterápiája

SZABÓ József, GEREVICH József

Korábbi narratív pszichológiai megközelítéseket alkalmazó kutatások eredményeire építettünk fel egy csoportterápiás módszert. Elsődleges technikaként narratív átstrukturálást alkalmaztunk, amellyel alkoholbetegek önéletrajzaiban generáltunk olyan változásokat, hogy azok felépülő alkoholbetegekre jellemző nyelvi kifejezőmódot hordozzanak. Ettől terápiás hatást remélünk, amelyet a *Reménytelenségskála* (HS) és a *Problémamegoldó képességek tesztje* (MEPS) segítségével mértünk. A terápiás folyamat előtt és után felvett tesztek eredményeinek változását más csoportterápiában részt vevő személyekből álló kontrollcsoportoktól nyert tesztek eredményeinek változásaival hasonlítottuk össze (t-próba), és szignifikáns különbséget igazoltunk. Módszerünk tehát más csoportterápiákhoz képest hatékonyabban csökkentette a reménytelenség mértékét, kifejezettebben növelte a problémamegoldó képesség mérhető megnyilvánulását.

**alkoholfüggőség, önéletrajz, önéletrajzi emlékezet, nyelvi kód, narratíva, szociális szavak, reménytelenség, problémamegoldó képesség, felépülés**

**GROUP THERAPY FOR ALCOHOL-DEPENDENT PATIENTS USING AUTOBIOGRAPHY RECONSTRUCTION**

A group therapy method was built on results of previous researches using narrative psychological approaches. Our primary technic was narrative restructuring. Alcohol addicted patients' language expression mode of their autobiographies was modulated similar to recovering ones'. We supposed it had therapeutic effect, that could be measured by the *Hopelessness Scale* (HS) and the *Means Ends Problem Solving Test* (MEPS). We recorded the tests before and after the therapeutic process, and the differences of their datas were compared (t-test) to similar ones from control persons, who participated in any other group therapy. Significant difference was experienced. Our method reduced hopelessness and increased problem solving more effectively, than other group therapies.

**alcohol dependency, autobiography, autobiographical memory, linguistic code, narrative, social words, hopelessness, problem solving, recovery**

SZABÓ József (levelező szerző): Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet, Nyugat-dunántúli Regionális Igazgatóság, Zalaegerszegi Kirendeltség, 8900 Zalaegerszeg, Köztársaság u. 1./National Institute of Rehabilitation and Social Experts. Zalaegerszeg Agency. Hungary 8900 Zalaegerszeg, Köztársaság u. 1.; GEREVICH József: Addiktológiai Kutatóintézet, Budapest és ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest/Addiction Research Institute Eötvös Loránd University, Bárczi Gusztáv Faculty of Special Education

Érkezett: 2010. január 25.

Elfogadva: 2010. március 26.

A múlt század második felében fejlődésnek indult, de napjainkban még mindig progresszívnek számító narratív pszichológiai megközelítések számos klinikai és határterületi alkalmazás mellett nem kerültek el az addiktológia művelőinek és kutatóinak figyelmét sem (1). Jelen közleményünkben egy olyan csoportterápiás technikát kívánunk bemutatni, amit korábbi, nagyrészt narratív pszichológiai és néhány kognitív tudományi kutatás eredményeire építettünk fel.

## Háttér

A kognitív pszichológia talaján az alkalmazott nyelvészet, a kommunikációelmélet, a kulturális antropológia és a szociálpszichológia eredményeinek és módszerei-

nek ötvözésével létrejött narratív megközelítések elterjedése természetesen hozta magával azok megjelenését az addiktológiai kutatásokban és a gyakorlatban. Számos vizsgálat azonosított szenvedélybetegekre jellemző kifejezőmódot, jellegzetes nyelvi kódokat (2). Mások a szenvedélybetegségből történő felépülés folyamatának megragadására, leírására láttak jó lehetőséget a narratív pszichológia eszköztárában alkalmazásában (3–5). Ismét mások az önsegítő közösségek hatótényezőinek azonosítására leltek benne lehetőséget (6, 7). Magyarországi kutatások jelentős prediktív tényezőket azonosítottak, tártak fel (8). Az önéletrajzok – mint differenciáldiagnosztikai és prediktív értékkel bíró szelfreprezentációk – felhasználásával, azok terápiás célú átstrukturálásával is több tanulmány foglalkozott (9, 10). A bemutatandó csoportterápiás techni-

ka szempontjából különös jelentőséggel bír egy, a *szociális szavak* fogalmát bevető közlemény, amely 96 elhunyt pszichológus és 220 szintén már nem élő szépirodalmi alkotó digitalizált önéletrajzának elemzésén alapul. A tanulmány szerzői vizsgálatukhoz archív adatokból gyűjtötték ki az alkotók születési és halálozási dátumát, a megjelenés évét, a születési helyüket, életkorukat az önéletrajz írásának idején, valamint a nemüket. Azt találták, hogy a szociális szerepekre és integrációra utaló szavak (például: apa, nővér, szomszéd,

Arra is  
instruáltuk  
a résztvevőket,  
hogy  
használjanak  
olyan társas  
interakciókra  
utaló szavakat,  
mint például  
a szeret, ad,  
kap, segít,  
vagy azok  
ragozott,  
képzővel  
ellátott alakjai.

munkatárs stb.) gyakoribb használata mindkét csoport esetében összefüggésbe volt hozható a megnövekedett élet-tartammal. A családi szerepekre specifikus kifejezések (például: nagynéni, család, testvér stb.) és más egyénekre való utalások (például: ők, mi, minket, mindenki stb.) szintén hosszabb életet jeleztek előre, de csak a pszichológusok vizsgálati mintájában. Következtetésük szerint a szociális szavak gyakoriságának vizsgálata az önéletrajzokban tehát indirekt mérési módszert biztosít a szociális kapcsolatok és az általuk előre jelzett várható élettartam vizsgálatára. A szerzők módszerüket, a számítógépes tartalomelemzést ajánlják archív anyagok kutatásához ugyanúgy, mint a szociális kapcsolatok indirekt vizsgálatához, mivel a strukturált kérdőívek és interjúk során az alanyoknál tapasztalt

megfelelési igény torzíthatja a nyert információt, ugyanakkor az önéletrajzok tartalomelemzése során a fontos szociális kapcsolatok spontán indikátorait becsülhetjük fel (11). Az általuk alkalmazott szempontok mentén mi magunk egy korábbi vizsgálatunkban felépülő és visszaeső alkoholbetegek önéletrajzait vettük össze, és az említett közlemény tapasztalataihoz igen hasonló eredményeket kaptunk (12). Egy szintén korábbi vizsgálatunkban alkoholfüggőkre jellemző nyelvi kódokat sikerült kimutatnunk (13). Módszerünk kialakításában támaszkodtunk még néhány, az önéletrajzi emlékezet szerepét feltáró és hangsúlyozó tanulmányra is, amelyek a különböző kóros viselkedésformák, mentális zavarok kialakulását a problémamegoldó képesség deficitjével, illetve annak hátterében az önéletrajzi emlékezet meggyengülésével hozták összefüggésbe (14). A depresszió, a krízisek és az öngyilkossági cselekmények vizsgálatán kívül hasonló jelentőséget írtak le a szenvedélybetegségek (15) és a poszttraumás stressz zavar kutatói is, betegek jellegzetes áldozatszerepet leíró narratíváit azonosították, míg a hozzájuk hasonlóan kritikus helyzetet átélt, de egészséges személyek a traumáról szóló történeteikben önmagukat nyelvi kifejezésmódjukkal túlélő pozícióba helyezik (16). Egyes pszichoterapeuták szerint az ilyen betegek felépülésének folyamata nem más, mint az „áldozat, elszenvető” narratívából a „megküzdő, túlélő” változatba való eljutás, amelyet a terápia során tudatosan kell előmozdítani (10).

## Célkitűzés

Az említett szakirodalmi eredmények tapasztalataira építettük fel kutatási hipotézisünket, amely szerint az alkoholbetegektől nyerhető önéletrajzok, mint szelf-reprezentációk, terápiás keretek közötti irányított átstrukturálása (az alkoholfüggőkre jellemző nyelvi kódok kiszűrése és átalakítása, illetve a társas kapcsolatok irányított megjelenítése, valamint a korábbi, megküzdést igénylő helyzetek, események felelevenítése) mérhető terápiás hatással bír, elősegíti felépülésüket. A hipotézis igazolása olyan terápiás lehetőséggel kecsegtetett bennünket, amely az alkoholbetegek kezelésének több területén, színterén alkalmazható, több szakma praxisába beilleszthető. A módszer az *önéletrajz-rekonstrukciós csoport* munkanevet kapta.

## Módszerek

A vizsgálati csoportba 30, osztályunk (Zala Megyei Kórház, Pszichiátriai Osztály) rehabilitációs részlegén kezelt személyt választottunk, akiknek felvételi diagnózisa a BNO-10 szerinti *alkohol okozta dependenciazavar* (F10.2) volt. Ennek pontosítása és megerősítése érdekében az *Alkoholfüggőség súlyossága kérdőívet* (SADQ) (17) is felvettük. Kor, nem és iskolai végzettség tekintetében igyekszünk úgy választani a mintát, hogy az legjobban reprezentálja az osztályunkon megjelenő alkoholbeteg populációt. A vizsgálati mintába kerülő személyektől az élettörténetek átalakítását, újraalkotását célzó csoportos program lefolytatása előtt és után a terápiás hatás mérése céljából felvettük a *Reménytelenségskálát* (HS) (18) és a *Problémamegoldó képességek tesztjét* (MEPS) (19). Elképzelésünk az volt, hogy a *Reménytelenségskálában* a pontszámok csökkenését, míg a *Problémamegoldó képességek tesztjében* azok növekedését detektálhatjuk.

Annak bizonyítására, hogy a mért változások nem pusztán az absztinens időszak háromhetes növekedésének következményei, illetve nem az osztályunkon alkalmazott egyéb terápiás beavatkozások hatásai, két kontrollcsoportot alkottunk. Az elsőbe osztályunkon kezelt alkoholfüggő betegeket választottunk, akik a vizsgálati minta diagnosztikai kritériumait a vizsgálati mintához hasonlóan kimerítették, valamilyen csoportterápiában részesültek, de nem kerültek a most bemutatásra kerülő csoportba. A másodikba osztályunk pszichoterápiás részlegén kezelt, másféle csoportterápiában részesülő szorongásos betegek (F40.0-F41.9) kerültek, akik szintén nem vettek részt önéletrajz-rekonstrukciós csoporton. A kontrollszemélyeken is elvégeztük az említett tesztvizsgálatokat, három hét elteltével azokat megismételtük, és azt feltételeztük, hogy esetükben mindkét tesztben kisebb mértékű változásokat észlelünk.

## A csoportterápia

A programot 12 ülésben, háromhetes időtartamban, heti négy alkalommal folytattuk le egyszerre hat-nyolc

személy részvételével. A folyamat négy fontos lépésből állt:

1. *Önéletrajzok elkészítése.* Az alakuló ülésen a szokványos csoportterápiás protokolláris elemeken túl arra kértük a résztvevőket, hogy a következő alkalomra készítsék el önéletrajzukat, írják le életük történetét.

2. *Az önéletrajzok megosztása, megbeszélése a csoportban.* Általában ülésenként ketten kaptak lehetőséget, a történet megosztása után a többi csoporttagnak reflektálnia kellett.

3. *Irányított, előre megadott instrukciók alapján új önéletrajzok alkotása.* Az új önéletrajzok elkészítése négy szakaszban történt, írásban előre kiadott instrukciók mentén.

4. *Az új önéletrajzok megosztása, megbeszélése.* Szintén két résztvevő szereplésével, a változásokra adott reflexiókkal.

Az új önéletrajzok elkészítéséhez adott instrukciók a következő fontos témákra összpontosultak:

1. *A negatív kódoltság megszüntetése.* A *Kézdi Balázstól* ismert reménytelenséget, kilátástalanságérzést, tehetlenséget, pesszimizmust tükröző negatív kódoltságot (20), amely az alkoholfüggőkre is jellemző (13), enyhíteni igyekeztünk. A konkrét instrukció az volt, hogy lehetőség szerint kerüljék a tagadósavak, fosztóképzők használatát. Az elért változások bemutatására egy egyszerű, de szemléletes példa az első, spontán készült önéletrajz egy mondata: „A tanulmányi átlagom *soha nem* volt *rosszabb* 4,6-nél.” Ugyanez a tartalom a második önéletrajzban: „Mindig jeles tanuló voltam.”

2. *A szociális szavak megjelenési gyakoriságának növekedése.* *Pressman* és *Cohan* (11), valamint saját korábbi vizsgálatunk nyomán irányítottan jelenítettünk meg szereplőket, társas kapcsolatokat, akik és amik feltehetően részei a történetnek, ám esetleg a spontán alkotás során abból kimaradtak. Arra is instruáltuk a résztvevőket, hogy használjanak olyan társas interakciókra utaló szavakat (21), mint például a *szerelem, ad, kap, segít*, vagy azok ragozott, képzővel ellátott alakjai. Ezek gyakoribb megjelenése az említett tanulmányok szerint hosszabb életet (11), illetve alkoholbetegek esetében a felépülést jelzi előre (12).

3. *Az önéletrajzi emlékezet felébresztése.* Korábbi megküzdést igénylő helyzetek, átélt krízisek felidézését úgy segítettük elő, hogy azt kértük, legyen szó a történetben arról, hogy mi volt élete legfőbb nehézsége, legnagyobb fordulópontja. A sikeres megküzdés vagy legalább a „túlélés” felidézésétől azt vártuk, hogy csökkenteni kilátástalanságérzetüket, aktiválja aktuálisan gátolt problémamegoldó képességüket (14–16).

4. *„És” típusú kötőszavak gyakoriságának csökkentése, és az „ezért” típusú kötőszavak gyakoriságának növekedése.* Az alkoholfüggőkre jellemző módon gyakran használt, pusztán az események egymásutániságára utaló kötőszavak használata helyett az okozati összefüggéseket sem nélkülözők alkalmazására utasítottuk őket. Ezzel próbáltuk hangsúlyozni azt, hogy nem pusztán „elszenvedői” sorsuknak, nemcsak történnek velük az események, hanem cselekedeteik következményekkel

járnak. Így próbáltuk csökkenteni a sodródás, a tehetlenség érzetét, illetve saját sorsuk alakításának tudatát erősíteni (13).

5. *Jövő idő irányított megjelenítése.* Célunk ezzel szintén a kilátástalanság érzetének mérséklése volt (13).

6. *„Kell, kellett” típusú mondatok helyett „úgy döntöttem, választottam, megtehettem” típusú mondatok alkotása.* Az *Alain Cerclé* által leírt felépülési folyamat (a „kell” típusú kijelentések felől a „szeretném, akarom” típusúakra átmenetig) fázisain igyekeztünk előbbre juttatni őket (5). A konkrét instrukciónk az volt, hogy a „kell, kellett” szavak helyett használják az „úgy döntöttem”, „elhatároztam”, „megtehettem” kifejezéseket.

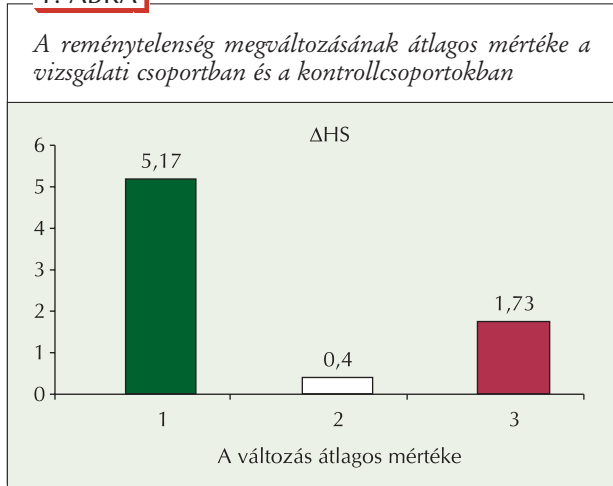
Fontos, az újraalkotás során többször hangsúlyozott szempont volt az eredeti történet megtartása. Félelmünk, miszerint a nagyon konkrét, határozott instrukciók esetleg megnehezítik az új önéletrajzzal való azonosulást, elveszítve így a terápiás hatás lehetőségét, szerencsére nem igazolódott. Az átalakított önéletrajzok megosztása kapcsán feltett kérdésre, hogy tudtak-e azonosulni az így megírt történettel, mindannyiszor igenlő választ kaptunk, számos esetben azt jelezték, hogy érzésük szerint így még inkább róluk szól, mert számos fontos, de elsősorban „kifejejtett” személy és esemény került a helyére. Senki sem érezte úgy, hogy az átalakított történet nem róla szólna. A csoporttagok többsége a feladat nehézsége ellenére érdekesnek, hasznosnak találta az elvégzett munkát, a záróülésem többnyire elégedettségüknek adott hangot.

## Eredmények

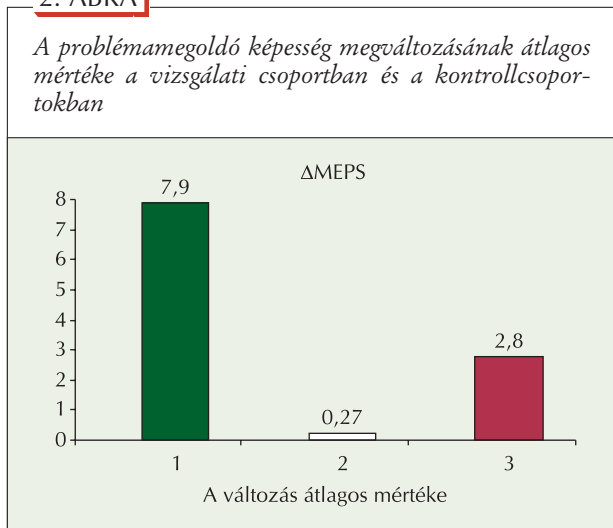
A csoportterápia előtt és után felvett pszichológiai mérőeszközökkel kimutatott változások a következőképpen alakultak: A reménytelenség mértéke a vizsgálati csoportban résztvevő személyek 80%-ánál csökkent, 10%-uknál nem változott, és szintén 10% esetben nőtt. Ugyanez a mutató az alkoholbeteg kontrollcsoportba kerülők 54%-ánál jelzett csökkenést, 13%-uknál nem változott és 33%-uknál megnőtt. Ez utóbbira talán az szolgál magyarázattal, hogy a kórházba kerülés során sok visszaeső sorstársukkal találkoznak, ami könnyen a kiúttalanság látszatát kelti, valamint azt is tudjuk, hogy a magyar lakosság jelentősen alulbecsli az alkoholfogyasztás kockázatait, és a saját aktuális állapotuk mellett a pszichoedukációs csoportban további nehézségekkel, veszélyekkel szembesülnek. Röviden azt tapasztalják, hogy nehezebb helyzetben vannak, mint gondolták. A szorongásos betegek kontrollcsoportjában 53% esetben csökkent, 30% esetben nem változott és 17%-nál nőtt a reménytelenség mértéke. A

Próbáltuk hangsúlyozni azt, hogy nem pusztán „elszenvedői” sorsuknak, nemcsak történnek velük az események, hanem cselekedeteik következményekkel járnak.

1. ÁBRA



2. ÁBRA



problémamegoldó képesség pontszámai a vizsgálati csoport tagjainak 97%-ánál nőttek, 3% esetében nem változtak. Az alkoholbeteg kontrollcsoportnál ugyanezek az értékek 76% esetében nőttek, 7% esetében nem változtak, 17%-uknál pedig rosszabb eredményt kaptunk, mint az első tesztfelvételkor. A szorongásos betegek kontrollcsoportjának vizsgálata e tekintetben azt mutatta, hogy a problémamegoldó képesség pontszámai 73% esetében nőttek, 7%-nál nem változtak és 20%-uk teljesített rosszabbul az ismételt felvételnél.

A Reménytelenségskálában mért pontszámok változásának átlagos mértéke a három csoport közül a vizsgálati mintában volt a legnagyobb, náluk csökkent mérhetően leginkább a reménytelenség (1. ábra). Szignifikáns különbség kimutatására a változások mértékét tartalmazó adatsorokat hasonlítottuk össze t-próbában. A  $p=0,05$ -os szignifikanciaszinten az adott szabadságfok melletti t értéknél (1,7) nagyobb számított t-értéket (2,47) kaptunk a vizsgálati minta és az alkoholbeteg kontrollcsoport adatainak összehasonlítása során, ami a két minta szignifikáns különbségét jelzi. A vizsgálati minta és a szorongásos betegek kontrollcsoportja hasonló adatsorainak összevetése a diagramban

jól látható különbség ellenére nem bizonyult szignifikánsnak (1. ábra).

A Problémamegoldó képességek tesztjében mért eredmények megváltozásának mértékét tartalmazó adatsorokat hasonló módon vetettük össze. A vizsgálati minta és az alkoholbeteg kontrollcsoport között szignifikáns különbséget ( $t=1,79$ ) detektáltunk, csakúgy, mint a szorongásos betegekből álló mintával történő összehasonlítás során ( $t=3,83$ ). A különbség a változások átlagos mértékét ábrázoló oszlopdiagramban is jól látszik (2. ábra). A két kontrollcsoport adatsorainak egymással való összevetése során egyik esetben sem volt szignifikáns a különbség. A fenti eredmények alapján hipotézisünket igazoltnak tekintjük.

## Megbeszélés

A narratív pszichológiai megközelítésekre felépített csoportterápiás technika tehát eredményesnek, hatásosnak bizonyult, elnyerte betegeink tetszését, elégedettségét is. Éppen ezért felvételt nyert osztályunk állandó terápiás repertoárjába. A kialakult terápiás hatás leírására, megértésére számunkra a kognitív pszichológia megközelítései adják a legjobb értelmezési keretet. Az irányzat követői szerint a mentális zavarok és a kóros viselkedésformák hátterében kognitív torzítások tárhatók fel, negatív automatikus gondolatok és diszfunkcionális attitűdök mellett úgynevezett maladaptív sémák, amelyek valamilyen markáns, rögzült véleményt, „címkét” jelentenek. A sémák általában kétfélek, az *énre* vagy a *világra* vonatkoznak. Az *énre* vonatkozó sémák az egyén szerethetőségét vagy a kompetenciáját érintik. A szociális szavak gyakoriságának növelésével, a társas interakciókra utaló szavak megjelenítésével valószínűleg a szerethetőséget érintő sémák gyengülnek, aminek következtében csökken a magányosság és nő a biztonság szubjektív érzete, erősödik az önértékelés. A sodródást, önmagát élettörténetének passzív résztvevőjeként, „elszenvedőjeként” való megélésre utaló és típusú kötőszavak okozati összefüggéseket megjelenítőkre való cseréje, a *Cerclé* által leírt folyamat előremozdítása, az *eldöntöttem, elhatároztam* igék megjelenítése a kompetenciát érintő maladaptív sémákat hivatott gyengíteni, erősítve ezáltal saját hatékonyságának szubjektív érzetét, önmaga élettörténetének irányítójaként való megélését. Ettől az események, a *világ* kiszámíthatóbbá, biztonságosabbá, élhetőbbé válik.

Az irányított átstrukturálással elért, elérhető változások tulajdonképpen azonosak azokkal a nyelvi kifejezőmódban megjelenő módosulásokkal, amelyek az önszempontú közösségekben évek során végbemennek. Ez persze nem jelenti azt, hogy módszerünk pótolná a többéves önszempontú közösségi részvételt (egyfajta „depot” önszempontú készítményként működne), sokkal inkább azt gondoljuk, hogy elérékenyít, felkészít arra, és hogy az elért változás megtartása, további fejlesztése érdekében szükség is van rá.

A módszer gyenge pontja, hogy az alkoholbetegek-



nél gyakran tapasztalt meggyengült írás- és olvasáskészség megnehezíti a csoportba kerülést, rontja a részvételi hajlandóságot. Ennélfogva (például viselkedésterápiás vagy pszichoedukációs módszerekhez képest) viszonylag szűk körben alkalmazható. Ugyanakkor más csoportmódszereket nem helyettesít, monoterápiaként nem alkalmazható. Más, bizonyítottan hatékony eljárások kiegészítőjeként alkoholbetegek rehabilitációjának keretében (annak bármely szakaszában) ajánljuk.

Az alkoholbetegekre jellemző nyelvi kifejezésmód

további vizsgálatával, újabb nyelvi kódok azonosításával a módszer bővíthető, továbbfejleszhető. Erre irányuló további narratív pszichológiai kutatásokat tervezünk osztályunkon. Az alkoholfüggőség mint öndestrukció számos hasonlóságot mutat az öngyilkossági magatartással, közös jellegzetességeik narratívákon keresztül is azonosíthatók. Feltételezhető tehát, hogy módszerünk öngyilkossági kísérleten átesett vagy e szempontból veszélyeztetett betegek körében is sikeresen alkalmazható, de ennek bizonyítása szintén további vizsgálatokat igényel.

## IRODALOM

1. Szabó J, Gerevich J. A narratív pszichológiai megközelítések pszichiátriai és addiktológiai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica* 2007;22(2):134-44.
2. Hanninen V, Koski-Jannes A. Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction* 1999;1837-48.
3. Mohatt GV, Rasmus SM, Thomas L, Allen J, Kelly Hazel and Chase Hensel: „Tied together like a woven hat: Protective pathways to Alaska native sobriety.” *Harm Reduction Journal* 2004;1.
4. Keane H. Public and private practices: addiction autobiography and its contradictions. *Contemporary Drug Problems* 2001;28/winter.
5. Cerclé A. Textual and narratological analysis of the social representation of alcoholism in a self-help group. *European Review of Applied Psychology* 2002;52(3-4):253-61.
6. Rafalovich A. Keep coming back! Narcotics anonymous narrative and recovering-addict identity. *Contemporary Drug Problems* 1999;26/spring.
7. Klaw E, Humpreys K. Life stories of moderation management mutual help group members. *Contemporary Drug Problems* 2000;27/winter.
8. Erdős B, Kelemen M, Csürke J. A felszabadulási rituálék szerepe egy élhető világ kialakításában. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)* 2003;2(1):29-52.
9. Carricaburu D, Pierret J. From biographical disruption to biographical reinforcement: the case of HIV-positive men. *Sociology of Health & Illness* 1995;17.
10. Meichenbaum D. Treatment of patients with posttraumatic stress disorder: A constructive-narrative approach. *Verhaltenstherapie* 1999;9:186-9.
11. Pressman S, Cohan S. Use of social words in autobiographies and longevity. *Psychosomatic medicine. American Psychosomatic Society Volume* 2007;69(3):262-9.
12. Szabó J, Gerevich J. Kapcsolatok a felépülésben, felépülés a kapcsolatokban. A társas támogatottság mérése alkoholbetegek önéletrajzaiban. *Lege Artis Medicinae* 2009;19(1):67-72.
13. Szabó J. Alkoholfüggő férfiak nyelvi kifejezésmódjának vizsgálata (előadás-kivonat). *Psychiatria Hungarica* 2005;20(Suppl.):31.
14. Perczel Forintos D. Az öngyilkos magatartás kognitív háttere. *Psychiatria Hungarica* 2001;16(6):661-8.
15. Eiber R, Puel M, Schmitt L. Substance abuse, autobiographical memory and depression. Heroinomanie, memoire autobiographique et depression. *Encephale* 1999;25(6):549-57.
16. Sutherland K, Bryant RA. Social problem solving and autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2008;46:154-61.
17. Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: Its use, reliability and validity. *Br J Addict* 1983;78:145-56.
18. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42(6):861-5.
19. Platt JJ, Spivack G. Unidimensionality of the means ends problem solving (MEPS) procedure. *Journal of Clinical Psychology* 1975;31(1):15-6.
20. Kézdi B. A negatív kód. Pécs: Pannon Kiadó; 1995.
21. Stirman SW, Pennebaker JW. Word use in the poetry of suicidal and nonsuicidal poets psychosomatic medicine. *American Psychosomatic Society* 2001;63:517-22.