

SZOCIÁLIS SZEMLE

VII. évfolyam 1. szám

2014

A Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék folyóirata

Szerkesztőbizottság:

Prof. Dr. Albert Lőrincz Enikő, Ph.D. (University of Babes-Bolyai)

Dr. Habil. B. Erdős Márta, Ph.D.

Borda Viktória

Boros Julianna

Dr. Brettner Zsuzsanna, Ph.D.

Prof. Dr. Flóra Gábor, Ph.D. (Partium Christian University)

Dr. Habil. Juhász Gábor, Ph.D.

Prof. Dr. Kelemen Gábor, Ph.D.

Dr. Madácsy József, Ph.D.

Prof. Dr. Michael Seltzer, Ph.D. (University of Oslo)

Molnár Dániel

Dr. Habil. Molnár Margit, Ph.D.

Prof. Dr. Szilágyi Gyöngyi, Ph.D. (Partium Christian University)

Dr. Habil. Szöllősi Gábor, Ph.D.

Főszerkesztő: Prof. Dr. Baráth Árpád, Ph.D.

Felelős kiadó: Dr. Habil. B. Erdős Márta, Ph.D.

DTP: Dr. Madácsy József, Ph.D.

Nyomda: Profilm DTP Kft. – Diginyomda

Felelős vezető: Wéber Erik

ISSN 1789-6983

© PTE BTK Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék, 2014

**A lap e számának megjelenését az Emberi Erőforrások Minisztériuma
Sportért és Ifjúságért Felelős Államtitkárság Ifjúságügyi Főosztálya,
valamint a Megálló Csoport Alapítvány Szenvedélybetegekéért
támogatta.**

Tartalom

<i>Beköszöntő · Editorial</i>	5
 <i>Elméleti és történeti kutatások · Theoretical and historical studies</i>	
Kelemen Gábor: The Courage of Subjectivation in Personal Recovery: Foucault's Unfinished Business	6
Márk Mónika: A Jellinek-formula és alkalmazásának problémái	17
B. Erdős Márta: Az addikció mint a fogyasztói társadalom nagy narratívája	29
 <i>Praxis · Practice</i>	
Brávác Balázs: A Megálló Csoport Alapítvány bemutatása	42
Madácsy József & Máté Zolt: Az utcai edzés alkalmazási lehetősége a drogprevencióban és a pszichoszociális készségfejlesztésben – megfontolások az éjszakai sport tapasztalatai alapján	46
Radányi Norbert: „Az egészség vagy, a mozgás gyógyszer. Invesztáljunk testünkbe!” – A pécsi „utcai” edzés bemutatása	57
B. Erdős Márta & Mihaldinecz Csaba: Praxis: kapcsolathálózati szempontú terápiás gyakorlat és képzés	61
Miroslav Venus & Siniša Brlas: Presentation of the project “Psychology in mental health care protection”, that is implemented in Republic of Croatia	66
Molnár Dániel, Tomi Gomory & Monique Ellsworth: Egy új reneszánsz felé – innováció a floridai hajléktalanellátásban	70
 <i>Elsőműves szerzőinktől · Debut authors</i>	
Zsobrák Nóra: A fotózás mint a szenvedélybetegségből felépülőkkel végzett szociális munka eszköze	86
Lantos Katalin & Farkas Attila: Drunkorexia	101
Hágen Zsuzsa: A táncterápia mint a kamaszkori drogfogyasztás lehetséges prevencióeszköze	109

Recenzió · Review

Márk Mónika: Rác József: Az ifjúsági kultúra orvosi antropológiai vonatkozásai
(In: Lázár, I. & Pikó, B. (szerk.): *Orvosi antropológia*) 115

Szerzőink · Authors 119

Beköszöntő

Editorial

Szeretettel köszöntjük az olvasót lapunk újabb tematikus számának megjelenése alkalmából.

Pécs a korszerű addiktológiai törekvések egyik legfontosabb regionális centruma. A pécsi kutatók, Kelemen Gábor professzor vezetésével, az elsők között foglalkoztak az ún. felépülési modell továbbgondolásával, a benne rejlő lehetőségek kibontásával, és az e területen megvalósuló kezdeményezések értékelésével.

E lapszám szerkesztésekor fő célkitűzéseink között szerepelt az elmélet mellett a gyakorlati kezdeményezések, tevékenységek, ötletek bemutatása. A szociális munka egyes területeinek színvonalas művelése megköveteli a teória, az empirikus kutatások, és a praxis közötti eleven, többirányú kapcsolódást, a visszacsatolások feltárását és kiaknázását. A terület fontos sajátosságának – az állandó megújulásra való készségnek – egyik forrása éppen ez a reflektív viszonyrendszer. A másik bázis az interdiszciplinaritás, az a hatékony csoportfolyamat, amely lehetővé teszi olyan célok elérését is, amelyeket az egymástól függetlenül cselekvő, más-más területeket képviselő szakemberek egyedül képtelenek lennének elérni. Ennek jelentőségét aligha becsülhetjük túl, amikor egy olyan volumenű társadalmi probléma megoldása felé szeretnénk elmozdulni, „átlendülni”¹, mint az addikciók kérdése. A szociális munka önértelmezése szerint kapcsolati fókuszú: így az eltérő alapfeltevéseket, értékrendet és prioritásokat tiszteletben tartva, megértve, értelmezve és integrálva képes lehet hatékony keretezését adni ennek a törekvésnek.

Lapunk másik fontos hagyománya, hogy a tehetséggondozás célját szem előtt tartva, olyan fiatal szerzőknek is lehetőséget adjunk a megjelenésre, akiknek ez az első próbálkozásuk a tudományos írásművek világában. Hiszünk abban, hogy a tehetségek útkeresése, új gondolatai, a számukra új területen való megmérettetés nyomán bekövetkező személyes fejlődésük a hazai tudományos élet mással nem pótolható kincse, amelyet nem rejtegetni, hanem megmutatni és folyamatosan gyarapítani szükséges.

Köszönjük az *Emberi Erőforrások Minisztériuma Sportért és Ifjúságért Felelős Államtitkárság Ifjúságügyi Főosztálya* és a *Megálló Csoport Alapítvány Szenvédélybetegekért* nagylelkű támogatását, ami lehetővé tette a *Szociális Szemle* e számának megjelentetését. – *A szerkesztők*

¹ Kelemen, G. (2011). *Átlendülés. Vázlatok a reflektív klinikai szociális munkához*. Budapest: Anima.

The Courage of Subjectivation in Personal Recovery: Foucault's Unfinished Business

*A szubjektíváció szerepe a személyes felépülésben – Foucault
bevégezetlen elgondolása*

KELEMEN GÁBOR

Abstract

Recovery, a formerly personalised process has emerged as an institutionalised programme in the field of addiction since the beginning of the latest lingering crisis of global capitalism. The author based on the latest Foucauldian concept on subjectivation analyses the phenomenon of recovery. He reveals that courage is not just a virtue on the journey to recovery but a condition sine qua non. The author also examines the implications of the recovery agenda in view of the “courage to address and the courage to respond”, a stance which is a continuation of the essential ideas of subjectivation.

Keywords: *personal recovery – institutionalised recovery agenda – subjectivation – courage*

Összefoglalás

A globális kapitalizmus legutóbbi elhúzódó válságának kezdete óta a felépülés korábban személyes folyamata intézményesült programként jelent meg az addikció területén. A szerző Foucault szubjektíváció-fogalma alapján elemzi a felépülés jelenségét. Rámutat arra, hogy a bátorság az utazásként felfogott felépülésben nem pusztán erény, hanem a „létbátorság” feltétele. A szerző a szubjektíváció lényegéből következő „bátorság megkérdőjelezni és bátorság válaszolni” hozzáállás fényében is vizsgálja a felépülési project implikációit.

Kulcsszavak: *személyes felépülés – intézményesített felépülési project – szubjektíváció – bátorság*

Since 2008 which marked the beginning of one of the greatest economic breakdowns of global capitalism, *recovery* as an institutionalised programme has been rising to prominence in the field of addiction. (Slade at al., 2014) Has it been a result of an organic growth or just a new agenda-setting of powerful interest groups in the field? And, if the latter is true, then does this new conceptualisation provide an opportunity for the emergence of a self-

generating evolution? In this paper I want to examine this theme from the perspective of *subjectivation* with emphasis on the issue of *courage*.

In the current crisis the fundamental confidence of modernism, namely: the sense of progress and the belief that life's difficulties are remediable can lose its strength. "The time is out of joint", as Hamlet once said. Progression in material terms has changed into recession. Access to health and social services has been reduced. Lacking sufficient resources, the underlying principle of the commissioning and tendering of services is not so much based on the analysis of needs as on effectiveness, efficiency and fiscal sustainability. Professional (clinical and psychosocial) considerations are increasingly subjected to the economic logic of industry. Imperative key measures of performance, e.g. successful completion, the re-presentation rate, recovery rate etc. reflect that the welfare sector functions according to the criteria of scientific management.

Pressure on spending may catalyse innovations and fresh thinking to re-design the welfare system with the aim of promoting hope, strength, personal responsibility and resilience along with a community oriented, austere way of life, which are the distinctive features of the *recovery movement*. Since 2008 health care reforms in the OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) countries have started to include recovery as the main objectives of drug policy. Scotland was among the first to have embraced the recovery approach. The title of the Scottish national drug strategy issued in 2008, *The Road to Recovery* reflects this intention. The notion of recovery has also appeared in the title of the UK drug strategy of 2010. *Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug-free life* emphasises recovery leading to abstinence. The US *National Drug Control Strategy* launched in 2011 declares that "treatment is not the only path to recovery" (Chapter 3, Principle 3). In other words, pharmacological therapy is not a necessary condition for recovery in every case because certain types of chronic patients can recover without medical help.

The 12-step programme, the prototype of the traditional mutual aid recovery theory and practice declared that there was no pharmacological antidote for the alienation of the spirit resulting from addiction. However, the expectation that a new drug might cure addicts of their disability remains. Active addicts have had the option of either waiting for the arrival of a true panacea for the treatment of addiction, or committing to the slow process of recovery which implies living an active life and also transforming their identity. Recovery is arduous and an addict requires time to truly integrate and accept emotionally what he may have realised intellectually years before. The traditional 12-step programme has been confined to addicted people who desire to stop using alcohol and drugs. According to William L. White its resilience lies in the Twelve Traditions that forged unique "solutions to the problems of mission diversion, charismatic leadership, divisive political and religious controversies, money,

property and professionalism". This is "one of the most unique and resilient organisational structures in human history". (White, 2007, p. 1373). New recovery agendas are also opening up to all chronic diseases in which remaining in remission requires a personal commitment to learning to live with enduring symptoms and vulnerabilities. Although the traditional personal recovery movement, which is characterised by trust in a higher power and a feeling of equality, solidarity and fraternity between individual addicts, distanced itself from any professional influence, the new rational recovery agenda has been impregnated by scientific, administrative and political influences. The new recovery approach appears as a mixture of medical, democratic and public policy values that requires collaboration between medical, social and policy agencies. The *safety* and life of the patient are paramount in medicine. Medicine wants neither to change the patients' behaviour nor penalise their non-compliance. Democracy is an institutionalisation of human rights including *freedom*, the preeminent value of modernity. The welfare state, which is an inroad on the principle of the free market, is committed to enhancing the wellbeing of citizens and has solidified the economic, social and therapeutic rights of formerly strongly stigmatised people, including addicts. The treatment of addiction is no longer a matter of charity, it is a right. Public policy, taking the form of laws and regulations, including the enforcement of drug laws ultimately aims to turn deviant people into *law-abiding* citizens. The main objectives of action in medicine are research and treatment, in social welfare services, empowerment and advocacy, in public policy, prevention and rehabilitation. Risk management, harm reduction and education appear to be common denominators in all fields.

The function of authentic experience provided by the role model of recovering people through peer support appears to be the weak link in the chain of the institutionalised recovery agenda. Some critics of the professionalised recovery agenda (and by "professionalised" I mean a recovery programme in which trained counsellors, doctors and nurses are employed) warn that detachment from its original ambitions may lead to a colonised and tokenistic adoption of the original concept. (Roberts & Boardman, 2013). Expressed in a different way: complete professionalization may transform recovery into a fragmented technique, or worse, a commodity leading to the death of personal recovery as an entity.

People in recovery bravely tell their personal stories about their quest for transforming their lives including their human fallibilities and struggles with the paradoxes of life. They humbly reflect on their immature narcissism, recount their stories of affliction when their inner worlds become unbearable, share their difficulties in understanding the emotional states of others, in comprehending irony and speak of their impairment regarding social skills in general. (Amenta et al., 2012) Their reflection concerning what is normally

taken-for-granted, their desire to develop generosity in themselves, their spirit of self-criticism, and their commitment to frankness may give the impression that there is a sort of unity in the way that fellow recovering addicts feel, think, communicate and behave. They are advised that truth-telling is learnable and that it has to be learned. Personal recovery is not a search for uniqueness, nor is it a return to individuation but rather a new start of subjectivation. Michel Foucault called subjectivation a kind of technique of self-care, a process through which an individual makes an art of his life. In personal recovery individuals reshape themselves, in such a way as to actively shape their own fates. This reshaping includes building satisfying relationships both with themselves and others, as well as with nature and that which transcends us. From a Foucauldian perspective, subjectivation is characterised by individual freedom, supportive relationships and also ethical participation in politics. The concepts of personal recovery and subjectivation seem very similar except for political participation which is not part of the 12-step programme. Nevertheless, I propose that the Foucauldian notion of subjectivation helps us to conceptualise how the recovery agenda may provide space for self-transforming practices within a given discourse allowing individuals to engage in different kinds of courageous activities.

The notion of recovery became prevalent after the Great Depression of the 1930s and was also used to describe the process of economic and social restoration after the Great War (WWI) and contemporary revolutions. Revolutionary ascetics could serve as a counter reference to the concept of recovery for addicts, which had not yet come into existence. Asceticism in recovery is not revolutionary in the sense of aiming to change the world but self-revolutionary, aiming to change ourselves. Victor Serge, a prototype of early 20th century revolutionaries wrote as follows: "I am sorry for those who grow up in this world without ever experiencing the cruel side of it, without knowing or ever experiencing the cruel side of it, without knowing utter frustration and the necessity of fighting, however blindly, for mankind. Any regret I have only for the energies wasted in struggles that were bound to be fruitless. These struggles have taught me that, in any man, the best and the worst live side by side, and sometimes mingle – and what is worst comes through the corruption of what is best." (Serge, 2012, p. 52) Recovering persons in self-help groups do not consider themselves "holier than others" and do not believe they are vanguards of social revolution. Recovering persons do not feel sorry either for themselves or for others. They practice the self-technology of renouncing the luxury of self-pity and comparing themselves to others. They are not proud of their harsh experiences but rather of their commitment to the recovering community. People in recovery do not fight for mankind, which is an abstract concept, but specifically for themselves. They have learnt that the more you care for yourself the more you are able to care for others. They have also learnt that caring is

highly personalized. Recovery is neither a state of happiness nor of tragedy but a reflective and hopeful journey.

F. D. Roosevelt's New Deal started with the National Industrial Recovery Act in 1933. It is interesting from a historical point of view that the recovery movement of alcoholics within a mutual aid fellowship was preceded by the repeal of prohibition. As a result of overwhelming popular demand, the reinstatement of alcohol drinking and selling rights became legal again from 1933 onward, and it was perhaps gangsters who had paved the way. The Repeal of Prohibition gave a chance to former criminals, not to speak of large numbers of every-day citizens who imbibed alcohol, to become law abiding, productive citizens and to integrate into society. The recovery agenda of addiction originated in grassroots self-help movements (Alcoholics Anonymous from 1935) and the psychiatric therapeutic communities (Maxwell Jones, Mill Hill from 1940). 1935 was the inchoate moment of the recovery movement. The AA Fellowship, with an emerging corps of recovering alcoholics depoliticised the alcohol problem. Although AA refrained from political actions and focused on personal transformation through networking, its members have greatly contributed to transforming the public problem of alcohol into a medical disease, alcoholism. Since the Flexner Report of 1910, American medicine has reduced its practice to the treatment of the part of man that belongs to the animal world. Accepting alcoholism as a disease without any known independent biological reality was a quite unexpected turn of events. It is incontestable that the growing popularity of psychoanalysis facilitated this process of approval.

Residential treatment centres for drug dependent patients (after 1958) tried to combine these two traditions (Deitch, 1999). The recovery of a person with an addiction is seen as a journey which involves continuously acquiring and practicing technologies of self-care. Since the 1960s, the recovery approach has gradually gained momentum as a social movement supporting social inclusion and the development of individuals living in their community. Whilst recovery emerged as deinstitutionalisation in mental health, it appeared as a kind of institutionalisation, i.e. a process of embodiment and embedding within the health care system in the field of addiction. The acceptance of the disease model for alcoholism (Jellinek, 1960) and addiction was instrumental in this process. Alcoholism and drug dependence have gradually changed from being considered as a criminal or morally reprehensible lifestyle into what is now thought of as a treatable disease. However, the treatment of this particular disease requires one to change one's lifestyle, and what is more, one's identity.

Identity is the treasure of the modern individualised person. A dignified individual is characterised by his uniqueness. Identity is a task which we must achieve. Harry Levine in his seminal paper in 1978 argued that the "discovery of addiction" is connected to the economic and political power of the bourgeoisie, when "individual freedom to pursue one's own interest, required shifting social

control to the individual level. Social order depended upon self-control.” (Levine, 1978) The concept of addiction/dependence “can be reinterpreted as a ‘culture bond’ (...) and the experiential reality of addiction or dependence as a product of cultural conditions rather than as a transcultural universal”, states Robin Room. (Room, 1984) In the same vein, we can say that in a society where the idea self-control and self-discipline are not widespread, the concept of addiction as loss of control has no socio-cultural basis. Secularisation, leading to the statement that “God is dead”, a phrase which appeared in the works of G. W. F. Hegel and was popularised by Friedrich Nietzsche, made possible an unbridled pursuit of one’s own interests. Rational activities requiring discipline and acquiring skills became the values that under-girded personal success. Success depended mainly on methods of conquering nature and not on integrity. Foucault pointed out that from the time of the “Galileo affair” scientific truth has been authenticated by method and not by personal integrity. (Foucault, 2005) Since Galileo, people who capture, dethrone and eventually kill God can be heroes of modern scientific thinking. Nevertheless, individuals, modern models of success, showed that one can be a trickster, a confidence man in one’s personal life and still be a great scientist or inventor as well as a benefactor to society. With the introduction of general public education, increasingly larger numbers of people have acquired to some extent the spirit of free, critical thinking, and have become more sceptical of authority. The process of individuation as a psychosocial development was described by Erik Erikson (Erikson, 1950). According to Erikson identity is the organising principle of development. The modern individual has an established identity. Socio-cultural and genetically determined psychosocial processes of individuation precede the formation of the individual.

Until the last years of his career, Foucault had considered that the socio-cultural formation of the modern individual was a provisional development, a recent discursive formation which was nearing its end and that would soon be “erased, like a face drawn in the sand at the edge of the sea”. (Foucault, 1994) Announcing the death of man (“man” meaning the modern individual) made Foucault a relentless critic of the discursive practices of modern society. He applied archaeological (how disciplinary techniques constitute knowledge of subject) and genealogical (how power/knowledge practices make subjects) methods as a way of diagnosing and problematizing the period of the present. His reflective method on subjectivity developed in later works. During his lifelong preoccupation with the topic of subject, he considered as 'subject' only one which was objectified. Foucault described two modes of objectification, i.e. dividing practices and scientific classification by which Western culture made human beings into objectified subjects. Foucault also wanted to be personally present and involved. “My problem is my own transformation... This transformation of one’s self by one’s knowledge, one’s practices is, I think, something rather close to the aesthetic experience” (said in 1982). (Foucault,

1997) Whilst in the process of dividing practices and scientific classifications individuals are passive, but he realised that as a result of the processes of objectivation, a person can also be active. Foucault coined a word for the designation of the method of becoming an active subject, subjectivation. Until his death in 1984, the delineation of those techniques through which people initiate their own active self-fashioning became his main concern. Subjectivation appears to be the redemption of the spiritually dead individual. This is the second birth of those subjects who had previously been passive subjects of objectivation and whose souls had died in their still living bodies. Through subjectification individuals recover their very human talent of self-care. *Recovery* as an etho-poetic (McGushin, 2007) process includes a responsible commitment to “making your life a work of art”. Recovery therefore sharply differs from both *uncover* and *discovery*. In the process of individuation the Christian ideal of *uncovering* personal sins and the truth of God was replaced with *discovering* scientific truth and personal resourcefulness in order to obtain success. Now, in the process of subjectification by means of courageous frankness and generous self-care embodied by the subject’s relation to the world in regard to current and future generations, their private life cannot be an appendix of their “true” scientific life, nor can the pursuit of success be the aim of their human life.

In his later works, Foucault attempted to elaborate a connection between subjectification and courage. This unfinished project seems significant for both the study and development of the recovery movement. Recovery integrates different kinds of mental courage although it doesn't concern physical courage. The recovery movement has been challenging two tenets of modernity. The identity of this movement is not a matter of life tasks, nor is it one of health as a means of obtaining something else, but rather of health as an aim in itself. Alcoholics Anonymous, the template for all 12-step recovery movements has invented a new type of community in which one can practice different types of mental courage without having to be brave in a physical way.

In my opinion, from a historical point of view, the development of courage in the modern age, is characterised by individualisation, industrialization, democracy, secularization and science, and three or four distinctive forms of bravery can be distinguished within this current. In his original paper Daniel Putman differentiates three types of courage, namely physical courage (characterised by overcoming a fear of death or physical harm), moral courage (characterised by maintaining ethical integrity or authenticity while at the same time overcoming the fear of being rejected, and socially ostracised) and the psychological courage (fears centre around a loss of psychological stability). Putman remarks that psychological courage, which is essential in achieving autonomy “is a form of virtue which millions of human beings have to possess and exercise on a regular basis”. (Putnam, 1997) To further elaborate Putman’s

ideas, I will add another type of courage to his list: intellectual courage. "Daring to know" epitomised aptly Immanuel Kant the essence of Enlightenment. Without the courage to know, which allows "man's release from his self-incurred tutelage" one cannot conceive of the progress of modern society. (Smith, 1996) Until the separation of church and state, truth and knowledge was considered as the sole privilege of the Catholic Church, therefore an individual's quest for truth was a perilous undertaking requiring enormous physical and moral courage. In modern, secularized society, people no longer have to fear death in order to defend their ideas, however if they allow their ideas to die, it is tantamount to intellectual suicide for those whose lives had been centred around an intellectual vocation. When intellectual achievement is on the highest level in one's personal hierarchy of values, then daring to pull down a whole rational edifice is a courageous act since it jeopardizes the identity of the person. Although the driving force of intellectual research is curiosity without economic or social gains, to the person who totally renounces their personal life for the sake of an intellectual vocation satisfying their curiosity is not an end per se, it is a means by which to build their character. While body builders' power is in their strong bodies, the strength of "intellect builders" lies in their cognitive skills. When we consider curiosity in the case of an intellectual vocation, it differs from curiosity in its purest form whose only objective is discovery, wherever it may lead, with no interest in personal profit or lofty benefits for society. Instead, it is a force which serves to maintain a sense of cohesion and consistency. The power of intellect is the capacity of reframing reality through a new perception and a new definition of the situation. Defining a situation has consequences not only on the other people involved in that situation, but on the very person who initiated its reframing.

The 12-step movement nourishes a kind of courage that was called by Paul Tillich "courage to be", which is having the courage to accept yourself and "the courage to accept acceptance". (Tillich, 2000) This acceptance is not in spite of whom they are but for whom they are. Courage to be is courage to identify yourself, to know who you are. This is the bravery of reflective awareness. This kind of courage is essential in achieving autonomy and authenticity. Changing one's identity or accepting an identity as an addict is extremely painful. Spanning the discrepancy between life as told and life as lived is an arduous endeavour. When people create their true stories they put them together in fragments. Telling the truth may displace them from their hierarchy and attitude. (The classical example is Oedipus who discovered that he was an incestuous murderer.) When, in the presence of their community in the heterotopic place of the "meeting", people adhering to the template of the recovery narrative, disclose their wrongdoings and defects, and discover that they are not pure and innocent. It is a re-remembering of their permanent rite of passage. This performance is a sort of replenishment, a recharging of the spiritual battery. Their spirits would be dead otherwise. During this ritual activity, the fellowship

of peers can give ablation from their entanglements due to their addiction and/or unhealthy relationships. Taking part in this process, involved in turn as courageous actors, then active, encouraging listeners, people, as role models, shape their community and the community shapes the person. The storyteller creates a body of the story and embodied stories engender an experience in which the other's recovery is their recovery as well. Self-care is inseparable from taking care of others. "Participation in the group hinges on new members realising that their story is 'no different' from what the recovery narrative describes but also prescribes", says Arthur Frank, a person recovering from a chronic disease. (Frank, 2010, p. 136) Arthur Frank's works show that the unique experience of the recovered person is an irreplaceable source for the professional body of knowledge about recovery.

Although the *Serenity Prayer*, the very concise summary of the 12-step philosophy in which one learns to pray for "the courage to change the things I can", implies growth and transformation, it also warns that change has its limits (one needs serenity to accept one's limits). The recovery movement teaches its members how to live within their boundaries and how to discriminate between what is possible and impossible. Active addiction is characterised by the fact that the "self will run riot" when the actor wants to run the whole show. (Alcoholics Anonymous, 2001, p. 62) When the actor wants to be the director it is destabilising and disruptive for personal life. Directors claim privileged access to underlying reality and manage the scenes for the actors. The 12-step programme doesn't deal with the issue of social change. Thinking in terms of "first things first", the recovery fellowship forewarns its members about the danger of abandoning their commitments and emphasises that the paramount responsibility of every individual is self-care. While in personal matters one can care for others in the ratio of one's self-care, this thesis is not valid in the world of non-personal matters, e.g. in science. Maurice Friedman considers that "the courage to be" is not enough in personal life since human existence requires "the courage to address and the courage to respond". (Friedman, 1976, p. XIII) I think that Foucault's aim was to elaborate a concept concerning this kind of courage, which is the courage to act, the courage to be involved in the contemporary matters of humankind by "daring to know" and having the courage "to be" and knowing how to combine the two. Harmonising epistemic virtue and the virtue of self-care with the courage to respond was an unfinished task for him, having been snatched by an early death. In my view, the concept of subjectivation could be a powerful theoretical tool for moving in this direction.

Whether as a result of organic growth or of a new agenda setting, institutionalisation of recovery has already become a social fact. The forthcoming years will show us if this possibility bears fruit or if we have been moving in the wrong direction and will need to unlearn a certain number of

concepts. We do not know yet, and this uncertainty is frustrating, bringing about feelings of inconsistency and incoherence. Vilma Hänninen & Anja Koski-Jännes suggest that sometimes, when people search for a new structure, incoherence can have a positive function, preventing us from making a premature commitment to the establishment of the new one. (Hänninen & Koski-Jännes, 2011)

References

- Alcoholics Anonymous (2001). *Alcoholics Anonymous*. New York: AA World Services.
- Amenta, S., Noël, X., Verbanck, P. & Campanella, S. (2013). Decoding of Emotional Components in Complex Communicative Situations (Irony) and Its Relation to Empathic Abilities in Male Chronic Alcoholics: An Issue for Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 37 (2): 339-347.
- Deitch, D. (1999). Conversation with David Deitch. *Addiction* 94 (6): 791-800.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton.
- Foucault, M. (1994). *The Order of Things*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1997) [1983]. 'An interview by Stephen Riggins'. In: Faubion, J. (ed.). Tr. Hurley, R. and others. *Ethics: Subjectivity and Truth. The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984. Volume One*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin, Allen Lane.
- Foucault, M. (2005). *The Hermeneutics of the Subject. Lectures at the College de France 1981-82*. New York: Palgrave.
- Frank, A. W. (2010). *Letting Stories Breathe: a socio-narratology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Friedman, M. S. (1976). *Martin Buber: The Life of Dialogue*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hänninen, V. & Koski-Jännes, A. (2010). Breaking of self-narrative as a means of reorientation? In: Hyvärinen, M. et al. *Beyond Narrative Coherence*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Brunswick: Hillhouse Press.
- Levine, H. G. (1978). The Discovery of Addiction. *Journal of Studies of Alcohol* 15: 493-506.

- McGushin, E. F. (2007). *Foucault's Askesis: An Introduction to the Philosophical Life*. Evanston: Northwestern University Press.
- Putman, D. (1997). Psychological Courage. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 4 (1): 1-11.
- Roberts, G. & Boardman, J. (2013). Understanding 'recovery'. *Advances in Psychiatric Treatment* 19: 400-409.
- Room, R. (1985). Dependence and Society. *British Journal of Addiction* 80: 133-139.
- Serge, V. (2012) [1951]. *Memoirs of a Revolutionary*. New York: The New York Review of Books.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G.,... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 13 (1): 12-20.
- Smith, J. (1996). *What is Enlightenment?* Oakland: University of California Press.
- Tillich, P. (2000) [1952]. *The Courage to Be*. By New Haven: Yale University.
- White, W. L. (2007). Conversation with William L. White. *Addiction* 102: 1365-1376.

A Jellinek-formula és alkalmazásának problémái

The history of the Jellinek formula and its application

MÁRK MÓNIKA

Összefoglalás

Elvin Morton Jellinek munkássága jelentősen alakította az alkoholszcénát (Kelemen & Márk, 2012, 2013), a WHO-nál töltött évei alatt – 1950 és 1955 között – az Egészségügyi Világszervezet programjában is súlyt kapott az alkoholizmus tárgyköre. E. M. Jellinek – tudományszervező munkája mellett – főként az alkoholizmus fázikus modellje, valamint a Jellinek képlet által vált ismertté. Habár a Jellinek-formula alkalmazhatóságával kapcsolatosan már a közreadását követően számos kérdés és dilemma vetődött fel, a WHO Alkoholizmus Albizottsága érdekesnek, és bizonyos megkötésekkel alkalmazhatónak találta azt. Módosított változatát egészen az 1970-es évek végéig használták az alkoholizmus előfordulási gyakoriságának becslésére az Amerikai Egyesült Államokban. A képlet manapság elsősorban alkohológia-történeti szempontból tarthat igényt az érdeklődésre.

Kulcsszavak: az alkoholizmus előfordulási gyakoriságának mérése – Jellinek-formula – WHO Alkoholizmus Albizottsága – a Jellinek-formula alkalmazhatósága

Abstract

Elvin Morton Jellinek's scientific performance has notably influenced the field of alcohol studies. (Kelemen & Márk, 2012, 2013) While he was working for the World Health Organization between 1950 and 1955, WHO laid special emphasis on alcohol studies. In addition to his efforts in policy-making, Jellinek's theory on the "phases of alcohol addiction" and proposing "Jellinek formula" made his name well-known. The applicability of Jellinek formula has been debated right from the beginnings, though WHO Alcoholism Subcommittee found it remarkable and adaptable with some restrictions. The revised form of Jellinek formula was used until the late 1970s for calculating the prevalence of alcoholism in the United States. Nowadays the formula is regarded as a curiosity in the history of alcohol studies.

Keywords: calculation of the prevalence of alcoholism – Jellinek formula – WHO Alcoholism Subcommittee – applicability of the Jellinek formula

A tudományos alkohol kutatás kezdetei

Az Amerika Egyesült Államokban új életet kezdő *Elvin Morton Jellinek* 1931-től szerepel az USA-beli Worcester állami kórházának munkatársi nyilvántartásában, ahol biostatistikusként tevékenykedett Roy G. Hoskins és David Shakow szkizofrénia-kutatási programjában. A szkizofrénia endokrinológiájával kapcsolatos kutatásai 1939-re hozzák meg eredményüket. A szóban forgó év rendkívül termékenynek bizonyult: az *Endocrinology* című folyóiratban több, Jellinek által is jegyzett tanulmány jelenik meg. (Jellinek, 1939a; Cameron & Jellinek, 1939; Randall & Jellinek 1939; Looney & Jellinek, 1939) Ugyanebben az évben egy pszichiátriai osztályozással kapcsolatos írását közli a *Journal of Biological Chemistry*, s egy további publikációját a *Journal for the Study of Interpersonal Processes* adja le. (Jellinek & Looney, 1939; Jellinek 1939b)

E publikációs aktivitás felfutása egyúttal Jellinek szkizofrénia-kutatói korszakának lezárulását is jelenti. Ron Roizen amerikai szociológus Jellinek hirtelen irányváltását összefüggésbe hozza az alkohollal kapcsolatos közvélekedés megváltozásával, s azt a körülmények szerencsés összjátékának tulajdonítja. (Roizen, 1991) Az alkoholtilalom 1933-as eltörlését követő időszak korszelleme kedvező feltételeket biztosított az alkoholológia új intézményeinek és fórumainak megteremtéséhez. A modern amerikai alkoholizmus-ellenes mozgalom iránymutató szerveződése – a *Research Council on Problems of Alcohol* (RCPA) –, a változások kedvező szelét vitorláiba fogva, figyelmét a tudományos kutatások felé fordította. Célja az alkohol emberre gyakorolt biológiai hatásairól összegyűlt szakirodalom áttekintése volt, amely tervet a Carnegie Alapítvány 1939-ben jelentős adománnyal támogatta. A munka elvégzésére *Karl M. Bowman*, az RCPA elnöke, a nagy munkabírásáról ismert E. M. Jellinekot kérte fel. Bowman újszerű kutatási koncepciójának értelmében – az alkoholt középpontba helyező, tiltó vagy megengedő szemléletek közti ingadozás helyett – az alkoholizmus kérdéskörét helyezték a figyelem fókuszába.

Az alkoholtilalom eltörlésével párhuzamosan az alkohol társadalmi érzékelése is megváltozott, s az alkoholfogyasztás egyre inkább a mindennapi élet részévé vált. A józansági paradigma, miszerint az alkohol mérgező és kártékony szer, csekély támogatottságot élvezett. Az alkoholreklámokban az alkoholos italok „tisztasága” és „egészségessége” mint kulcskifejezések szerepeltek. A májcirrózis kialakulásának magyarázatában az alkohol mint veszélyeztető tényező háttérbe szorult, pontosabban az alkohol és májcirrózis közötti kapcsolat indirekt jellegét hangsúlyozták, s a figyelem egyéb etiológiai faktorokra terelődött. Például egy az 1931 és 1940 közötti etiológiai teóriákat összegző írásukban Jolliffe és Jellinek (1941) a májcirrózis kialakulásában a következő veszélyeztető tényezőket sorolták fel: mérgező anyagok az alkoholos italokban (az alkoholon kívül), gyomorbántalmak, metabolikus zavarok, vitaminhiány.

A Yale Egyetem Alkalmazott Élettani Laboratóriumát vezető Howard W. Haggard éppen a megfelelő időben csatlakozott az RCPA kezdeményezéshez. Jellinek úgy vélte, hogy egy rangos egyetemi intézmény közreműködése nagymértékben elősegítené az új alkoholizmus-koncepció megerősödését. Az alkohol élettani hatásait kutató Haggard és Jellinek munkakapcsolata az elkövetkezendő néhány évben rendkívül termékenynek bizonyult. A Haggard által alapított új folyóiratban (QJSA) 1940-től sorra jelentek meg Jellinek szakirodalmi összefoglalói, többségében társszerzővel. (Jellinek & Jolliffe, 1940; Jellinek & McFarland, 1940; Bowman & Jellinek, 1941). A szakirodalom szintetizálásában előrehaladó Jellinek 1942-ben az alkoholbetegséget addikciónak nevezte, és elkülönítette a krónikus alkoholizálástól. Úgy vélte, hogy bár ez utóbbi számos testi, lelki és társadalmi probléma előidézője lehet, nem feltétlenül jár együtt az addikcióval. Az addikciónak további két változatát különböztette meg, az egyiket a kontrollvesztő sóvárgással, a másikat az alkoholfogyasztás abbahagyása esetén fellépő megvonási szindrómával jellemezte. Egy új modell formálódott tehát az „alkoholizmus mint betegség” elve jegyében, amely a hangsúlyt az alkohol társadalomra gyakorolt hatása helyett az alkoholisták kezelésére helyezte. (Room, 1982, idézi Herd, 1992)

Ahogy az addikció diagnosztikája sem tekinthető véglegesen lezártnak és megoldottnak, úgy az addikció előfordulási gyakoriságának mérése, az addikt népesség nagyságának meghatározása is bizonytalan. Pedig hatékony alkoholstratégia kialakítása a probléma kiterjedtségének ismerete nélkül aligha lehetséges. Az elképzelés, miszerint a májcirrózis és az alkoholfogyasztás között szoros kapcsolat áll fenn, nem volt új keletű. A tizenkilencedik században „gin-máj”-nak nevezték és az iszákosok tipikus betegségének tartották a májcirrózist. Az orvosi tankönyvekben is szerepelt a betegség (*gin-drinkers liver*), s az ivási szokások és a májcirrózis közötti kapcsolatot boncolási adatokkal is alátámasztották. A májcirrózusra visszavezethető halálozási esetekre elkezdtek úgy tekinteni, mint az alkoholizmus előfordulási gyakoriságának mutatójára. Ezen a csapásvonalon elindulva Jellinek Norman Jolliffe-fel, a New York-i Bellevue Kórház munkatársával a betegforgalmi adatokat alapul véve megpróbált valamiféle törvényszerűséget felállítani a májcirrózisos halálesetek vonatkozásában.

Jellinek és Jolliffe azt találták, hogy a májcirrózis új eseteinek a gyakorisága 6,7-szer nagyobb az iszákosok esetében, mint a normál populációban. Jolliffe és Jellinek a kórházi és statisztikai adatokat tanulmányozva arra is felfigyeltek, hogy az alkoholtilalom bevezetését követően a májcirrózisos halálozás arányszáma az összlakosságon belül meredeken csökkent és alacsony szinten stabilizálódott egészen a tilalom eltörléséig. (Jolliffe & Jellinek, 1941) Arra vonatkozóan is javaslatot tettek, hogy az addigi 90%-os aránytól eltérően csupán a májcirrózisos esetek 35%-át tekintsék alkoholos eredetűnek. Megjegyezzük, hogy ez az arány a későbbi kutatások eredményei szerint erősen alábecsült érték (Seeley, 1959,

idézi Herd, 1992,)), s napjainkban inkább a 80% körüli arányt tartják reálisnak. Mindenesetre az 1940-es évek végén megalkotott Jellinek-formula a 35%-ot alkalmazta standard értéként. A Jellinek képlet, dacára az ellene felhozott számos kritikának, az alkoholizmus előfordulási gyakoriságának legelterjedtebb becslési módja maradt az Amerikai Egyesült Államokban egészen az 1970-es évek végéig. (Herd, 1992)

A Jellinek-formula felépítése

Haggard 1948-as pályamódosítása – a kutatói pálya elhagyása - Jellinek Yale-i időszakának is végét jelentette. Jellinek új támogatóját a WHO mentális egészséggel foglalkozó egységét vezető Georges Ronald Hargreaves brit pszichiáter személyében találta meg. Jellinek 1950-től a WHO újonnan alakult Alkoholizmus Albizottság titkársági tagjaként szerepelt a dokumentumokban, s feladatul az alkoholfogyasztás epidemiológiai módszereinek kidolgozását kapta. Jellinek megbízható és használható adatokat ígért. Habár Jellinek betegség miatt a bizottság első ülésén személyesen megjelenni nem tudott, az alkoholizmus prevalenciájának mérésére kidolgozott képletét és annak levezetését közrebocsátotta. (WHO, 1951)

A Jellinek-formula alapja az a megfontolás, hogy a májzsugorodásos halálesetek meghatározott része az alkoholizmusnak tudható be (a halálloki statisztika különválasztja az alkohol okozta májzsugorodást), s a májzsugorodásban szenvedő alkoholistáknak egy bizonyos része hal meg évente a betegségben. Amennyiben tehát megállapítható, hogy az összes májzsugorodásos halálesetből mennyi az alkoholizmus következtében fellépő májzsugorodás, úgy az összes alkoholista száma is megbecsülhető. (Feltéve, hogy ismert az összes májzsugorban elhunyt esetek száma.) Jellinek a formula levezetésében D -vel jelölte az összes májcirrózisos halálesetek számát a vizsgált évben, P -vel az alkoholnak tulajdonított májcirrózisos esetek százalékos arányát, $C1$ -gyel a májzsugorodás valamely stádiumában lévő „alkoholisták komplikációval” arányát, $C2$ -vel a májzsugorodásban szenvedő „alkoholisták komplikációval” populáció körében előforduló halálozási arányt. Ezeket az arányokat Jellinek a kórházakban valamilyen alkoholizmussal kapcsolatos megbetegedés következtében elhalálozott betegek boncolási adataiból nyerte. Az „alkoholisták komplikációval” elnevezés a hosszú ideje tartó excesszív ivás következtében kialakuló testi és lelki tünetek előfordulására utal. A K konstans így $K = C1C2/100$, vagyis az „alkoholisták komplikációval” körében előforduló májcirrózisos halálozás aránya az adott évben, függetlenül attól, hogy szenvednek-e a betegség valamilyen stádiumában vagy nem. Amennyiben tehát A az „alkoholisták komplikációval” teljes számát jelöli az adott évben, képletben leírva $A = PD/K$, ahol a PD az alkoholos májcirrózisos esetek aránya szorozva az összes májcirrózisos halálesetek számával az adott évben. (WHO, 1951)

Tekintettel arra – írja a jelentés –, hogy a Jellinek-formula felállítását megelőző ötven évben a májcirrózis gyógykezelésében semmilyen lényeges változás nem következett be, a halálozások számbeli ingadozása sem vezethető vissza a kezelési trendek esetleges változásaira, eltekintve az ápolás feltételeinek általános javulásától. Jellinek az 1900 és 1945 közötti USA-beli halálozási adatokat tanulmányozva arra figyelte fel, hogy eltérően egyéb betegség típusoktól (mint például a tuberkulózis, szívbetegségek, nemi betegségek), a májcirrózis okozta halálesetek időbeli alakulása sajátos mintázatot mutat. Nevezetesen, 1900 és 1915 között a májcirrózisos halálesetek száma kissé csökkent, hasonlóan a többi halálokhoz. Eltérően az egyéb betegségek halálozási trendjétől, 1915 és 1920 között a májcirrózisos halálesetek száma meredeken esett, amelyet azután egy lassú növekedés követett. 1933-tól kezdődően a májcirrózisos halálesetek számának növekedése felgyorsult, és 1940 után ez a növekvő tendencia még kifejezettebbé vált.

Jellinek ezt a jelenséget az alkoholtilalommal hozta összefüggésbe. 1915-től kezdődően az Amerikai Egyesült Államok egyre több államában vezették be a szesztilalmat, amelynek eredményei 1920-ra már világosan megmutatkoztak. Úgy is mondhatjuk, hogy a szesztilalom az alkohol okozta betegségeket „feltartóztatta”, míg az alkoholistákat (részben) a szó szoros értelmében véve letartóztatták. Az alkoholcsempészet felvirágzásával 1920 után az alkohol-utánpótlás ismét biztosítottá vált az alkoholfüggő személyek számára, s a törvény 1933-as visszavonását követően az alkoholfogyasztás szintje hamarosan elérte a normál szintet. Mivel semmilyen más halálozások időbeli lefutása sem mutat a májcirrózis okozta halálozáséhoz hasonló mintázatot, Jellinek okkal feltételezte, hogy az alkoholhoz való hozzáférés és a májcirrózisos halálesetek számának alakulása szorosan összefügg.

Ezt a sajátos mintázatot megvizsgálták az Amerikai Egyesült Államok 48 államában, külön-külön nőkre és férfiakra vonatkozóan egyaránt. Jellinek az alkoholizmus okozta májcirrózisos halálozás arányát az összes májcirrózisos halálozáshoz viszonyítva férfiak esetében 51,5 %-nak, míg nőknél 17,7 %-nak találta. A több mint 100.000 USA-beli és európai krónikus alkoholista („alkoholista komplikációval”), és a még ennél is nagyobb számú nem alkoholista boncolási jegyzőkönyveinek összesített adatai alapján azt találták, hogy a májcirrózis relatív incidenciája – a veszélynek kitett és a veszélynek nem kitett (alkoholizáló és nem alkoholizáló) egyének incidenciájának hányadosa – a krónikus alkoholisták körében megközelítőleg 9% (a nem alkoholisták körében ez kevesebb mint 1%), s ennek a 9%-nak a 7,7%-a hal meg egy adott évben ebben a betegségben. Azaz a májcirrózisos halálesetek aránya az „alkoholisták komplikációval” népesség körében az adott évben – függetlenül attól, hogy szenvednek e a betegségben vagy nem – képletben kifejezve: $9 \times 7,7/100 = 0,694$. Az „alkoholisták komplikációval” becsült száma az adott évben az Amerikai Egyesült Államokban a fentiek értelmében a következőképpen

számítható ki: $P = 51,5\%$ a férfiak és $P = 17,7\%$ a nők esetében, míg a K konstans $0,694$ -nek vehető, tekintettel arra, hogy az egy nemzetközi adatbázison alapul.

Az albizottsági jegyzőkönyv második számú melléklete kitér arra, hogy míg a K konstans valószínűleg azonosnak vehető különböző országokban (mivel számítása egy nemzetközi adatbázison alapul), addig a P érték férfiak és nők vonatkozásában igen eltérő lehet. Vagyis az egyes országokra érvényes P értékét minden esetben szükséges meghatározni (a rendelkezésre álló primer adatbázisokat alapul véve), s ugyanilyen körültekintő eljárást igényel a különböző eredetű májcirrózisok számbavétele is, mielőtt a Jellinek-formula alapján az adott országban elvégeznék a krónikus alkoholisták számára vonatkozó becsléseket. Ráadásul, ez a becslés az „alkoholisták komplikációval” (krónikus alkoholisták) számát adja meg, vagyis az alkoholisták teljes számának becslése további számítást igényel. A jegyzőkönyv az „alkoholista komplikációval” és a krónikus alkoholista kifejezést egyaránt használja ugyanazon jelenség leírására.

Az Alkoholizmus Albizottság rögtön az első ülésén szembesült az alkoholizmus kérdéskörének terminológiai és definíciós nehézségeivel. A „krónikus alkoholista” kifejezés tartalma például országonként igen eltérő lehet. A fogalom szűkebb értelmezése szerint a krónikus alkoholizmusban szenvedő személynél a hosszú ideje fennálló alkoholfogyasztás következtében szervi és mentális deteriorizáció észlelhető. A tágabb értelmezés krónikus alkoholistának tekinti azokat az excesszív ivókat is, akiknél sem fizikai, sem pszichikai értelemben nem mutatható ki semmilyen irreverzibilis elváltozás.

Az alkoholfüggőség Jellinek által kidolgozott fázikus modellje a jelenséget a saját belső természetét alapul véve strukturálta. A folyamat első fázisa az úgynevezett tüneti ivás (*symptomatic drinking*). Az excesszív ivás is a tüneti ivással kezdődik, ám az esetek egy bizonyos részében ez az időszak rendkívül hosszúra nyúlik, s a folyamat nem is halad túl ezen a fázison. Más esetekben „kontrollvesztéssel” jellemzett alkoholaddikció fejlődik ki. Az Albizottság lényegében két alkoholista-kategóriát különböztetett meg, az egyik az alkoholaddikt (*alcohol addict*), a másik pedig az excesszív tüneti ivó (*habitual symptomatic excessive drinker*). Ez utóbbit nem addikt alkoholistának is nevezik. (WHO, 1951) Az Albizottság elemzéseiben szereplő „alkoholista komplikációval” (*alcoholics with complications*) és „alkoholista komplikáció nélkül” (*alcoholics without complications*) az addikt és nem addikt alkoholista kategóriákat fedik le. A jegyzőkönyvből az is kiderül, hogy a különböző országok (pl. Franciaország, Olaszország, Dánia, Svédország, USA, Ausztrália, Chile) az összes alkoholisták és „alkoholisták komplikációval” arányaira vonatkozó becslései igen eltérő képet mutatnak. Chile adatait vizsgálva például azt látjuk, hogy az alkoholisták teljes száma lényegében alig haladja meg a krónikus alkoholbetegek („alkoholisták komplikációval”) számát. Míg Svájcban ez az arány 1,5:1, addig Franciaországban 2:1, a skandináv országokban pedig az USA-hoz hasonlóan 4:1.

Ráadásul nehezen meghatározható az „alkoholisták komplikációval” kifejezés tartalma is, amely általánosságban véve a hosszú ideje tartó excesszív ivás következményeként fellépő testi és lelki tünetek együttesére utal. A nemzetközi adatok összehasonlíthatóságát tovább nehezíti az is, hogy a különböző országok statisztikai eltérő évekre vonatkoznak, valamint a felnőtt lakosság aránya is különbözik országonként – állapítja meg a jegyzőkönyv első melléklete.

A WHO Alkohol Albizottságának 1951-ben Koppenhágában megtartott második üléséről készített jelentés leszögezi (WHO, 1952), hogy az Albizottság első ülésén ismertetett Jellinek-formula egyfajta lehetőségnek tekinthető, s habár aggályok merültek fel a képlet általános alkalmazhatóságával kapcsolatban, összességében egy új és ígéretes megközelítésről van szó, amelyet érdemesnek tartottak a további tanulmányozásra. Az Albizottság véleménye szerint a képletben szereplő P tag revíziója ötvenként volna ajánlatos, s hasonlóan szükséges a K konstans országok szerinti felülvizsgálata, és a helyi viszonyokhoz történő igazítása is. E módosítások elvégzése és a formula használata mellett az szólt, hogy a képlet használata lehetőséget teremtene összehasonlító vizsgálatokra, s ellenőrizhetővé tenné más adatforrásokat is.

A képlet továbbfejlesztett változata

Roizen és Milkes fordítva teszi fel a jellineki kérdést: *„Mekkorának kell lennie az alkoholista populációnak ahhoz, hogy az adott évben egy bizonyos számú alkohol okozta májcirrózisos haláleset forduljon elő a vizsgált népességben?”* A válasz kétféleképpen is megadható: az egyik mód az, hogy az alkoholisták összes számát megszorozzuk egy alkoholista adott évben bekövetkező halálának valószínűségével, a másik megoldás pedig, hogy az adott év összes májcirrózisos halálozási számát szorozzuk meg az alkoholos májcirrózis becsült arányával. A Jellinek-formulával kifejezve $AK = PD$, ahol A az alkoholisták száma az adott évben, K annak valószínűsége, hogy egy alkoholista májcirrózisban meghal egy adott évben, D az összes májcirrózisos eset az adott évben, P az alkoholnak tulajdonítható májcirrózisos halálozások aránya. Az egyenlet A -ra, azaz az alkoholisták adott évi számára kifejezve: $A = PD/K$, ami nem más, mint a Jellinek képlet eredeti formája.

Roizenék rámutatnak, hogy az alkoholista, alkoholfüggő kifejezések tartalma is jelentős módosuláson ment keresztül az idők folyamán. A képletet kidolgozó Jellinek az 1940-es évek elején az „alkoholista” kifejezés alatt valamilyen ivással kapcsolatos testi betegséggel küszködő személyt értett. Egy „alkoholaddikt” nem számított feltétlenül alkoholistának, hacsak nem produkált valamilyen ivással kapcsolatba hozható testi tünetet. Fordítva pedig, egy alkoholfüggőségben nem szenvedő személy alkoholistának minősült, amennyiben valamely alkohol okozta testi betegséget diagnosztizáltak nála. Az 1940-es évek végétől, az 1950-es évek elejétől az alkoholizmus

jelentéstartománya kiszélesedett: Jellinek azokat a személyeket is ide sorolta, akiknél az alkoholfogyasztás következtében kialakuló testi tünetek még nem jelentkeztek. Ennek megfelelően Jellinek az eredeti formulát kiegészítette egy, az összes alkoholista arányát kifejező faktorral, bevezette az „alkoholista komplikációval” és „alkoholista komplikáció nélkül” kategóriákat. Az „alkoholista komplikációval” kifejezés jelentése a későbbiekben összekapcsolódott az „alkoholizmus” fogalmával. A módosított képlet a következőképpen írható le: $A = (PD/K)R$, ahol az R az összes alkoholista és az „alkoholisták komplikációval” arányát jelenti.

Alaposabban megvizsgálva a Jellinek-formulát, azt találjuk, hogy mind a P (az alkoholos májcirrózisos halálok aránya), mind a K (a májcirrózisos halálesetek valószínűsége az adott évben az alkoholisták között) és az R (az összes alkoholista aránya az „alkoholisták komplikációval” arányához képest) változók konstansnak tekinthetők. Csupán a D változó (a májcirrózisos halálok száma az adott évben) mutat eltérést, ami azt jelenti, hogy az összes alkoholista száma egyenesen arányos a májcirrózisos halálesetek számával. Lényegében tehát a képlet leírható a következőképpen $A = DS$, ahol A az alkoholisták összes száma az adott évben, D a májcirrózisos halálozások száma az adott évben, S pedig egyenlő az eredeti formula PR/K konstansával. Roizen és Milkes számításai szerint – az eredeti konstansokat alapul véve – $A = 242D$, vagyis 242 alkoholista esik minden egyes májcirrózisos halálozásra.

A formula és a férfi-női arányok

Az Amerikai Egyesült Államokban évente durván kétszer annyi férfi hal meg májcirrózisban, mint nő. Ennek alapján azt várhatnánk, hogy az alkoholizmus előfordulása is hasonló arányt mutat, vagyis két férfira egy nő esik. Ugyanakkor az alkoholizmus USA-beli szakirodalmában a nemek arányára vonatkozóan ettől egészen eltérő becslésekkel találkozunk: 1:1, 15:1 vagy 20:1 arányok is előfordulnak, e kérdésben messze nincs konszenzus. A Roizen és Milkes szerzőpáros arra a kérdésre próbál választ találni, hogy Jellinek vajon miért számolt 5:1 vagy 6:1 férfi-nő arányokkal. Ez azért is kérdés, mert a Jellinek-formula megbízhatóságával kapcsolatosan számos kétely merült fel már az 1950-es évektől kezdődően, ám ennek ellenére az alkoholizmus nemek szerinti elterjedtségének meghatározása továbbra is a bevett számítási mód szerint történt.

Jellinek kismértékben eltérő formulát dolgozott ki az alkoholizmus prevalenciájának férfiak és nők körében történő becslésére. A képletek felépítésében nem találunk eltérést, a K és R konstansok mindkét nem esetében azonosak, Jellinek csupán a P -re (az alkoholizmusnak tulajdonítható májcirrózis aránya) javasolt eltérő értékeket. A már idézett 1951-es WHO-jelentésében az áll, hogy ez az érték férfiak esetében 51,5%, nők esetében pedig 17,7%. A nemek

szerinti *P* értékre vonatkozó számításait Jellinek sohasem publikálta, így csupán találgatható, hogy honnan eredeztette azokat. A képlet eredeti formájában a *P* érték a két nemre együttesen volt kalkulálva.

Amint azt az előzőekben már említettük, Jellinek számításait a májcirrózis halálozási adataira alapozta, összevetve a prohibíció előtti és utáni halálozási arányokat. Megvizsgálta a tuberkulózissal összefüggő halálozás és általános halálozás trendjét is, és meggyőződött arról, hogy az 1916 és 1920 közötti időszakban a májcirrózisos halálozások mérséklődése nem csupán az általános halálozások csökkenésének volt köszönhető. Igaz ugyan, hogy mind a tuberkulózis, mind az általános halálozás csökkent ebben a periódusban, ám e betegségek esetében a mérséklődés az 1932 és 1940 közötti időszakban is folytatódott. A májcirrózisos halálozások száma, ezzel ellentétben, ebben az időszakban drámaian megemelkedett. Jellinek az 1916 és 1920 közötti időszak általános halálozási arányszámának csökkenését (7,1%), ami betudható az általános egészségi állapot javulásának, kivonta az ugyanezen időszak alatt bekövetkező májcirrózisos esetek számának csökkenéséből (42,2%). Azt mondhatjuk tehát, hogy a májcirrózisos halálozás 35%-a volt alkoholos eredetű. Természetesen ez csupán durva becslésnek tekinthető.

1. táblázat. A nem specifikus (férfi és női) májcirrózisos és általános halálozások 100.000 főre eső száma 1916-ban és 1920-ban (fő), és változásuk aránya (%)

TABLE 1.—Crude Death Rates (per 100,000 Population) for Liver Cirrhosis and General Mortality, 1916 and 1920; Death Registration States¹

	1916	1920	Change
Cirrhosis deaths			
Females	7.7	5.1	—33.8%
Males	15.7	9.0	—42.7%
Totals	11.8	7.1	—39.8%
General mortality			
Females	1282.7	1258.1	—1.9%
Males	1475.4	1338.1	—9.3%
Totals	1381.1	1298.9	—6.0%

Forrás: Roizen & Milkes, 1980.

Az 1. táblázat a nem specifikus (férfi és női) májcirrózisos és általános halálozásokat és változásukat mutatja 1916 és 1920 között. A táblázat adatait alapul véve – a fenti gondolatmenetet követve –, a férfiak esetében 42,7%-ból 9,3%-ot, a nők esetében 33,8%-ból 1,9%-ot kivonva nagyon hasonló értékeket kapunk a férfiak és a nők esetében. A férfiaknál 33,4%, míg a nőknél 31,9% a

kivonás eredménye, vagyis a nem-specifikus értékek durván azonosak, ami aligha igazolja a különböző *P* értékek használatát a két nem esetében.

Roizen és Milkes arra a következtetésre jutottak, hogy a férfi és női alkoholizmus prevalenciájának becslésére felállított Jellinek-formula valójában közvetlenül a nem specifikus májcirrózis halálozási arányszámokat veszi alapul. Jellinek vagy nem igazolta az általa használt *P* értéket, vagy más eljárást használt kiszámításukra, mint az összevont értékek esetében. A szerzők leginkább arra hajlanak, hogy Jellinek a nem specifikus értéket egyszerűen hozzáigazította a férfi és női alkoholizmus előfordulási gyakoriságának konvencionális elgondoláshoz (6:1 arány). A 2:1 (férfi-nő) nemi arányt alkalmazó formula ugyanis túlságosan ellene ment volna az akkori közvélekedésnek.

A történeti és társadalmi aspektusok

Visszatekintve az 1930-as és 1940-es évekre, azt láthatjuk, hogy az alkoholkutatásban is terjedni kezdtek a tudományos gyakorlatok. Az „új modellt” képviselő kutatói generáció új témákat és irányokat fedezett fel (például a táplálkozással kapcsolatos kutatások), amelyek mentén újfajta teóriák fejlődtek ki. A változások háttérében társadalmi és ideológiai tényezők sora húzódott meg. Az új alkoholkutatói paradigma egyik ígérete az volt, hogy a régi „száraz vagy nedves” (*wet or dry*) táborok közti parttalan vitát felváltja a tárgyilagos és szigorúan tudományos megközelítés. Jelen volt tehát az e csatározások közömbösítésére irányuló vágy és a társadalmi hasznosság szempontjainak előretörése, amely kombinálódott a növekvő gazdasági jelentőségű alkoholipar érdekeivel. Az alkoholelőállítók által finanszírozott kutatások problematikájára mutat rá Roizen is. (1991) Az alkoholipar felől érkező szinte kizárólagos támogatási források – az egyéb kutatási források beszűkülése miatt – a témaválasztást erősen behatárolták, s a teljes népeiséget érintő kutatások helyett célszerűbbnek tűnt az alkoholizmus témakörére összpontosítani a figyelmet. A kutatási spektrum szűkülésével maga az alkohol mint veszélyeztető faktor – akár a különféle betegségek, akár szociális problémák tekintetében – jó időre kikerült a kutatások látóköréből. Ez azért is volt lehetséges, mert a prohibíció túlzásainak következtében az inga most éppen az ellenkező irányba lengett ki, szinte lehetetlennek tűnt az alkohol ártalmosságának kérdését akárcsak érinteni is. Ráadásul az alkoholfogyasztás a státusz, a jólét és a liberalizmus szimbólumává vált, az amerikai középosztály értékrendbeli változását tükrözve. Ez a nézőpontváltás azután további következményekhez vezetett, az alkoholfogyasztásból eredő egészségügyi és társadalmi károkat jellemzően inkább szocio-kulturális tényezőkre – az értékrend megváltozása, munkanélküliség, szegénység, stresszhatások –, semmint a mértéktelen ital fogyasztásból eredő veszélyekre vezették vissza. Az alkohollal kapcsolatos jelenségek észlelésében bekövetkezett változások végül

a cselekvések irányát is megszabták: a népesség egészére, így a megelőzésre irányuló programok háttérbe szorultak, s a teljes figyelem az alkoholizmusra és annak kezelésére koncentrált. Mindez azért is volt sajnálatos, mert mai ismereteink szerint az alkohol okozta károk jelentős része paradox módon nem az alkoholfüggőkkel (Kreitman, 1986, idézi Kelemen, 2006), hanem az egészségügyi ellátórendszerben meg sem jelenő alkalmi lerészegedőkkel, vagy a bizonyos rendszerességgel ivókkal hozható kapcsolatba.

Irodalom

- Bowman, K. M. & Jellinek, E. M. (1941). Alcohol addiction and its treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 2: 98-176.
- Cameron, D. E. & Jellinek, E. M. (1939). Physiological studies in insulin treatment of acute schizophrenia II. Pulse rate and blood pressure. *Endocrinology* 25 (1): 100-104.
- Herd, D. (1992). Ideology, history and changing models of liver cirrhosis epidemiology. *British Journal of Addiction* 87 (8): 1113-1126.
- Jellinek, E. M. (1939a). Physiological studies in insulin treatment of acute schizophrenia I. Methods. *Endocrinology* 25 (1): 96-99.
- Jellinek, E.M. (1939b). Some principles of psychiatric classification. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 2: 161-165.
- Jellinek, E.M. & Looney, J.M. (1939). Statistics on some biochemical variables on healthy men in the age range of 20 to 45 years. *The Journal of Biological Chemistry* 128 (2): 621-630.
- Jellinek, E.M. & Jolliffe, N. (1940). Effects of alcohol on the individual: Review of the literature of 1939. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1: 111-181.
- Jellinek, E. M. & McFarland, R. A. (1940). Analysis of psychological experiments on the effects of alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1: 272-371.
- Jolliffe, N. & Jellinek, E. M. (1941). Vitamin deficiencies and liver cirrhosis in alcoholism; Part VII, Cirrhosis of the Liver. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 2: 544-583.
- Kelemen, G. (2006). Szociálhigiéné és alkoholpolitika. *Esély* 17 (6): 104-112.
- Kelemen, G. & Márk, M. (2012). E. M. Jellinek, a "szabadon lebegő" alkohológus. *Psychiatria Hungarica* 27 (5): 304-319.
- Kelemen, G. & Márk, M. (2013). E. M. Jellinek elnémított és elnémuló transzgenerációs története. *Psychiatria Hungarica* 28 (4): 349-369.

ELMÉLETI ÉS TÖRTÉNETI KUTATÁSOK

- Looney, J. M., Jellinek, E. M. & Dyer, C.G. (1939). Physiological studies in insulin treatment of acute schizophrenia V. The blood minerals. *Endocrinology* 25 (2): 282-285.
- Randall, L. O. & Jellinek, E. M. (1939). Physiological studies in insulin treatment of acute schizophrenia III. The serum lipids. *Endocrinology* 25 (1): 105-110.
- Randall, L. O. & Jellinek, E. M. (1939). Physiological studies in insulin treatment of acute schizophrenia IV. The choline esterase activity of the blood serum. *Endocrinology* 25 (2): 278-281.
- Roizen, R. (1991). *The American Discovery of Alcoholism. 1933-1939.* (PhD Dissertation) Berkeley (CA): University of California. <http://www.roizen.com/ron/disshome.htm> (Letöltve: 2012. 07. 29.)
- Roizen, R. & Milkes, J. (1980). The Strange Case of the Jellinek Formula's Sex Ratio. *Journal of Studies on Alcohol* 41 (7): 682-692.
- WHO (1951). *Report on the first session of the Alcoholism Subcommittee.* Geneva: WHO Technical Report Series No. 42
- WHO (1952). *Report on the second session of the Alcoholism Subcommittee.* Geneva: WHO Technical Report Series No. 48

Az addikció mint a fogyasztói társadalom nagy narratívája

Addiction as the grand narrative of consumer society

B. ERDŐS MÁRTA

*„A modern ember annak ellenére, hogy csodálatos tudást és óriási információt halmozott fel és alkalmaz, ügyetlennek, zavarodottnak tűnik, mintha vak és drogos lenne.”
(Aurelio Peccei)*

Összefoglalás

A szerző az utóbbi néhány év szerhasználati szokásainak változását a fogyasztói társadalom és kultúra válságának elmélyülésével hozza összefüggésbe. A diszkurzív megközelítésre alapozó, és az addikciók problémáját mint a fenntarthatóság súlyos zavarainak tünetét értelmező írás konklúziója, hogy a problémára a hatékony választ a kultúraváltó kisközösségek, köztük a sorstársi szövetségek megerősödése jelenthetné.

Kulcsszavak: *designer drogok – fogyasztói társadalom – kontrollált kontrollvesztés – rekonstruktív közösségek*

Abstract

The author explores recent changes in substance use patterns as a symptom of the deepening crisis of consumer society and culture. The conclusion of the current article, written from the perspective of discourse studies, that an adequate response concerning the problem of addictions implies strengthening of reconstructive communities, first and foremost, self-help fellowships.

Keywords: *designer drugs – consumer society – controlled loss of control – reconstructive communities*

A kérdés

Keith Howard a „City Limits: Crime, Consumer Culture and the Urban Experience” című könyvében teszi fel a kérdést: „Milyen változások következtek be az emberi tapasztalásban és a társadalmi feltételekben, amelyek az izgalom keresését és a szabályok áthágását ennyire csábítóvá teszik?” (Howard, 2004, p. 152) Amikor az olyan robbanásszerűen terjedő, már korábban is létező, de ma

új vonásokkal jellemezhető szerhasználati mintázatokra keressük a magyarázatot, mint a designer drogok és a binge drinking, ez lehet az egyik kérdés, amelyet érdemes feltenni.

A válaszokat e tanulmányban a diszkurzív elmélet keretei között keressük, amely a személyes, az interszubjektív és a társadalmi-közösségi szinterek kapcsolódását állítja a fókuszba. A diszkurzív megközelítés a közös tudások elérhetőségét, formálódásának kérdéseit vizsgálja. Melyek a cselekvéseket meghatározó konvenciók, és milyen meta-szintű szabályok szerint írhatóak újra e konvenciók a kommunikáció során? Mi tekinthető centrális vagy marginális tartalomnak? Hogyan teremti meg a diskurzus a közösség tagjainak pozícióját (társas kontextusát) és diszpozícióját (attitűdjeit)? (van Dijk, 2009; Harré, 2004; Reith, 2004)

A személyes élményvilágot és annak társadalmi beágyazottságát a diszkurzív elméletek a kontextus-modell fogalmával írják le. (van Dijk, 2009) A kontextus-modell nem csupán a környezet, hanem a kommunikációs helyzet szubjektív mentális reprezentációja, dinamikus modellje is, amely lehetővé teszi a helyzet meghatározását, megértését – vagy félreértését. A személyes történetek, az élményminták kifejeződési lehetőségei – így maga az is, hogy egyáltalán mit tekintünk, mit és hogyan konstruálunk „élménynek” – a közösségi diskurzusba ágyazottak, ahhoz képest létezhetnek, és ahhoz képest értelmezhetőek.

Maga a nézőpont nem teljesen új, sőt: „A klasszikus szociológia személyes életélményeken, és azok értelmezésén, az azokra adott reflexiókon épült.” A kérdéseket azok tették fel, „akik maguk is részesei voltak (...) politikai és gazdasági kríziseknek.” (Szakolczai, 2004, p. 36) A diszkurzív megközelítés új vonása viszont az az elméleti és módszertani eszköztár, perspektíva, ami képes értelmezhető egységbe szervezni a mikro-, azaz a személyes, és a makroszint, azaz a társadalmi szint között zajló rekurzív folyamatokat. Ez a jelenkori akadémiai hagyományokhoz képest talán túlságosan régi (Szakolczai, 2004) vagy éppen túlságosan új perspektíva igen hasznos lehet, ha az aktuális kihívásokra keressük a választ. Nem véletlen, hogy Moscovici, aki a szociális reprezentáció köztés, a diszkurzív megközelítés fontos elméleti előzményét jelentő teóriáját megalkotta, kutatói küldetésének a kor problémáira való érzékenyebb reagálást tekintette. (Moscovici, 2002)

Felszíni- és mélyszerkezet

„...ami új, az a szerek sokfélesége, a szándékosan félrevezető címkékkel ellátott termékek agresszív marketingje, az internet növekvő használata, és az a sebesség, amellyel a piac reagál a kontrolláló törekvésekre.” (EMCDDA, 2009, p.

16) A designer drogok szép új világának¹ egyik legjellemzőbb sajátossága ugyanaz a gyorsaság, amelyet a legális termékek piacán olyan nagyra becsülünk: az ilyen áru gyorsan, a „piaci szükségletekre” reagálva, „innovatív” módon változik, a termékek gyorsan terjednek, és egyes fajtáik szokatlan sebességgel teszik tönkre mind fogyasztóikat, mind pedig azok emberi környezetét, kapcsolatait. A designer drogok iránti szükséglet természetes szükségletként nem létezik: az igényt mesterségesen kell felkelteni, ám ha ez sikerül, maga a vágy is egyre gyorsabban termelődik újra, kielégítése pedig – az internet hathatós segítségével – szinte azonnali lehet. A marketinget ironikus módon a másutt már bevált fogásokra alapozzák: így kerül piacra a tisztán szintetikus hatóanyagot tartalmazó, és az elnevezéssel szemben egyáltalán nem ártalmatlan, pláne nem „egészséges” biofű.

A jelenkori drogproblémák illeszkedése a fogyasztói társadalomhoz mint kontextushoz első látásra is szembetűnő. Így például a rendőrségi tudósításokban nem az a kérdés, hány személy halálát okozhatta volna a lefoglalt mennyiség, hanem az, hogy mennyi a piaci értéke. („Egymilliárd forint értékű heroint foglaltak le” – írja például a Miskolci Napló Online 2010. 05. 20-án.)² A drogokkal kapcsolatos tevékenységek, folyamatok leírása során a fogyasztói, piaci működés metaforáiban fogalmazunk. A metafora nem pusztán a nyelv, hanem az emberi gondolkodás sajátossága is; a metaforák útján valamilyen meglévő tudásunkra támaszkodva próbálunk megérteni egy új, még ismeretlen jelenséget. (Lakoff, 1993; Rácz & Kaló, 2009) A heroin legjellegzetesebb vonása nem az, hogy drága, értékes; és a designer drogoké nem az, hogy ehhez képest olcsó, tehát „megéri”: hanem az, hogy használatuk destruktív és öndestruktív egyszerre.

Magyarország rendszerváltozás előtti társadalma – hasonlóan a maihoz – erősen problémásnak, anómiásnak bizonyult, viszont, legalábbis a felszíni szerkezetet tekintve, más típusú válságjelenségeket produkált. A magyar társadalom nyíltan és nagyobb léptékben a rendszerváltozást követően kezdett el foglalkozni az illegális droghasználat problémáival, korábban ez is éppolyan rejtetten nyilvánult meg, mint a „teljes foglalkoztatottság” társadalmában a munkanélküliség (bár nem munkahely-nélküliség), vagy éppen a hajléktalanság, a szegénység.

A mélyszerkezetet tanulmányozva, az 1989 előtti és utáni éveknek azonban van egy markáns, statisztikai adatokkal könnyen alátámasztható közös mintázata: ez az öndestruktív viselkedés. A nyolcvanas évek válsága kitermelte az öngyilkosságok nemzetközi összehasonlításban legextrémebb arányát, párhuzamosan az alkoholizmus hasonlóan magas előfordulásával. (Zonda &

¹ Utalás A. Huxley Szép új világ című szépirodalmi művére, amelyben egy egész társadalmat a drog tart össze.

² <http://minap.hu/news.php?extend.24559.10> (Letöltve: 2014. 05. 15.)

Veres, 2004) Ezek az önpusztító trendek relatíve kevésbé változtak, s e változás mögött akár egyéb kedvezőtlen tényezők, másfajta utak vagy úttalanságok (elvándorlás, droghasználat) is meghúzódhatnak.

Az elmúlt évtizedek válságjelenségeire a magyar társadalom a korábbi puha diktatúra öröklött sajátosságai miatt nem tudott megfelelően válaszolni: fennmaradtak a cselekvést ellehetetlenítő, egymásnak ellentmondó, bizonytalan társadalmi elvárásokat megjelenítő kettős kötés-helyzetek, a következményes tanult tehetetlenség és a probléma-meg-nem-oldás diskurzusban újratermelt mintázatai, amelyek tartósan erodálták a jövőképet, a bizalmat és a szolidaritást. (B. Erdős & Kelemen, 2011) Ezekhez a hazai fogyasztókhoz adódott hozzá napjainkban a globalizált fogyasztói társadalom visszafordíthatatlan válsága, amelyet egyes, kincstári optimizmussal jellemezhető interpretációk szerint csupán „átmeneti nehézségnek” tarthatunk:

„Bár a közelgő összeomlás jelei nyilvánvalóak, a világ nem akar róla tudomást venni. Ugyan a *Wall Street Journal* 2007. november 19-i elsőoldalas vezércikkében és a *TIME Magazine* két nappal későbbi számában felhívta a figyelmet arra, hogy valószínű a világ kőolajtermelése nem növelhető tovább, azóta is megy minden a maga megszokott útján. *Úgy viselkedik a világ, mint a tehetetlenül sodródó szenvedélybeteg, aki ugyan tudja, hogy végromlásba dönti magát, mégis képtelen szabadulni függő helyzetéből.*” (Végh, 2008 – kiemelés tőlem)

A modernitásban még a termelésen, a kreativitáson, és az ezzel összefüggő hasznosságon van a hangsúly. A fogyasztói társadalomban azonban már a valódi alkotás, létrehozás és fenntartás háttérbe szorul. (Bauman, 2005) Ennek szomorú következménye, hogy az egykori alkotó ember – néhány szerencsés kivétellel – stagnálásra kárhoytatott, s nincs mit továbbadnia, de nincs is miért, hiszen a jövőt addikt módjára, hitelezve éli fel a globalizált világ. A gazdaságot ebben a társadalomban csak az a túlfogyasztás képes életben tartani, ami egyben a szisztéma fenntarthatatlanságát is eredményezi. „Ha vágyainkat, szükségleteinket kielégítenénk, akkor abbahagynánk a fogyasztást; ha ez tömegméretekben is bekövetkezne, akkor a világ jelenlegi rendje mindenestül felborulna. (Howard, 2004, p. 174)

Az „átmeneti” egy másik értelemben éppen a megfelelő kifejezés lehet: úgy tűnik, hogy az emberi fejlődést vezérlő eszmék és értékek szempontjából ezúttal globális szinten is közeledünk egy döntő ponthoz, egy újabb nagy átmenethez, amelyet a szociológiai hagyomány axiális kornak³ nevez.

³ Az axiális korról bővebben: Szokolczai, 2004.

Tart-e még az értelem keresése?

2013 októberében Kiss Norbert helyettes államtitkár egy, a Pécsi Tudományegyetemen tartott előadásában az értelem keresésének (Frankl, 2006) univerzális emberi szükségletét emelte ki, mint egy, a droggkérdésre megfogalmazható adekvát válasz alapját. Mi lehet e mögött a látszólag egyszerű alapvetés mögött? E felvetés elérhet a probléma mélyszerkezetéig, mert éppen azt a kérdéskört érinti, amely az átmenetiség legnagyobb dilemmája, és minden válság közös kérdése: mi az az érték („értelem”), ami megmarad, ami az átmenet során kiállja nehéz idők próbáját is?

Az öndestrukció (pl. öngyilkosság, addikciók) változatos megjelenési formái mögött ugyanez az alapprobléma rejlik. Howard szerint a posztindusztriális társadalmakban a személy már nem pusztán az izgalom keresésére törekszik, amikor illegális cselekményekbe bonyolódik, hanem – miként az öngyilkos – saját végzetét akarja kontrollálni. Amikor a designer drogok kapcsán azt halljuk, hogy ma már „sem a dealer nem tudja, mit ad el, sem a fogyasztó nem tudja, mit vesz meg” (Oláh Péter, személyes közlés, 2014. április 29.), akkor a drog fogyasztója a kontroll igen sajátos, orosz rulett jellegű, vagy még annál is veszélyesebb formáját gyakorolja. A kockázatkezelés – mint a reflexív modernitás állandósult tevékenysége – a kontroll illúzióját kínálja (Beck, 1992), együtt azzal a belső, állandó ürességet gerjesztő, nem reflektált sejtéssel, amely az önccsalás velejárója.

Az addikció diskurzusai a kockázat-diskurzusokkal ötvöződve jelennek meg: az addikció mint fő társadalmi kockázat reprezentálódik; előtérbe kerül az „ártalomcsökkentés” paradigmája mint közösségi kockázatkezelés. Ez utóbbi törekvés egyéni szinten mint a saját szubjektum állandó monitorozásának igénye mutatkozik meg. (Firat, 1991; Rácz, 2006)

Mindennek eredménye a kontrollált kontrollvesztés (controlled loss of control) (Howard, 2004): a különlegesen veszélyes, de önként kezdeményezett tevékenységek szolgálják ezt az elérhetetlen, paradox célt. A későmodern társadalmi-kulturális sajátosságok felerősítik, a szélsőségekig viszik, ugyanakkor eredeti értelmétől megfosztják a kamaszok kockázatvállalását, amely az archaikus társadalmakban elsősorban a társadalmi státuszok váltásához kapcsolódott. Az új viszonyok közepette az addikció mint beavatás-pótlék lép működésbe. (Péley, 2002) A korábbi rítusok felbomlanak, gyors ütemben újjárendeződnek, és megjelenik egy különleges, új játéktér (Turner /1982/ ezt „liminoidnak” nevezi), amelybe lépve már nem feltétlenül kerülünk „előbbre” az életben. Az értelem keresése mindig mély frusztrációkkal kísért élet-utazás; ám a globális válságban egyre több a téves jelzés és a zsákutca.

A gazdaságnak alárendelt társadalom

Marx *A tőke* című művében (1867-1894) megfogalmazott alapvető tanai szerint a társadalmi fejlődést a gazdasági fejlődés határozza meg: a döntő az „alap”, és minden más a következményes „felépítmény”. Bár a marxi elméletre alapozott későbbi gyakorlati torzítások (pl. a sztálinizmus) riasztóak, s maga az elmélet is több oldalról vitatott, a globális rendszerek cselekvéseinek mélyén mégis ennek a teóriának a feltétel nélküli elfogadása áll. Ma az általunk konstruált rendszerekben a társadalmi érdekek a gazdaságnak alávetve jelennek meg; sőt, sokáig, egészen az elmúlt évtizedig tartotta magát az a vélekedés, hogy e mindenek felett álló gazdasági rendszer képes az önszerveződésre és önmaga szabályozására. 2008-at követően világossá vált, hogy a Smith-i szabályozó, a „láthatatlan kéz” nem egy isteni eredetű, „a gép forog, az alkotó pihen” típusú gondoskodó mechanizmus, hanem inkább egy arctalan, arcátlan és furfangos tolvaj ügyes keze.

Mitől „fogyasztói” egy társadalom, ha a fogyasztás maga kétségtelenül minden társadalom sajátossága? A későmodern kor fő jellegzetessége a fogyasztóiség túlbujránzása, és az ezzel összefüggő kommodifikáció, áruvá válás. (Howard, 2004) A piac a legitimáció forrása: ami eladható, az az érték. A *con sumere* jelentése: elvenni, elpusztítani, elvesztegetni. E pusztítás mediálója a pénz, amelynek – mint ez a „pénzfüggőség” fogalmában is megjelenik – szintén megvan a maga erős addiktív potenciálja. (Dayton, 2009)

A fogyasztói társadalom fenntartásának emberi ára a kielégíthetetlen mohóság, a craving gerjesztése: ez ma már szinte bármire irányulhat, bármi lehet addikció; mert az addikció e gazdasági-társadalmi berendezkedés nagy narratívájának, mesternarratívájának alapmetaforája.⁴ A későmodern fogyasztói társadalom feszültségei, problémái az addikciókon keresztül artikulálódnak: az addiktív mintázatok áthatják a gazdasági életet, a politikai viszonyokat és a privát szféra színtereit. (Firat, 1991) Ugyanezek az addiktív mintázatok azonban elfedik a válságot, reflektálás helyett fenntartható öncsalásra készítetnek, s „az ineffektív megoldási stratégia”⁵ eredménye így egy, a korábbinál súlyosabb válságállapot lesz.

Társadalom és értelem

Az archaikus közösségek erős spirituális alapra, kollektíven osztott mítoszokra épültek. Ezekben a közösségekben a társadalmi-közösségi kapcsolatokat, a hétköznapok és az ünnepek rendjét, összességében az emberi élet rendjét

⁴ Buda (2009) nyomán továbbgondolva, aki az addikciók típusainak végeláthatatlan szaporodása mögött metaforikus szerkezetet feltételezett.

⁵ A krízislélektan gondolatmenete (l. pl. Csürke és mtsai., 2011). További forrás a problémamegoldás problémáiról: Watzlawick, Weakland & Fish, 1990.

erősen szabályozták. A kommunikáció középpontjában – a tudás tárolásának egyéb alternatívái híján – a személyesen, közvetlenül és közvetítetlenül egymással kölcsönösen megosztott, alapvető, a közösség minden tagja által jelentősnek ítélt tudások álltak. Az értelem keresésének egyes életszakaszaiba érve a személy pontos útmutatásra lelhetett a közösség tagjaitól, ugyanakkor – mai felfogásunk szerint – sok esetben híjával volt a választás szabadságának.

Az iparosodás átformálta a közösségek életét: megkezdődött az individualizáció, az életvilág különböző, egymástól viszonylag függetlennek tekintett színterekre tagolódása, és a szekularizáció folyamata. A tőke egyéb formái mellett az idő előrehaladtával egyre inkább a tudások tárolásának és elérésének új lehetőségei, az alkalmazott „képeség-erősítők” növelték meg a társadalmi különbségeket. (McLuhan, 1962, idézi Griffin, 2001; Horányi, 1999) Ebben a világban a spirituális alapvetések helyét a ráció foglalja el. A racionalitás – amely messze nem azonos a Frankl-i értelemmel – azonban nem ad válaszokat az érzelmi, kapcsolati, fejlődési problémákra, sem az ember transzcendens szükségleteire;⁶ így képtelen rendet és stabilitást vinni a közösségek életébe. E modernitásban gyökerező változások kései következményeképpen napjainkra létrejött a rend egy groteszk és rigid imitációja, amelyet Howard (2004) a hétköznapi hiperbanalizációjának nevez. A hétköznapiaktól és az „átlagostól”, a „rendestől” való menekülés újfajta szükségletét e társadalmi jellemző magyarázza. A „hiperbanalizáció” a közösségi cselekvést vezérlő eszmények elfojtásának eredménye: a közösség az értelem keresése, saját jövőképe megfogalmazása helyett kompulzív módon egy merev struktúra részletekbe menő szabályozásába bonyolódik. A beláthatatlannak, s így fenyegetőnek tűnő távlatokat – a kontroll reményével, de nem valós gyakorlásával – a banalitások rendezésének terméketlen és végeérhetetlen gyakorlatára cseréli fel. (Howard, 2004; Turner, 1982)

A technológiák exponenciális függvény szerinti fejlődése e posztindusztriális társadalmakban már nagyon nagy részben az információs és kommunikációs technológiákra értendő. Gyulai Iván (2012) a technológiai fejlődés kapcsán megjegyzi, hogy a ma jellemző technokrata megközelítésben túl sok szó esik a "hogyan"-okról és túl kevés a "miért"-ekről – azaz az értelem kereséséről. A technikai tudás ma már nagyjából nem felelős tudás, mert nem visz közelebb a fenntarthatóbb élethez, hanem gyakran éppen eltávolít tőle. Amikor az antikvitásban éles különbséget tettek technológiák alkalmazása – a korabeli felfogás szerint: az istenek becsapása – és megváltó bölcsesség között, akkor éppen erre a felelősségre mutattak rá. Odüsszeusz, a leleményes, hazajuthat, de csak akkor nyer bocsánatot az istenektől, s megváltást az életében, amikor szegény zarándokként olyan vidékre ér, ahol leleményessége, kalandvágya és technológiai tudása megtestesítőjét, az evezőt már fel sem ismerik többé.

⁶ Horányi (1999) definíciója szerint.

Az információs technológiák fejlődése a létrejövő hálózatisággal mint lényegi vonással együtt sokat ünnepeelt és sokat kárhozott sajátosság. „Egy dinamikus, globális gazdaság fogja át a bolygót, az egész világon összekötve az értékes embereket és tevékenységeket, miközben a hatalom és gazdagság hálózatairól lekapcsolja az uralkodó érdekek szempontjából irrelevánsnak minősített embereket és területeket.” (Castells, 1996-1998, idézi Nyíri, 1999) Jelenthet-e a hálózatiság a későbbiekben egy újfajta, humanizáló közösségséget, egy új „világfalut”? (Nyíri, 1998) A válaszok ma még nem egyértelműek: Bauman (2005, p. 31) szerint mindenestre a fogyasztó kollektív cselekvéseiben is magányos marad.

Kommunikáció, identitás, fogyasztás, és drogfogyasztás

A korábbi viszonyrendszerekben az áru az ember terméke. A posztindusztriális fogyasztói társadalomban azonban az ember válik az áru termékévé. A fogyasztás aktusa hozza létre a szimbolikus jelentéseket, a társas kapcsolatok mintázatait, és magát az identitást is. Az egyediség tömegtermékek fogyasztásával fejeződik ki. Az agresszív marketing-stratégiákkal kikényszerített fogyasztás aktusában az ember többé nem szubjektum, hanem tárgy: ebben a minőségében elveszíti a választás szabadságát, s ezzel együtt a felelősségvállalásra és elköteleződésre való képességét is. Ebben a társadalomban „nem léteznek örökre vállalt kötelezettségek, kielégített szükségletek.” (Bauman, 2005, p. 25) Az időleges elköteleződés inkább egyfajta „próbavásárlásra” hasonlít. (Firat, 1991) Ahogyan a be nem vált áru lecserélhető, úgy a problémás kapcsolatból is ki kell lépni – sugallja a rendszer, amelynek ideálja az egyszemélyes, többletfogyasztást indukáló háztartás (Hajnal, 2004), a magányos, kapcsolati- és identitáspótlékokat akciós áron beszerző egyén.

Maga a hálózatiság és az új technológiák előretörése mára olyan radikálisan átformálta nem csupán a gazdaság és a társadalom működését, hanem az emberi kapcsolatokat és a személyes élménymintákat is, hogy egyesek szerint alapját képezheti egy újfajta generációs felosztásnak: a digitális bevándorló X, és a bennszülött Y, Z generációk értékrendje és életvilága jelentősen eltér egymástól. (Tari, 2010) A lineáris, oksági gondolkodás helyét egyre inkább a lazábbra fűzött asszociációk veszik át. E pillanatban még fel sem tudjuk mérni, hogy a Gutenberg-galaxis korszakának lezárulta milyen változásokat hoz az életünkbe. Izgalmas kérdés az is, hogy az emberi elme, és az emberi közösségek miképpen tudnak lépést tartani ezzel az erőltetett, sőt elszabadultnak látszó fejlődési ütemmel. (Hajnal, 2004; Dunbar, 2002) E változásokat – bármennyire is sokkolóak az előző generációk számára – már nem lehet visszafordítani – de ha a globális gazdasági fókusz a társadalmira cseréljük, még képesek lehetünk előnyünkre fordítani.

Az e-világnak számos olyan sajátossága van, amely kapcsolatba hozható az illegális szerfogyasztással. Egyfelől, az e-kommunikáció – éppen úgy, ahogyan a szerek – az érzéseket célozza meg, mégpedig korábban szokatlan intenzitással. Másfelől, ebben a világban a történetiség és a kontextus megszakított, nem-folytonos, a színterek váltása gyors. Márpedig ez a fajta szaggatottság jellegzetes tapasztalata az aktív szerhasználóknak. Míg a felépülő megtanulja a megadó várakozást, a „Lassan siess!” filozófiáját, addig a szerhasználó kapkod, „multitaskingol”. Múltbeli tapasztalatai reflektálatlanul maradnak, kaotikusak, így képtelen előrevetíteni a jövőt. (B. Erdős és mtsai., 2009)

A multinacionális kapitalizmus arctalan rendszereihez az internet anonimitása társul, ahol potenciálisan az egész világ az ismerősöd, de kényelmetlenségek esetén bárki letiltható. A kapcsolatokban eluralkodik a hasítás és a tökéletesség illúziója: a hiba, a kapcsolati probléma kijavítása nem érték többé. Míg korábban a tehetség, a szépség, vagy bármilyen emberi érték mércéje a személy kisközössége volt, mára a viszonyítási pont a globalizált világ lett, a vágyott tökéletesedés útján pedig hathatós támogatást nyújthat valamilyen csalásra, illúziókeltésre alkalmas szoftver. A szimulációt realitásként, mégpedig hiperrealitásként fogadjuk el: következményei valóságok, ám az efféle valóság túl van azon a realitáson, amelyet a modernitásban valóságnak gondoltak. Így a jó fogyasztók például a nemi és életkori, invazívnak nevezhető szerepek elsajátítása során a reklámok és szappanoperák, valóságshow-k létrehozta „realitáshoz” igazítják életük hétköznapi realitását. (Firat, 1991) Egyfajta ellenpontként a hétköznapi, sőt a tehetségtelent és a hamisat glorifikáló média-termékek szolgálnak, amelyek nem jelentenek valós alternatívát, ehelyett az értékzavart fokozzák tovább. Minden korszak kitermeli a maga sajátos patológiáját, amely eltúlzottan, karikatúraszerűen a mögöttes karakterstruktúrát jeleníti meg. (Lasch, 1979, idézi Reith, 2004) Korunk igazi hőse a szimulált hiperrealitásban otthonos szuperfogyasztó, a szerhasználó.

Az addiktív fogyasztói magánytól a közösségi válaszokig

A fogyasztói világban szinte úgy tűnik, hogy a személy többé nem dönthet a fogyasztás felől, hanem arra kényszerül. A szerhasználat esetében megtörténik az árucikk démonizációja, az erős anyaggal szemben a gyenge ember áll. A helyzet kapcsán kialakuló morális pánik kétélű fegyver: egyfelől, ha a társadalom figyelme erőteljesen az adott kérdésre irányul, létrejöhetnek adekvát válaszok is; másfelől azonban, egyfajta választóvízként, gyakran éppen a negatív reakciók teszik értékesé az adott szabályszegő viselkedést egyes csoportok szemében. A designer drogok előretörése mellett egyes számítógépes játékok, mint például a Grand Theft Auto (GTA), remek példái annak, miként válik árucikké maga a deviancia. (Howard, 2004)

Az ártalomcsökkentés paradigmáját lassan a felépülési modell váltja fel; ennek hátterében lehetnek morális megfontolások, pénzügyi korlátok; de akár a kérdés is, hogy miként tehetünk hatékony intervenciós lépéseket, ha láthatóan egy bizonyos, bemeneti vagy kiinduló szinten éppen az ártalom az, amire a drogfogyasztók vágnak, amit értékesnek tekintenek.

Tart-e még az értelem keresése? Az ipari társadalmakban a „vallás a nép ópiuma”. A szellemi-spirituális „misuse” már kezdetét veszi, mert a hit tömegméretekben válhat célból pusztá eszközzé. Az addikció metaforájára épülő fogyasztói társadalomban egy közösségi oldal kommentelője szerint: „Fordítva is igaz: Az ópium a nép vallása...”⁷

Ha az addikciók problémája valóban szociokulturális problémaként értelmezhető, nincs, és nem is lehet rá hatékony egyéni válasz. Kultúraalkotásra csak közösség képes. Amikor a designer drogokkal kapcsolatosan a segítő szakma nemegyszer kifejezi saját tehetetlenségét, lényegében azt (is) kommunikálja, hogy a fogyasztói társadalom válságával szemben tehetetlen; és ez a helyzet valóban nem oldható meg valós társadalmi elköteleződés, erős közösségek működése nélkül. Arra van tehát szükség, hogy mindazok, akiket az adott probléma személyesen és mélyen érint, szövetséget kössenek egymással saját életük megváltoztatására. A globalizációval szembefordulva ma többnyire az elsődleges közösségekből nyerhető identitásokat hangsúlyozzuk (lokális, etnikum, család). Ugyanakkor korunkban éppen ezeknek a hagyományos intézményeknek az ereje kérdőjeleződik meg. Bármilyen nagy a kísértés, nem lehet egyszerűen visszafordulni, kiegészítő válaszokra is szükség lehet, olyanokra, amelyek innovatívan konzervatívak: megőrzik, ami ma is jól működhet, és megújítják mindazt, ami nem.

A történelem során a kultúraváltoztató mozgalmak sikerének záloga a komplementer jelleg volt, amikor egy közösség a saját hiányaira reflektálva újította meg lehetőségeit. Így a szociálpolitikai ellátórendszerek kialakulása előtt megalakuló szekták az egzisztenciális biztonságot teremtették meg tagjaik számára, a hetvenes évek kommunái pedig identitásműhelyként funkcionáltak. (Kephart & Zellner, 1993) A ma megalakuló kommunák főként az ökológiai és társadalmi fenntarthatóság kérdéseivel foglalkoznak. Hasonló céllal jött létre az ún. „slow” mozgalom, amelynek lényege éppen az a sebességváltás, ami a fogyasztói társadalomban gyorsításaiból következő gondokat kezeli.⁸ A globalizált fogyasztói világ önpusztító tempót diktál, e gyorsulás következménye a feloldatlan stressz, a „tétlen rohanás” állapota, ami tömegméretekben károsítja az egészséget. A létrejövő állapotokat általában gyógyszerekkel

⁷ http://www.gyakorikerdesek.hu/kultura-es-kozosseg_vallas_1703409-a-vallas-a-nep-opiuma (Letöltve: 2014. 05. 13.)

⁸ <http://slowbudapest.com/slow-linkek/> (Letöltve: 2014. 05. 13.)

próbáljuk kezelni, éppen úgy, ahogyan a függő/problémás szerhasználó a maga érzelmi-kapcsolati problémáit.

A felépülő közösségek már nagyon régen gyakorolják a slow filozófiát. A már említett „Lassan siess!”, az „Egyszerre egy dolgot.”, valamint a nap huszonnégy órájának folyamatos tudatosítása egy másféle időkezelést, és ezzel együtt lélekkezelést, lélek-gondoskodást jelent. A felépülő szenvedélybeteg viszonyulása megváltozik a kontrollhoz is: képessé válik felismerni, hogy a fogyasztói szabadság illúzió. Megtanulja, hogy szabadságát saját korlátainak felismerése és az önccsalástól való szabadulás adhatja meg. Tudja azt is, hogy az értelem keresése, azaz a spiritualitás megélése a felépülés királyi útja. Élettörténetének sorstársi közösségen belüli és azon kívüli újramondásával aktív résztvevője saját és sorstársai felépülésének, mert önreflektivitásra való hajlandósága és képessége folyamatosan fejlődik.

Ezek az önszolgáltató közösségek elvitathatatlan sikereik miatt felkeltették a segítő rendszerek képviselőinek, finanszírozóinak figyelmét is. A kommodifikáció tehát reális veszély (Kelemen, 2014), amelytől azonban megóvhatják őket azok a hagyományok, amelynek értelmében önfenntartó, autonóm módon élik az életüket, és saját deklarált céljaikon túl – legalábbis felépülői szerepükben – nem kapcsolódnak egyéb ügyekhez. (Madácsy, 2010) Nem kívánják megváltoztatni a társadalmat: de azzal, hogy mélyrehatóan megváltoztatják saját életüket, és egy humánusabb, őszintébb értékrendet követnek, utat mutathatnak azoknak is, akik a „normie” világ egyre égetőbb problémáira keresik a válaszokat.

Irodalom

- Bauman, Z. (2005). *Work, consumerism and the new poor*. Maidenhead: Open University Press.
- Beck, U. (1992). *Risk Society. Towards a New Modernity*. London: SAGE.
- Buda, B. (2009). Nem elég ezeket a dolgokat medikalizálni... *Korunk* 20 (7): 34-36. <http://korunk.org/?q=node/10873> (Letöltve: 2014. 05. 13.)
- Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P. & Árkovits, A. (2009). *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Budapest: Oriold.
- Dayton, T. (2009). Money Addiction. *The Huffington Post*, 28 June. http://www.huffingtonpost.com/dr-tian-dayton/money-addiction_b_221937.html (Letöltve: 2014. 05. 13.)
- Dunbar, R (2002). Vannak-e kognitív korlátai az e-világnak? (pp. 55-66) In: Nyíri, K. (szerk.). *Mobilközösség, mobilmegismerés. Tanulmányok*. Budapest: MTA Filozófiai Kutatóintézete.

- EMCDDA (2009). *Annual report on the state of drugs problem in Europe*. Lisbon.
- ErDOS, M. B., Kelemen, G. & Brettner, Zs. (2009). It is high time... Time experience of drug-dependent persons in recovery. *Journal of Groups in Addiction and Recovery* 4 (3): 202-218.
- ErDOS, M. B. & Kelemen, G. (2011). The Finite Universe: Discursive Double Bind and Parrhesia in State Socialism. *History of Communism in Europe 2*: 281-308.
- Frankl, V. (2006). *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Budapest: Jel Kiadó.
- Firat, A. F. (1991). The Consumer in Postmodernity. *Advances in Consumer Research* 18: 70-76.
- Griffin, E. (2001). *Bevezetés a kommunikációelméletbe*. Budapest: Harmat.
- Gyulai, I. (2012). *A fenntartható fejlődés*. Miskolc: A Fenntartható Fejlődését Alapítvány.
- Hajnal, K. (2004). *Gondolatok a világ-korszakváltásról*.
<http://www.pointernet.pds.hu/ujzagok/evilag/2004ev/07/2007030220492378300000676.html> (Letöltve: 2014. 05. 13.)
- Horányi, Ö. (1999). A kommunikációról (pp. 22-34). In: Béres, I. & Horányi, Ö. (szerk.). *Társadalmi kommunikáció*. Budapest: Osiris.
- Kelemen, G. (1999). Alkoholizmus, szenvedélybetegség és erőszak a családban (pp. 169-189). In: Koltai, M. (szerk.). *Családorientált gyógyítás az alapellátásban*. Pécs: POETK.
- Kelemen, G. (2014). The Courage of Subjectivation in Personal Recovery. Foucault's Unfinished Business. *Szociális Szemle* 7 (1): 6-16.
- Lakoff, G. (1993). The Contemporary Theory of Metaphor (pp. 202-252). In: Ortony, A. (ed.). *Metaphor and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Madácsy, J. (2010). Közelítések és értelmezési keretek az Anonim Alkoholisták etnográfiai és kulturális antropológiai kutatásában (pp. 158-168). In: Mészáros, J. & Harcsa, I. (szerk.). *A krízis mint esély. Andorka-konferencia*. Budapest: Barankovics István Alapítvány – Gondolat Kiadó.
- Moscovici, S. (2002). *Társadalomlélektan*. Budapest: Osiris.
- Nyíri, K. (1998). Globális társadalom és lokális kultúra a hálózottság korában. *Magyar Tudomány* 43 (11): 1286-1297.

B. ERDŐS MÁRTA: AZ ADDIKCIÓ MINT A FOGYASZTÓI TÁRSADALOM...

- Nyíri, K. (1999) Castells: The Information Age. Könyvismertetés. *Replika* (36): 157-181. http://www.hunfi.hu/nyiri/cast_hn.htm (Letöltve: 2014. 05. 13.)
- Péley, B. (2002). *Rítus és történet. Beavatás és kábítószeres létezmód.* Budapest: Új Mandátum.
- Rácz, J. (2006). Biopolitika (pp. 15-34). In: Bíró, J. (szerk.). *Biopolitika – Drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről.* Budapest: L'Harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar.
- Rácz, J. & Kaló, Zs. (2009). Metaforák és pszichoaktív anyaghasználat. *Korunk* 20 (7): 14-22. <http://epa.oszk.hu/00400/00458/00151/indexfc29.html> (Letöltve: 2014. 05. 13.)
- Reith, G. (2004). Consumption and its discontents: addiction, identity and the problems of freedom. *The British Journal of Sociology* 55 (2): 283-300.
- Tari, A. (2010). *Y-generáció.* Budapest: Jaffa Kiadó
- Turner, V. (1982). *From Ritual to Theatre.* New York: PAJ Publications.
- van Dijk, T. A. (2009). Critical Discourse Studies: A Sociocognitive Approach (pp. 62-85). In: Wodak, R. & Meyer, M. (eds.). *Methods of critical discourse analysis.* London: Sage.
- Végh, L. (2008). A világunkat sújtó pénzfüggőség. *Élhető Élet egy emberibb jövőért.* <http://www.elhetolet.hu/a-vilagunkat-sujto-penzfuggoseg> (Letöltve: 2014. 05. 15.)
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1990). *Változás. A problémák keletkezésének és megoldásának elvei.* Budapest: Gondolat.
- Zonda, T. & Veres, E. (2004). Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970-2000). *Addiktológia* 3 (1): 7-23.

A Megálló Csoport Alapítvány bemutatása

BRÁVÁCZ BALÁZS

A „Megálló” kialakulása és története

A Megálló Csoport – mint a Belvárosi Tanoda Alapítvány munkacsoportja – 1997-ben kezdte el a működését. A munkacsoport létrehozását az alapítványi gimnázium látószögébe került droghasználó fiatalok száma és aránya, illetve ezek ugrásszerű növekedése indokolta. A kezdeményezés feladata az volt, hogy átfogóan értékelje, és szükség szerint újraértelmezze az Alapítvány szenvedélybeteg, illetve szenvedélybetegség tekintetében veszélyeztetett fiatalokkal való munkáját. Ennek eredményeként a Megálló Csoport egy olyan speciális oktatási programmal egybekötött nappali, pszichoszociális rehabilitációs modell kidolgozására és megvalósítására tett kísérletet, melyben a személyközpontú, segítő-fejlesztő pedagógia egybeforr egy terápiás közösség célkitűzéseivel.

Az alapos, szakmai előkészítő munkát követően a Megálló – mint a Belvárosi Tanoda kihelyezett tagozata – 1998-ban nyitotta meg kapuit Budapesten, a VIII. kerületi Szigony utca 37. szám alatt. A Győrik Edit és Olasz Csaba által vezetett projekt elsősorban azokat a középiskolából kimaradt és rendszeresen kábítószer fogyasztó fiatalokat célozta meg, akikről más oktatási intézmények már lemondtak, illetve akik támogatásában az ellátórendszer tehetetlennek bizonyult. A Tanodában kikísérletezett és bevált tanítási módszert a Megálló egy olyan komplex, színházterápiás elemeket is tartalmazó terápiás programmal ötvözte, melyben a rekreáció mellett a ház üzemeltetése és fenntartása is kiemelt szerepet kapott. Az elkötelezett stábjában – pedagógusok és szociális munkások mellett – főképp olyan talpra állt szenvedélybetegek kaptak segítői feladatot, akik a komlói Leo Amici Alapítvány bentlakásos terápiás intézményéből kerültek ki.

Az önszervezés elve és gyakorlata szerint működő terápiás közösség szolgáltatásai és célcsoportja az évek során jelentősen kiszélesedett. A nyitott közösségi ház szerepét is felvállaló Megálló nemcsak a megelőzés-felvilágosítás terén vállalt különleges szerepet, hanem kiterjedt és folyamatosan bővülő kapcsolatrendszerének köszönhetően hamar egy olyan információs pontja lett Budapestnek, amely a szenvedélybetegek széleskörű és egyedi igényeire is reagálni tudott.

Az időközben jelentős hazai- és nemzetközi tapasztalatokra szert tevő szerveződés – finanszírozási szempontokat is figyelembe véve – Megálló Csoport Alapítvány Szendvedélybetegekért néven 2005-ben vált önálló szervezetté. A Mihaldinecz Csaba – a Leo Amici terápiás közösség

programvezetője – által alapított, kiemelten közhasznú alapítvány ezzel párhuzamosan egy olyan tanulási és fejlődési pályára állt, aminek köszönhetően egy rugalmas, innovatív és egyben holisztikus jellegű intézménnyé fejlődött.

A Megállónak hosszú éveken át otthont adó Szigony utcai bázis a 2000-es évek végén került a Józsefvárosi Városfejlesztési Program látóterébe. A bontásra ítélt ingatlan az Alapítvány költözését tette szükségessé. Az önkormányzat által felkínált ingatlan szemügyre vétele, és egyéb lehetséges bérlemények felkutatása után a Megálló 2011-ben költözött át a kliensek és segítők által közösen felújított József utca 49. szám alatt működő, új közösségi házba.

Az immáron 16 éves múltra visszatekintő intézmény az elmúlt években – a változó igényekre is reagálva – jelentős személyi és szervezeti átalakuláson ment keresztül, de gondolatiságát, küldetéselvét és hitvallását máig megtartotta.

A segítő modell

A Megálló a stigmatizáció áldozataival dolgozik. Olyan emberekkel, akik önismereti, szociális vagy életvezetési hiányosságai miatt képtelenek megfelelni a társadalom által elfogadott normáknak, akik az élet nevű játékban nem értik a szabályokat, akik annak vesztesei, vagy abban éppen vesztesre állnak. A Megálló terápiás közösség mindenkor célja egy olyan biztonságos szocializációs terep kialakítása, melyben a hozzá segítségért forduló újratanulhatják szociális készségeiket és kompetenciáikat, fejleszthetik személyiségüket, valamint újjáalakíthatják kapcsolatrendszerüket.

A Megálló meggyőződése, hogy a drogfogyasztás – mint minden más deviancia-probléma – csak tünet, melynek háttérében jellemzően bizonytalanság, valamint számos vélt vagy valós probléma megoldatlansága, és egyéb rendezetlenség áll. Éppen ezért nem a kábítószer, hanem az ember, a teljes személyiség áll érdeklődése középpontjában: őt próbálja megérteni és változásában támogatni.

A terápiás közösség essenciája maga a csoport, amely a legfőbb tanító és gyógyító erő is egyben. A terápia meghatározó hatáselemei a segítő-fejlesztő pedagógia, a különféle szociális szerepekben való részvétel, a szerepmodellként szolgáló felépülő szenvedélybetegek, a közösség és az egyén közötti folyamatos interakciók, a rendszeres visszajelzések, az őszinte és nyílt kommunikációra lehetőséget biztosító közeg, valamint a világos és egyértelmű keretek, melyek összhatása segíti a klienseket reális önértékelésük kialakításában, önbizalmuk helyreállításában, egyszerre érzelmi érésük és a tudatosságuk növelésében.

A Megállóba való belépésnek és a házban való tartózkodásnak nem feltétele az absztinencia, de a házirend betartása – mely többek között a legális és illegális kábítószeres és gyógyszerek fogyasztásán túl tiltja az erőszakos viselkedés

valamennyi formáját, és védi a személyiségi jogokat – minden személyre kötelező érvényű.

A Megálló komplex és tematikus programja pszichiáter-addiktológus szakorvos által végzett rendszeres állapotfelmérést, szociális ellátást, valamint képzést, fejlesztést és utógondozást foglal magában. A nem statikusan egymásra épülő, hanem egymással kölcsönhatásban érvényesülő programegyüttes egyaránt tartalmaz pszichoterápiás és szociális, valamint speciális oktatási, továbbá munkaterápiás és rekreációs elemeket. A Megállóban elsődleges szempont, hogy mindenkivel az egyéniségéhez és személyiségéhez legjobban igazodó terápiás programot dolgozzanak ki, figyelembe véve az illető élethelyzetét, pillanatnyi lehetőségeit, készségeit és képességeit.

Kulcselemek

Pszichoterápia és szociális csoportmunka

A csoportterápia elsődleges célja és feladata, hogy a csoporttagok egymás támogatásával, tapasztalatok cseréjével, gondjaik és örömeik megosztásával átsegítsék egymást a hétköznapi nehézségein, valamint erősítsék kötődésüket, és tudatosítsák egymásban fejlődésük értékét és fontosságát.

A külön a kliensek és hozzátartozók számára működtetett csoportokat tapasztalati szakemberek, azaz talpra állt szenvedélybeteg segítők és szakképzett munkatársak közösen moderálják, irányítják. A sorstársak alkotta csoport szokatlanul hiteles tükröt tart az egyes résztvevők elé. Ezek az olykor könnyörtelennek tűnő, őszinte visszajelzések jelentik a csoport hatékonyságának alapját. A körben ülve mindenki mindenkit lát és „érez”. Az elkeseredett, magányos és kapkodó döntések helyébe a csoport kollektív ereje és bölcsessége lép.

Speciális oktatási program

A deviancia-problémával küzdő, középiskolás korú fiatalokat célzó oktatási programban elsődleges szempont a személyre figyelő attitűd. A segítő pedagógia célja, hogy az érettségire való felkészítéssel párhuzamosan segítse a diákokat reális önértékelésük kialakításában és az önbizalmuk növelésében, helyreállításában.

Az iskolában a tananyagot nem évfolyamokra, hanem tematikus kurzusokra bontják. Az oktatás kiscsoportos és egyéni foglalkozásokban történik, sok személyre szabott feladattal. A Megállóban tanuló fiataloknak negyedévenként rendezett vizsgákon kell számot adniuk tudásukról és vizsgázási képességeikről. Az érettségiig számos ilyen vizsgán vesznek részt, így egyfajta rutinra tesznek szert.

Az érettségi vizsga letételére a Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnáziumban kerül sor, független vizsgabizottság előtt. A sikeres érettségi nem csupán azt igazolja, hogy a fiatalok elsajátították a tantárgyi követelményeket, hanem annak is mutatója, hogy érettek arra, hogy elkezdjék önállóan és felelősségteljesen építeni életüket.

Munkaterápia

A reintegrációs törekvések egyik fő eszköze a szociális foglalkoztatási program. Ennek célja, hogy az ellátott személyek olyan munkahelyi környezetben dolgozhassanak, ahol tudatos életmódjuk kialakítása és fenntartása mellett olyan kompetenciákat sajátíthatnak el, melyek segítségével nagyobb eséllyel tudnak a későbbiekben munkát vállalni a nyílt munkaerőpiacon. A fejlesztő-felkészítő szociális foglalkoztatási forma *A munka törvénykönyve* szerinti munkaviszony, a munkavállalók államilag támogatott munkabért kapnak.

Félutas program

A félutas program lényege, hogy a bentlakásos rehabilitációs intézményi kezelés után, de az intézményről való teljes leválás előtt „félúton” beiktasson egy elemet, ahol mindkét „világ” hatásrendszere érvényesül. A Megálló által biztosított, félutas lakásban egyidejűleg több felépülőben lévő szenvedélybeteg gyakorolhatja az önálló, józan és felelősségteljes életvitelt. Az utógondozás – mely az AA és NA csoportokra is támaszkodik – magában foglalja a tartós józanság megőrzésének támogatását és a visszailleszkedés segítését, vagyis a munkakeresés és a tanulmányok folytatásának előmozdítását.

Rekreáció

A szabadidő tudatos és kulturált eltöltését célzó tevékenységek biztosítása a kezdetektől fogva az egyik legmarkánsabb stílusjegye a Megállónak. A rendszeres és elsősorban a mozgás öröme építő, továbbá művészet-, élmény- és rizikóterápiás elemeket is tartalmazó foglalkozások segítségével a résztvevők olyan új érzéseket és felfedező élményeket élhetnek át, amelyek egyszerre váltanak ki sikerélményt és megelégedettséget. A modellként is szolgáló tevékenységeknek kulcsszerepük van az ellátottak jó közérzetének és egészségének a megszilárdításában. A belemerülést és koncentrációt igénylő foglalkozások célja továbbá, hogy a többségében csuda kalandokra vágyó, de jellemzően unatkozó és magányos emberek megtanuljanak tudatosan és kreatív módon gazdálkodni a szabadidejükkel.

Az utcai edzés alkalmazási lehetősége a drogprevencióban és a pszichoszociális készségfejlesztésben – megfontolások az éjszakai sport tapasztalatai alapján

Street workout as a possible method in substance abuse prevention and psychosocial skills training – transferring the lessons learnt from previous night sports programs

MADÁCSY JÓZSEF & MÁTÉ ZSOLT

Összefoglalás

A tanulmányban röviden összefoglaljuk az éjszakai sport nemzetközi, hazai, illetve pécsi fejlődését és tapasztalatait, majd bemutatunk egy hazánkban viszonylag újnak, felfutóban lévőnek mondható mozgásformát, az utcai edzést. Ezt követően sorra vesszünk néhány alapvető megfontolást azzal kapcsolatban, hogy milyen szempontokat érdemes figyelembe venni az utcai edzésre alapozott, devianciaprevencióra és pszichoszociális készségfejlesztésre irányuló programok tervezése során. E megfontolások célja, hogy ehhez a mozgásformához kapcsolódóan új, a fiatalok szubkultúrájával kompatibilis, költséghatékony lehetőséget vázoljon fel, amely bővítheti a magyarországi szociális munka eszköztárát, kiegészítheti a már működő prevenció sportprogramokat, vagy egyes helyeken betöltheti az űrt, melyet korábbi, költségesebb programok megszűnése hagyott maga után.

Kulcsszavak: utcai edzés – éjszakai sport – drogprevenció – devianciaprevenció – pszichoszociális készségfejlesztés – utcai szociális munka

Abstract

Authors present a brief summary and evaluate international, national and local developments and experiences in late-night sports programs for young persons. Street workout is a recent initiative in Hungary which is currently gaining popularity. Authors elaborate on fundamental aspects of planning deviance prevention and psychosocial skills training programs. Related to street workout, they outline a new possibility which is cost-effective, and is also compatible with youth subcultures. Street workout can become a new tool for Hungarian social work and complement existing prevention sports programs; or fill the space that was left when earlier and more costly programs were stopped.

Keywords: street workout – late-night sports – substance abuse prevention – deviance prevention – psychosocial skills training – street social work

Előzmények

A sportnak és a drogprevenciónak – tágabb szemléleti perspektívában devianciaprevenciónak – mindig is megvolt a természetes kapcsolódása egymással. A rendszeres sportolás, noha szélsőséges esetben maga is válhat addikcióvá, jelentős védőfaktor is lehet a legkülönbözőbb tudat- és hangulatmódosító szerek és viselkedések kóros használatával és egyéb deviáns magatartásformákkal szemben. Számos lehetséges haszna között említhető stresszoldó hatása, egészségesebbé tehet, közösségbe integrál, egyaránt fejlesztheti az önmegvalósításhoz és a másokkal való kooperációhoz szükséges készségeket, célokat adhat, és nem utolsó sorban strukturálja az időeltöltést. Abban a heti hat, tíz vagy akár több órában, amíg valaki sportol, nem lófrál céltalanul, nem veri be a kirakatokat, nem lop meg másokat, és jó eséllyel nem „drogozik”. (Bíró, 2006; Mikulán, Keresztes & Pikó, 2010)

Ezeknek az összefüggéseknek a felismerése az 1980-as évek Amerikájában olyan kezdeményezésekhez vezetett, mint az Éjféλι Kosárlabda Bajnokság (Midnight Basketball League, MBL), amely abból az egyszerű tényből kiindulva, hogy a 17-25 év közötti fiatalok bűnelkövetései zömmel a 22 óra és 02 óra közötti időszakra esnek, „rászervezte” a maga kínálta sportrendezvényeket a kritikus idősakra, s ezzel a bűnözés mértékének jelentős csökkenését érte el. Az eredetileg Glen Ardenből (Maryland) indult program 2010-ben már az USA 21 városában működött, s elsősorban afro-amerikai fiatalokat sikerült bevonni. Az elemzések szerint a program sikerességének oka nem egyszerűen az, hogy egy köreikben nagy népszerűségnek örvendő alternatív elfoglaltságot nyújt a fiataloknak, hanem hogy ösztöndíjjal egyszersmind vonzó karriert is kínál, szabálykövetésre nevel, illetve kiegészül egy szociális-életvezetési, egészségnevelési és prevenciós műhelymunkával, amelyen a játékkalkalmak előtt kötelezően meg kell jelenni. Az MBL-hez hasonló az 1990-es években Richmondban (Virginia) indított, hátrányos helyzetű fiatal populációt megcélzó RMBL program, amely a szabadidő-eltöltés mellett, ugyancsak műhelymunka keretében, életvezetési tanácsadást végez, illetve elősegíti az iskolai hátrányok leküzdését. Mindez esetmenedzseri munkával is kiegészül, amelyben segítő szakemberek a programba bevont fiataloknak egyéni szükségleteik szerint nyújtanak tanácsadást. Hasonló, az éjszakai kosárlabda köré szerveződő kezdeményezések megvalósultak Angliában és Ausztráliában is. Az ausztrál változatban (Midnight Basketball Australia, MBA) a programhoz kapcsolódó kötelező fejlesztő workshopok a következő témákat tartalmazzák:

- egészséges táplálkozás, egészségtudatosság,
- elhanyagolás, bántalmazás és önkárosítás,
- agresszió-kezelés,
- konfliktuskezelés és kommunikáció,
- döntési és problémamegoldó készségek,
- önismeret, önbizalom, önbecsülés,

- társadalmi tudatosság,
- kulturális- és környezettudatosság,
- pénzügyi műveltség,
- álláskeresési készségek.

A tapasztalatok szerint az MBL-be bevont játékosok mintegy 3-4 évig maradnak a programban. A nemzetközi, illetve hazai gyakorlatban természetesen kampány jellegű, egészségpromóciós sportesemények is elterjedtek, a kutatások szerint azonban ezeknek az egyszeri rendezvényeknek – szemben a folyamatosan működő programokkal, pl. az atlantai MBL-lel, melynek köszönhetően 40%-kal csökkent a bűnözés 1994 és 1999 között – nincs számottevő devianciaprevenciós hatásuk.

Magyarország sem maradt adós a prevenciós cézzal indított sportprogramokkal. Budapesten az 1990-es évek elején, a Vasvári úti Gyermekek Rendelőintézetben állították fel az első éjszakai sportolásra szánt pingpongasztalt. Kezdeményezője, Dr. Faragó Sándor úgy vélte, hogy ez a sport többszörösen is megfelelő: nem jár együtt agresszióval, és a meccsek közötti időszakokban jó beszélgetési lehetőség nyílik. A kezdeményezésből hamarosan klubhálózat lett, majd 1999-ben Szentendrén megalakult a hálózat koordinálására hivatott Magyarországi Éjféλι Sportbajnokság Egyesülete (MÉSE). A MÉSE az ország 16 megyéjében igyekszik cigaretta-, alkohol- és drogmentes éjszakai időeltöltési lehetőséget biztosítani a 12-25 év közötti hátrányos helyzetű fiataloknak. Egy másik kezdeményezés, a Jövőbarát Alapítvány által működtetett Éjféλι Sportbajnokság (ÉSB) ugyancsak a hátrányos helyzetű, kallódó, csellengő ifjúságot célozza meg drogmentes környezetben rendezett „becsalogató” sportprogramjaival. További gondolatmenetünk szempontjából is lényeges utalni arra, hogy a Jövőbarát Alapítvány 2008-tól szélesítette repertoárját, s napközbeni ellátást is végez.

Pécs városában a King Baudouin Alapítvány közép-kelet európai Utcagyerek Programja nyomán indult a fentiekhez hasonló kezdeményezés az 1990-es évek végén, éspedig a Settlementért Meszesi Szociális Alapítvány csatlakozása révén, melyet később a SZER-K.O. váltott fel. Az így elinduló Éjszakai Pingpong Klubban a pingpongozás mellett csocsózásra és darts játékra, illetve szociális munkásokkal és szociális munka szakos hallgatókkal folytatott segítő beszélgetésekre is volt lehetősége a programba bevont fiataloknak. A későbbiekben a pécsi éjszakai sport a MÉSE hálózat tagjává vált. A pécsi tagszervezet markáns jellemzője volt, hogy a „családsegítő”, pszicho-szociális beállítódású irányzatot követte, lévén, hogy elsősorban családsegítő- és gyermekjóléti szolgálatban dolgozó szociális munkások vitték a programot. A 2000-es évektől a Szerva Egyesület, ezt követően pedig a Szigetvári Kultúra és Zöld Zóna Egyesület Grundsuli projektje vette át a projektet, együttműködésben a Szerva Egyesülettel, az INDIT Közalapítvánnyal és az Esztergár Lajos

Családsegítő Szolgálattal. A kertvárosi helyszínnel működő program célja a bűnmegelőzés, a pszicho-szociális és életvezetési problémák kezelése, illetve a korai kezelésbe vétel volt. A program 2008-ban a forráshiány miatt megszűnő kezdeményezések sajnálatos sorsára jutott. 2009-ben az INDIT Közalapítvány vette át a stafétát a TÁMOP finanszírozású Éjjeli Kikötő program elindításával. E program a szerhasználat és bűnözés tekintetében veszélyeztetett 12-24 év közötti fiatalokat célozta meg. Két helyszínen, Uránvárosban és Kertvárosban nyújtott komplex szolgáltatást a fiatalok szabadidő-eltöltés szempontjából kritikus időszakában, péntek és szombat estéknként, 18 és 02 óra között, a következő programelemekkel:

- megkereső munka,
- sporttevékenységek (pingpong, kosárlabda, teremfoci, csocsó),
- egyéb szabadidős tevékenységek (rajz, kreatív tevékenységek, társasjátékok, filmklub),
- pszicho-szociális beavatkozások (egyéni beszélgetések, csoportos foglalkozások),
- információnyújtás, felvilágosítás,
- étkeztetés (főként nagyobb szabású rendezvényeken).

A fentiekből kiemelendők a csoportos műhelymunka főbb tematikus elemei, mint az egészségtudatosság fejlesztése (táplálkozás, nemi betegségek megelőzése, drogprevenció), a családi kapcsolatok, agresszió- és stresszkezelés, döntéshozatal és problémamegoldás, álláskeresési készségek, jogi alapismeretek, társadalmi tudatosság, fogyasztói intelligencia fejlesztése. A két helyszínen szerzett eltérő tapasztalatok lényeges fogódzókkal szolgáltak a program erősségeinek és problémáinak értékelése során. Úgy tűnik, különös gonddal kell kiválasztani a helyszíneket, ügyelve arra, hogy azok frekventált, a fiatalok által preferált, illetve mozgásuk során útba eső helyeken legyenek. Kitűnt, hogy a teremsport-rendezvények látogatottsága a nyári időszakban minimálisra redukálódik, amikor a célcsoport tagjai szívesebben tartózkodnak a szabadban. Számolni kell a sporteszközök meglehetősen gyors – távolról sem vandalizmusnak, hanem a rendeltetésszerű használatnak köszönhető – amortizációjával. Ajánlatos erősen redukálni a programban megjelenőket terhelő, igazolások beszerzését előíró adminisztrációt, s az adminisztratív tevékenységet a szolgáltatás igénybevevői jellegzetességeinek feltérképezésére, illetve a segítő munka – és programértékelés – támogatására szorítani. Figyelemre méltó tapasztalat, hogy érdemes támaszkodni a klientúra saját erőforrásaira. A célcsoport kulcsembereinek megtalálása és bevonása például jelentősen megnövelte a programmal kapcsolatos információátadás hatékonyságát, elősegítette a rendezvények lebonyolítását. Különösen értékesek a szolgáltatást igénybevevő fiatalokkal folytatott beszélgetések során összegyűlt tapasztalatok, amelyek gyakran előforduló probléma- és

kérdéstípusok formájában rajzolódtak ki, s lényeges támpontokat nyújtanak a hasonló jellegű jövőbeni programok, intervenciók tervezésében:

- családi problémák: családi traumák (halálesetek, tartós betegségek), válás, elhanyagolás, nem megfelelő öltözet és táplálkozás, bántalmazás, munkanélküliség és anyagi problémák, lakhatási problémák, eladósodottság, alkoholproblémák, gyermekjóléti szolgálattal való negatív tapasztalatok;
- párkapcsolati problémák, szexualitás;
- iskolai problémák;
- beilleszkedési problémák, kívülállás, elmagányosodás;
- agresszió, kortárs csoporton belüli bántalmazás és iskolai pszichoterror (bullying);
- kriminalizáció: főként lopások, rongálások, verekedések miatti rendőrségi ügyek;
- kockázatok, balesetveszélyes helyzetek keresése;
- önértékelési problémák;
- testképzavar, különösen a lányoknál;
- autoagresszió: falcolás, önégetés, sérülések tudatos okozása;
- öngyilkossági gondolatok és krízis;
- alvászavarok és rendszertelen, nem elegendő pihenés (tévénézés, számítógépezés, túlzott koffeinfogyasztás);
- szerhasználat: elsősorban alkohol (gyakran energiatallal keverve), kannabisz, amfetamin, energiatallal (túlzott fogyasztása rendkívül elterjedt), cigaretta, vízipipa (utóbbi az ártalmatlanság téveszméjével kísérvé);
- számítógép-használat, mértéktelen online és offline játék és járulékos következményei;
- pályaválasztási, pályakezdési kérdések, nehézségek;
- gyakori negatív jövőkép, motiválatlanság, a tanulás elutasítása, céltalanság. (Bíró & Máté, 2010)

Az Éjjeli Kikötő program összességében sikertörténetként jellemezhető. A kertvárosi helyszín – vélhetően félreeső voltának, nehezebb megközelíthetőségének köszönhetően – mérsékeltebb látogatottságot ért el, az uránvárosi helyszín viszont, különösen az őszi-téli időszakban magas látogatói forgalmat bonyolított, esténként olykor akár 100-120 fős részvételi arányt is elérve. A magas összegű terembérlési díjak, illetve a projekt lezárulásával jelentkező forráshiány miatt azonban 2010 után ez a program sem tudta tovább folytatni működését. Megszűnése űrt hagyott maga után.

Egy lehetséges „alternatíva”

Az alternatíva szó itt kétszeresen is idézőjelbe teendő. Egyrészt nem kívánjuk azt sugallni, hogy az Éjjeli Kikötő programot kívánatos lenne felcserélni más programokkal. Ellenkezőleg, azt tartjuk kívánatosnak, hogy ez a program ismét forrásokra leljen, és tovább folytathassa működését. Másrészt az is indokolja az idézőjel használatát, hogy a következőkben felvázolandó lehetőség nem csupán a hétvégi és éjszakai időszakokra tervezhető, illetve szemben az Éjjeli Kikötő teremsport jellegével, amely az őszi-téli időszakban vonz magasabb látogatottságot, szabadtéri jellegénél fogva valószínűleg nagyobb mértékben számíthatna inkább tavaszi-nyári látogatottságra.

Az új lehetőségek egyike minden bizonnyal a calisthenics alapú, azaz saját testsúllyal végzett utcai edzésben (street workout) rejlik.¹ Mint e lapszám egyik szerzője is említi (Radányi, 2014), az utcai edzés a New York-i gettóvilágból származik (innen a „gettógyúrás” elnevezés), mára azonban már sokrétű világmozgalommá nőtte ki magát, a legkülönbözőbb helyi szerveződésekkel, eseményekkel, illetve nemzetközi- és világversenyekkel. (Lovas, 2013) Az első hivatalos magyar csoport, a HunBars 2008 óta működik, s úgy tűnik, a mozgalom hazai népszerűsége folyamatosan növekszik. Ennek hozzávetőleges mutatója lehet, hogy a Street Workout & Calisthenics – Magyarország honlapján már több csapat található, s még inkább az a közel hétezer fő, aki a Ghetto Street Workout Magyarország Facebook-csoportjához csatlakozott. Pécsi viszonylatban a Bartendaz Hungary csoport is jelentősnek mondható a maga háromszáz Facebook-kedvelőjével. A mozgásforma vonzereje nagyrészt bizonyára rendkívüli egyszerűségében és hatékonyságában, költségkímélő voltában, illetve óriási fejlődési potenciáljában rejlik: fekvőtámasz, húzódkodás, tolódkodás, has-, törzs- illetve háterősítés és guggolás jelentik az alapokat, s az ezeken alapuló erőgyakorlatok végtelen módon, egyéni stílus szerint variálhatók, fejleszthetők akár akrobatikus nehézségű elemekké. A mozgalom irányzatai különböző ideologikus elemeket is tartalmazhatnak, mint az egészséges táplálkozás, vagy a kallódó fiatalok felkarolása, s a siker receptjéhez bizonyára az is hozzájárul, hogy az utcai edzés látványos, „menő”, azaz kompatibilis a fiatalok által képviselt szubkultúra számos elemével, illetve a fizikai erő kultuszával. Az utcai edzés voltaképpen bárhol művelhető, ahol a fent említett mozgások megvalósíthatók: betonon, földön, fákön, szőnyegporolonon,

¹ A következő felvetések, dilemmák az utcai edzés mellett számos olyan újabb, „trendi” mozgásformára is vonatkoztathatók, mint például az utcai parkour (városi akadályokon keresztül történő gyors és látványos haladás), vagy az utcán, természetben és teremben egyaránt végezhető TRX-es edzés – bár utóbbi eszközigényénél fogva némileg különbözik a másik kettőtől. Témánk szempontjából lényeges különbség, hogy ez a mozgásforma hordozható heveder segítségével, teljes testtel végzett ellenállásos edzés, amelynek gyakorlása a sportoló részéről egy relatíve drága heveder-eszköz megvásárlását feltételezi.

játszótereken, hogy csak néhány lehetőséget említsünk, de létesülnek olyan utcai sporteszközök is – Pécsen például a Nevelési Központ mellett –, amelyek kifejezetten e mozgásforma gyakorlását hivatottak elősegíteni.

A fenti leírásokból következik az utcai edzés és a megkereső, preventív és korai intervenciókat alkalmazó szociális munka természetes illeszkedésének lehetősége, melynek a teremsport jellegű éjszakai sporttal összevetve lehetnek előnyei és hátrányai, illetve a kettő között fennállhat egyfajta komplementaritás is. Kétségtelenül előnyt jelent olcsósága. Nem szükséges termeket bérelni, eszközökre alig kell beruházni. Használhatóak a város meglévő helyei, objektumai; illetve, ha kifejezetten ezt a mozgásformát elősegítő (felületesen mászókához hasonlítható) fémeszközök kerülnek telepítésre, az egyszeri, egy sportpályához képest alacsony létesítési költséget jelent, majd a továbbiakban csekély fenntartási (pl. festési) költséget. Ezek a tárgyak gyakorlatilag nem rongálódnak, amortizációs költség alig van. Tegyük hozzá ehhez, hogy az utcai edzés olcsósága, általános hozzáférhetősége még inkább előnyként jelentkezik az edzést végzők oldaláról, amely különösen lényeges szempont, ha figyelembe vesszük, hogy egy erre alapozott program legfontosabb célcsoportjai leginkább a hátrányos helyzetű, kallódó fiatalok lehetnek. Lehetséges nehézséget, kihívást jelent ugyanakkor, hogy szemben egy zárt térrel, teremmel, a nyílt utcai helyszíneken nehezebben biztosítható a szermentes közeg, illetve a folyamatok követése, „kontrollálása”. Az éjszakai sport esetében zárt területeken történtek eddig próbálkozások, azaz a szociális munkások voltak a „házigazdák”, így a szabályok, keretek felállítása és főként betartatása az ő feladatuk volt. Az utcai edzésre alapozandó programok azonban a klasszikus utcai munkához hasonlíthatnak, ahol a szociális munkás inkább „vendég”, s a bizalmi kapcsolat kialakítása is némileg eltér, több energiabefektetést igényel. Érdekes kérdés a közterület használata is, melynek tekintetében paradox helyzet lehet, hogy sokak számára éppen az underground jelleg izgalmassága a vonzó, így ennek elvétele, *mainstream* felé terelése elveheti e programok vonzerejét – mindazonáltal valószínűsíthető, hogy a valamelyest helyhez kötöttebb utcai edzés esetében jobbak az esélyek, mint a teljességgel mobilis parkour esetében. A közterület-használat kapcsán számolni kell a lakossági ellenállás lehetőségével is. Az ebből adódó nehézségek valamelyest tompíthatók horizontálisan zárt terekbe, pl. iskolaudvarokba vagy egyéb intézmények udvarába történő eszköztelepítéssel. Mint korábban említettük, a különböző típusú, teremben, illetve szabadban zajló sporttevékenységek elképzelhetők egy szélesedő palettát biztosító, egymást kiegészítő lehetőségek rendszereként, akár a fiatalok különböző érdeklődési területei, akár a nappal-éjszaka, a nyár-tél tengelyek mentén.

A továbbiakban, mintegy a fentebb felvetett szempontok összegzéseként, érdemes legalább vázlatosan felsorolni néhány előzetes megfontolást, amelyet érdemes lehet figyelembe venni egy az utcai edzésre alapozott, lehetséges

jövőbeni program tervezésekor. Előjáróban jegyezzük meg, hogy a sportolás mint védőfaktor egészséget előmozdító, illetve preventív célzatú támogatása jól illeszkedik a Nemzeti Drogellenes Stratégia szemléletébe, célkitűzéseibe. Alapvető kérdés, hogy az önmagától is fejlődő, saját útját járó mozgalom, illetve a szociális munka közötti illeszkedés miképpen alakítható ki. Még ha van is egyfajta természetes kapcsolódási lehetőség az utcán edző fiatalok, és az utcán megkereső munkát végző szociális munkások között, ennek működőképességét meg kell találni. Valószínűleg többféle, a helyi sajátosságokhoz igazított forma képzelhető el, melyek részletes módszertana pilot-projektekben, a gyakorlatban kipróbálva csiszolódhat ki. Lehetséges például egy teljesen nyílt színen elindított edzőmunka, amely a szociális munkástól vélhetően nagyobb fokú rugalmasságot, alkalmazkodást igényel, illetve udvarokba telepített eszközök esetén egy kontrolláltabb forma is. Mindkét esetben szükséges lehet egy heti edzésrend kialakítása.² Ahogy az éjszakai sporttevékenységek időszakainak meghatározásakor lényeges figyelembe venni, hogy mikor legjellemzőbbek a bűnelkövetések, szerhasználattal járó események, úgy az utcai edzés rendjének kialakításakor is figyelembe veendő devianciaprevenációs szempont azoknak a délutáni időszakoknak a meghatározása, amikor a fiatalok strukturálatlanul töltik az idejüket, csavarognak, „plázáznak”, tévét néznek, számítógépeznek etc. (Demetrovics, Paksi & Dúll, 2009; Kákai & Szabó, 2005) Az utcai edzés alkalmainak ugyanakkor nem feltétlenül kell a hétköznapi délutáni időszakokra korlátozódniuk, hiszen bemutató, illetve verseny jellegű események hétvégére és estére is szervezhetők. A tapasztalatok szerint igen lényeges, hogy a preventív célzatú sporttevékenységek rendszeres bemutatkozási, megmérettetési lehetőséget is biztosítsanak. Mint már említettük, e programok hatásosságának további feltétele, hogy pszichoszociális fejlesztő tevékenységekkel kapcsolódjanak össze. Ez sokféleképpen megvalósulhat, például mentorálás, az edzéseket megelőző, vagy más időpontokra ütemezett csoportmunka formájában, figyelembe véve a fiatalok szükségleteit, az esetükben fellépő tipikus problémákat. A „klasszikus” utcai szociális munka esetében eleve kérdés, hogy mit tud nyújtani a szociális munkás, különösen a kezdeti időszakban, mivel teszi vonzóvá szolgáltatását: gyakran nem elég, hogy szociális munkát végez, hanem a klienskör számára hasznos, egyéb szakértelemmel is rendelkeznie kell. Lehet például egy személyben szociális munkás és kerékpárszereléshez – vagy esetünkben az utcai edzéshez – értő szakember. Előfordulhatnak olyan pályázati programok, amelyek egy-egy szakember ilyen jellegű kettős szaktudásán alapulnak, ezekben az esetekben azonban dilemmát okozhat a programok fenntarthatósága. Az is elképzelhető,

² Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a közterületekre telepített eszközöket – a mozgalom szellemiségének megfelelően – ne lehetne szabadon, bármikor használni, ahogy azt sem, hogy valamely programba bevont fiatalok ne edzhetnének egyéb számukra megfelelő helyszíneken és időszakokban is.

hogy a szociális munkás és az edző különböző személyek. Ez esetben további szempontokat vehet fel mind az edzést vezető személyek, mind a szociális munkások és más segítő szakemberek bevonásának, képzésének, illetve az edző és a segítő szakember viszonyának, kompetenciahatárainak, szerepmegosztásának kérdése. Amennyiben eszközök telepítésére kerül sor, igen lényeges lehet egy ezeket megelőző igényfelmérés, illetve szociális térkép elkészítése, amely tájékoztatással szolgál a fiatalok preferált tartózkodási helyeiről, gyakran használt útvonalairól. Az Éjjeli Kikötő program tapasztalatai is egyértelművé tették a frekventált helyek kiválasztásának fontosságát. Nem kevésbé lényeges az edzéshelyszínek kijelölése vagy eszköztelepítés szempontjából annak figyelembe vétele, hogy célterületek elsősorban, bár nem kizárólagosan, a hátrányos helyzetűek által lakott, illetve látogatott helyszínek lehetnek. (Bíró & Máté, 2010; Sebestyén, Máté & Gondi, 2011)

Egy az utcai edzésre alapozott megkereső, prevenciós és pszichoszociális fejlesztő program tervezése során, sikerességét latolgatva biztató lehet a már említett körülmény, hogy ez a mozgásforma a (hátrányos helyzetű) fiatalok körében világszerte egyre népszerűbb, s miután „alulról induló” mozgalomról van szó, természetes módon fennáll egy eleve meglévő kulturális illeszkedés. A kallódó fiatalok megkeresése az utcán, a célcsoport természetes tartózkodási helyén történhet meg, amely a bizalomépítést követően további beavatkozási lehetőségeket teremthet meg. Esély van arra is, hogy a már meglévő magyarországi utcai edzést végző csoportokra mint erőforrásokra lehessen támaszkodni. S mindez olyan, a viszonylag alacsony költségeket messze meghaladó haszonnal kecsegtethet, mint a hátrányos helyzetű és/vagy kallódó fiatalok egészségfejlesztése, pszichoszociális fejlesztése, szerhasználatának prevenciója, korai kezelésbe vétele, illetve közösségi és társadalmi integrációja.

Figyelembe kell azonban venni az éjszakai sportprogramok tapasztalatait, jelesül, hogy a sportprogramok csak akkor mutatnak prevenciós hatást, és jelentenek védőtényezőt, ha megfelelnek az alábbi elvárásoknak:

- képesek elérni és bevonni a veszélyeztetett fiatalokat;
- folyamatosan, rendszeresen biztosított programok, tehát nem egyszeri vagy kampány jellegűek;
- kiegészítő pszichoszociális szolgáltatásokat is nyújtanak;
- a programban dolgozók és a felügyeletet biztosítók jól képzett felnőtt szakemberek (azonban legyenek közöttük olyanok is, akik életkorukat tekintve közel állnak a kamaszkorhoz, így ideális frissen végzett, illetve – akár részmunkaidős formában – végzős egyetemistákat is alkalmazni);
- a programot eredményértékelés, hatékonyságvizsgálat kíséri. (Trenz, 2004, pp. 4-6, idézi Bíró & Máté, 2006, p. 10; Rácz, 2001; B. Erdős, 2010)

Összességében véve szinte bizonyosnak mondható, hogy az utcai edzés mozgalmát össze lehet kötni a szociális munkával. A legizgalmasabb kérdés bizonyára az, hogy a gyakorlatban *hogyan* lehet ezt a lehető legoptimálisabban megtenni.

Irodalom

- B. Erdős, M. (2010). Értékelő kutatások a szociális szférában: A Trident-módszer. *Szociális Szemle* 3 (1): 30-40.
- Bíró, J. (szerk.) (2006). *Biopolitika – Drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről*. Budapest: L'Harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar.
- Bíró, Sz. & Máté, Zs. (szerk.)(2010). *Éjjeli Kikötő. Fiataloknak szóló ingyenes közösségi és sportprogramok módszertani füzet*. Pécs: INDIT Közalapítvány.
- Demetrovics, Zs., Paksi, B. & Dúll, A. (2009). *Pláza, ifjúság, életmód. Egészségmagatartás vizsgálatok a fiatalok körében*. Budapest: L'Harmattan.
- Kákai, L. & Szabó, A. (2005). *A pécsi fiatalok helyzete, életmódja 2005-ben. Szociológiai vizsgálat Pécs város fiatal lakosságának körében*. Pécs: Pólusok Társadalomtudományi Egyesület.
- Lovas, G. (2013). Világuralomra tör a magyar street workout. *Sport Géza*, június 3. http://sportgeza.hu/sport/2013/06/03/szarka_akos_street_workout/ (Letöltve: 2014. 04. 24.)
- Mikulán, R., Keresztes, N. & Pikó, B. (2010). A sport mint védőfaktor: Fizikai aktivitás, egészség, káros szenvedélyek (pp. 115-130). In: Pikó, B. (szerk.). *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. Budapest: L'Harmattan.
- Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020. Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen.* <http://emmiugyfelszolgalat.gov.hu/drogmegelozes/nemzeti-drogellenes/nemzeti-drogellenes-strategia> (Letöltve: 2014. 04. 25.)
- Radányi, N. (2014). Az egészség vagy, a mozgás gyógyszer. Invesztáljunk testünkbe! *Szociális Szemle* 7 (1): 57-60.
- Rácz, J. (2001). *A prevenció programok értékelése*. Budapest: Ifjúsági és sportminisztérium.

Sebestyén, E., Máté, Zs. & Gondi, J. (2011). *Módszertani levél a bevásárlóközpontokban, valamint lakótelepeken és azok környékén működtetett célzott prevenció programok fejlesztéséhez és megvalósításához*. Budapest: Magyar Addiktológiai Társaság – Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/modszertani_level_celzottprev.pdf (Letöltve: 2014. 04. 24.)

„Az egészség vagy, a mozgás gyógyszer. Investáljunk testünkbe!” – A pécsi „utcai” edzés bemutatása

RADÁNYI NORBERT

Az utcai edzés eredete



1. ábra. Hassan Yasin

A mozgásforma meghatározó stílusa az USA-ból, az amerikai gettókból, egyenesen az utcákról származik. A testedzésen túl, az utcákon eluralkodó problémák miatt elkallódott fiatalok és felnőttek elfoglaltságát is jelentette. A fölös energiák befektetését a mindennapi mozgásba koncentráta, ezzel is elősegítve, hogy a bűnözés, az alkohol vagy a drogok kevésbé legyenek destruktív hatással az emberekre. Ahogy azt már sok helyen olvashatjuk, a saját testsúllyal való erősítés nem új keletű dolog. Az emberiség már évezredekkel ezelőtt is végzett olyan gyakorlatokat, amelyek megkönnyítették a mindennapi munkavégzést, vadászatot, vagy a háborúban való részvételt. Éppen ezért nehéz ezt a mozgásrendszert bárhonnán is származtatni – talán nem is fontos. A csapatom

és én viszont egy adott személyt ismerünk el a mozgásforma rendszerének és ideológiájának megalkotójaként. Hassan Yasin (1. ábra), más néven GIANT volt az, aki a Bartendaz nevű csapatot megalkotta New Yorkban, Amerikában, sok évvel ezelőtt. A közösség eszmei hátterét a „GIANT Thinking” elnevezésű gondolkodásmód határozza meg, amelyet itt Magyarországon is igyekszünk követni, és a hozzánk csatlakozóknak átadni.¹ Ez motivál engem minden egyes nap, hogy tanítsam a fiatalabb nemzedéket a gyakorlatok helyes végrehajtására, és a fokozatosság elvének betartására. Nem járok versenyekre, mert nem saját magamat akarom felemelni, hanem másokat szeretnék erősebbé, ügyesebbé, egyszóval jobbá tenni. Ezt tartom feladatomnak, s ez sokkal nehezebb, több energiát és munkát igénylő kihívás. Miért is? Ha az izom-aktivitás alapja az agyműködés – márpedig ez így van –, akkor gondolkodjunk kicsit... Ha

¹ Érdekes, hogy bár sok országban, sok csapat használja a Street Workout (utcai edzés) fogalmat, a Bartendaz nem „ismeri” ezt a kifejezést. Felfogásuk szerint az „utca” szó jelentése negatív tartalommal bír, míg ők olyan ideológiát követnek, amely ennek épp az ellenkezőjét hangsúlyozza: a testmozgás fontosságát, nevelő, orientáló, személyiségformáló és egészségmegőrző hatását.

önmagunkon kívül, másoknak is segítünk, akkor nem „csak” a saját súlyunkat húzzuk fel, hanem – átvitt értelemben – a többi emberét is, magunkkal együtt! Segíteni másoknak, közösséget építeni! Ez csapatmunka! Ez ad összetartást és örömet!

A közös eszmei háttérre és hozzáállásra hivatkozva, egyeztetések után megalapítottam a Bartendaz Hungary-t, amely a fentebb említett New York-i Bartendaz anya-csapat részeként működik. Azonos elvek, azonos gyakorlati megvalósítás, oktatás, a fiatalok segítése, valamint a mozgásforma terjesztése – ezek azok a feladatok, amelyeket nap mint nap igyekszem ellátni.

Hazai történet



2. ábra. Edzés közben

Jómagam (2-3. ábra) nagyjából 6 éve fogtam hozzá a saját testsúlyos edzések általi erősítéshez, Mohácson, illetve Pécsen. Előtte konditermi edzéseket végeztem, mert kosárlabdáztam, s mellette fontos volt az erőnlét fejlesztése is. Már ekkor is gyakoroltam a húzódkodás technikáját, amelyet nálamnál régebben edző

ismerősöktől tanultam meg. Amikor nem volt időm lemenni a terembe, elkezdtem keresni, hogy szabad téren hol lehetne húzódkodni, fekvőtámaszolni. A lakásból kilépve nem is kellett több néhány lépésnél, rögtön egy szőnyegporlóba ütköztem, és kipróbáltam. Nagyon bevált a dolog, ezért nem is mentem máshova, hidegben, melegben egyaránt az utcán folytattam az edzéseimet, ekkor még egyedül. Nagyjából egy évvel később csatlakoztak hozzám páran, de nem sokáig voltak aktívak, így újra egyedül kellett edzenem. A mindennapi edzéseknek eredménye is volt: a napi 80-100 húzódkodás és fekvőtámasz nagyon megerősítette az izmait, és olyan ízületi mozgékonyt adott, amely kiváló alapot biztosított a nehezebb gyakorlatok ismétléséhez is. Később egy jó barátommal folytattuk az edzést. Ekkor láttuk meg a videókat egy internetes videomegosztó portálon. Az ott látott gyakorlatok nagyon nehéznek tűntek, ám volt néhány elem, amelyet már képesek voltunk végrehajtani a korábban évekig végzett edzéseknek köszönhetően. A saját edzéseimmel párhuzamosan egy másik fiú is elkezdett foglalkozni ezzel a mozgásformával, és Velencén alapított egy csapatot. Később egy nagy létszámú találkozón elkezdtünk beszélgetni, és beléptem a közösségbe. A folyamatos fejlődés közepette rengeteg esemény, fellépés, bemutató és TV-show, valamint rádióműsor követte egymást. Ismertek lettünk. Mivel én maradtam Pécsen,

ezért folyamatosan utaznom kellett a budapesti fellépésekre, amelyek nagyon jól sikerültek. Közben Pécsen is gyűltek a fiatalok, akik elkezdték a calisthenic (saját testsúllyal végzett) edzéseket művelni. Felvettem velük a kapcsolatot, és megkezdtük a csapat építését. Megalakulásunk óta rengeteg rendezvényen vettünk részt, és a csapat tagjai is rendkívüli fejlődést mutatnak. Az országban több csapat is létezik, akikkel évente egy-két alkalommal találkozókat szervezünk. Nemrég bejegyezték az egyesületünket, amely az egész országot összefogja. Minden nagyobb csapatból tartozik hozzánk egy-egy tag. Követőink száma egyre gyarapodik, s bízom benne, hogy a közös munka meghozza a várt eredményeket.



3. ábra. Oktatás közben

Időközben elvégeztem egy edzői tanfolyamot, hogy hivatalosan is oktathassak, edzéseket tarthassak. 2013 októberében a Pécsi Sasok Mozgásközpontban Katus Tamással megterveztünk és megvalósítottunk egy saját testsúlyos részleget a konditerem berkein belül. Jelenleg ezen a helyszínen, illetve Mohácson, a saját, kisebb méretű termemben tartom az edzéseimet, s terveim szerint a közeljövőben

Budapesten is indítok csoportot. Edzőként akaratlanul is gyakran figyelem a fitnessz-termekben és az utcákon edző embereket, és sajnos rengetegszer veszem észre azokat az alapvető hibákat, amelyek hosszú távon komoly sérülésekhez vezethetnek. Sajnáljuk az időt a mozgástanulásra, illetve a pénzt olyan szakemberekre, akik megmutathatják nekünk, mi a helyes, és mi a rossz technika, pedig nagyon fontos lenne, hogy alapos „tanulással” kezdjünk neki az általunk választott mozgásforma rendszeres űzéséhez.

Sokan gondolhatják azt az interneten található videók alapján, hogy ez egy rendkívül nehéz mozgásforma. Ez részben igaz is, de valahol mindenkinek el kell kezdenie, s éppen ezért léteznek a kezdő gyakorlatok, amelyek kiválóan előkészítik az izmokat és az ízületeket a nagyobb megterhelésre. A mozgásanyag alapgyakorlatokból épül fel: guggolás, fekvőtámasz, húzódkodás, hasizom és derék erősítés. Ezek elsajátítása után szélesedik a gyakorlatok tárháza, amely nem ismer határokat. Ha hosszú távon szeretnénk gondolkodni, természetesen érdemes ésszerűen megválasztani, mely elemekre van szükségünk, és melyekre nincs.

Kor, nem, edzettségi állapot lényegtelen! Az erőnlét általános felmérése után összeállított edzésprogram mentén haladva több tanítványom nagyon gyors fejlődésen ment keresztül.

PRAXIS

Kifogásai mindenkinek vannak – nekem is. Ezeket érdemes félretenni, és legalább az edzés idejére kikapcsolódni. A stressz levezetése rendkívül fontos dolog. A testmozgás pedig több erőt ad a mindennapokhoz is... Itt érdemes elkezdni!

Praxis: kapcsolathálózati szempontú terápiás gyakorlat és képzés

B. ERDŐS MÁRTA & MIHALDINECZ CSABA

Az ARISE-modell

A kapcsolathálózati szociális munka a praxis egy olyan új iránya, amely a szociális munka eredeti fókuszát (személy-a-környezetében) még inkább kiemeli és tudatosítja. E munkamódot követve, a szakember minden tevékenysége a kapcsolati hálózatra irányul: megismeri, mélyíti, szélesíti – vagy akár szanálja. A kapcsolati hálózatok érzelmi tartalma, a szerepek minősége, a kapcsolati egyensúly kérdése és a kommunikáció minősége a segítő tevékenység lényegi kérdéseit adják. (Udvari, 2011)

Az addikciók kezelésében igen korán megszületett az a felismerés, hogy itt nem csupán az egyes ember, hanem egy teljes kapcsolati rendszer progresszív megbetegedéséről van szó. (Kelemen, 1999) Ennek megfelelően az alkalmazott kezeléseket is ehhez a felismeréshez igazították. A terápiás közösségek (TC) világán (Kelemen & B. Erdős, 2004) túl az ambuláns modellekben is teret hódított ez a szemlélet, így például a szociális háló-terápiákban, vagy az ún. intervenciós konferenciák gyakorlatában. Ezekre a gyakorlati előzményekre épült Judith Landau-Stanton és munkatársai háromszintű ARISE-modellje (Garrett és mtsai., 1997), amely az 1990-es évek elejétől vált szélesebb körben ismertté. A módszer célja a kezelésre gyengén motivált szenvedélybetegek kezelésbe vonása. E rendszerszemléletű terápiás gyakorlat kiindulópontja, hogy természetesen nem csak a szenvedélybeteg befolyásolja a környezetét, hanem a környezet is hatással van a betegre. A munkacsoport által kifejlesztett intervenciós kontinuum végigjárása során ügyelnek arra, hogy minden egyes újabb szint a családi-baráti-közösségi erőforrások egyre fokozódó bevonását jelentse. A munka ott indul, ahol az érintettek tartanak, és a team tagjai minden történésre rugalmasan, felelősen reagálnak – ám mindig szem előtt tartva, hogy a terápiás munka, az intervenció nagyobb részét maguk az érintettek végezzék. Ebből a nézőpontból ez egy valóban erőssé, képessé tevő (empowerment és enablement) megközelítés, ahol a résztvevők személyisége, kapcsolati-kommunikációs készségei jelentős fejlődésen mennek keresztül. Felismerik saját belső erőforrásaikat, képessé válnak saját szükségleteik kifejezésére. A személyek megtanulnak bízni önmagukban, és annak a csoportnak az erejében is, melynek tagjai. (Lakatos, 2009)

Az ARISE-modellben az első fázis a telefonos vagy személyes tanácsadás: itt kulcsszerepe van a segítséget kérő érintett személynek, általában valamelyik családtagnak. A terapeuta feladata hogy képessé tegye őt a biztonságos,

szertetelli, törődő, mégis következetes kommunikációra, amelynek eredményeképpen más érintettek is bevonódnak, elköteleződnek a szerfüggő személy kezelésre motiválásában. Az ARISE, eltérően más intervenciók módszereitől, általában nem épít előzetes próbákra és video-szimulációra. Lényegi eleme a spontaneitás. A felkészítés abból áll, hogy az érintetteket arra kérik, mondják el, miképpen érinti őket a személy szerhasználata, idézzék fel, hogyan hatottak rájuk a történetek, és tudassák vele, hogy készek támogatni, amennyiben vállalja a kezelést. Ugyanakkor a felkészítés lényeges része a függő várható reakcióinak előrevetítése, és a megfelelő stratégia kidolgozása. (Ki és miként hívja meg a személyt, és miért fontos akkor is találkozniuk, ha az illető az első alkalommal nem hajlandó eljönni?)

A második fázis az első találkozást követően a motiválás és a szerződéskötés fázisa. A cél általában valamilyen bentlakásos vagy ambuláns kezelés melletti elköteleződés elérése. Ha ezt elérik, az érintettek szeretetteljes, de konfrontatív hozzáállása támogatással fejlődik. Ha nem, akkor is folytatódnak az érintettek részéről a rendszeres találkozások. A résztvevők motivációja ilyenkor abból ered, hogy a terápiás segítség pozitívan hat az életükre. Ennek a szakasznak a szövetség erősítése, a stratégiák kialakítása, és a válsághelyzetek kezelése képességének fejlesztése a célja.

A harmadik szintre akkor lépnek, ha ez szükségessé válik, mert a szerhasználó a teljes érintetti kör bevonódása, elköteleződése ellenére sem hajlandó a változásra. Ilyenkor a klasszikus, Johnson-féle intervenciók technikát választják, ahol alapos felkészítést követően az érintettek átveszik az irányítást, és bár tájékoztatják a függő személyt a tervezett találkozásról, az meglepetésszerűen jön létre.

Ez a szint azonban előrevetítheti a jövőbeni veszteségeket is. Ha a személy belehal függőségébe, akkor egyáltalán nem mindegy, hogyan viselik ezt az érintettek. Milyen mintát ad át a családjának, és terheli-e feldolgozhatatlan gyász, bűntudat az érintetteket? Ebben a ritkább esetben – az ARISE 60-70%-ban hatásos módja a kezelésbe vonásnak és kezelésben tartásnak – a módszer abban segít, hogy az érintettek a lehető legjobban fel tudják dolgozni a szerfüggővel való kapcsolatuk történetét.

A tapasztalatok alapján az ARISE mint terápiás rendszer hatékony módja lehet azok motiválásának, akik erősen ambivalensek a kezeléssel kapcsolatban. Vizsgálatok szerint a kényszergyógykezelés sem hoz jobb eredményeket, ugyanakkor ott jóval nehezebb a hosszú távú elköteleződést kialakítani. A módszer költséghatékonyasága – különösen, ha nem csak a kezelésre fordított összeget, hanem a közvetettebb megtakarításokat is figyelembe vesszük, mint pl. a folyamatos szerhasználattal összefüggő egészségügyi, büntetés-végrehajtási kiadások stb. – szintén erőteljes. (Garrett és mtsai., 1997)

A reflektív portré

A segítő foglalkozásra készülő egyetemi hallgatók képzőinek közös nagy kérdése, hogy miképpen készíthetik fel őket a hatékony és emberséges segítés tankönyvekből el nem sajátítható feltételeire: az empátiára, a hitelességre, és a kliens tiszteletére. Minél kevesebb élettapasztalattal és nyitottsággal rendelkezik valaki, annál könnyebben esik bele az olyan csapdába, mint például az áldozat hibáztatása. Ilyenkor a segítő és a kliens közötti határvonalat élesre, átjárhatatlanra alakítják. A segítő hiedelmei szerint bölcsen, fensőbbbségesen irányítja a saját életét, sőt, mások életét is, míg kliensei nélküle csak elveszett gyermekként botorkálnak a sötétben. Ebből a paternalista alapállásból viszont aligha következik pszichoszociális fejlődés – bármelyik fél számára.

A megértés kulcsa a jobb önismeret, önreflektivitás és az emberismeret, amely a mentalizációs készség függvénye. A mentalizációra egyfelől úgy válunk képessé, azaz úgy tudjuk megérteni a másikat és önmagunkat, ha az emberi tapasztalatokat, cselekvéseket autobiografikus hozzáállással közelítjük meg, és az élettörténetben horgonyozzuk le. A mentalizációs készség kialakulásában továbbá az érzelmi állapotok tükrözésének és a „mintha” jelleg jelölésének („mintha az érzélem, az élmény az enyém lenne, de tudjuk, hogy a Tied”) kulcsszerepe van. (Fonagy és mtsai., 2002)

E készségek fejlesztésének céljával, a kapcsolathálózati munka és az intervenció konferenciák modelljének alap gondolatait felhasználva került kidolgozásra az ún. „reflektív portré” gyakorlata, amely a kezdetektől¹ mostanáig új tapasztalatokkal bővült és gazdagodott. (B. Erdős & Mihaldinecz, 2012) A résztvevők többnyire segítő pályára készülő egyetemi hallgatók, vagy olyan segítő foglalkozásúak, akik nem szerhasználókat kezelnek, de munkájuk során találkozhatnak ilyen személyekkel, vagy családtagjaikkal. A tréning kezdetén egy erőteljes hívóképet kapnak kézhez. Az az első feladatuk, hogy alkossák meg a képen látható személy – többnyire fiatal szerhasználó – életrajzi leírását, úgy, mintha az illető közeli rokonuk, kisközösségük tagja volna (pl. gyermekük, unokájuk, testvérük, szomszédjuk, munkavállalójuk, volt tanítványuk stb.). Egyikük a legjobb barát/barátnő szerepébe kerül: ő személyesíti meg később a szerfüggő személyt. Egy másik résztvevő pedig a segítője lesz. A szerepek véletlenszerűen alakulnak, hiszen a szereplők maguk húznak a lefordított munkalapokból. A csere megengedett, de semmiképpen nem bátorítjuk; alaposan és hitelesen meg kell tudni indokolni. Már maga az indoklás is olyan elhárításokat, racionalizációkat tartalmazhat, amelyek később a csoportban reflektálásra érdemesek lehetnek.

¹ A módszer első változatát a „Reflektív szociális képzési rendszer a 21. században” című TÁMOP-5.4.4-09/2-C-2009-0008 pályázat keretei között dolgoztuk ki. (www.reflektiv.hu)

A gyakorlat első fázisában megbeszéljük a kialakuló történetet, ami jól tükrözi a résztvevők projekcióit, elhárításait, hiszen a történet természetesen *nem a fényképen látható személyről szól*, hanem arról, miképpen látják a tréning résztvevői a szerhasználó személyt. Ebben a fázisban a résztvevők gyakran rácsodálkoznak a hasonlóságokra, amelyek a csoportmunka sajátosságain túl a sztereotip gondolkodásból is fakadhatnak. Emellett azonban aktívan, gondolkodó módon, és rendszerint erős bevonódással állnak a feladathoz: hiszen a történet végső soron a sajátjuk.

A második fázisban a résztvevők felépülő szenvedélybetegekkel találkoznak, akik életük és józanodásuk történetéről beszélgetnek velük: ez segíti a sztereotip gondolkodástól való elszakadást, a mélyebb megismerést. Új belátások születnek, a téma közelebbé válik a tapasztalatlan „normi” résztvevők számára.

A harmadik fázisban aztán – a trénerek segítségével, akiknek közvetlen ismereteik vannak a szenvedélybetegekkel végzett segítői munkáról – egyfajta „intervenciós konferencia” zajlik. A „legjobb barát” kerül a szenvedélybeteg szerepébe, a többiek pedig saját szerepükből szólalnak meg. Így például egy csoport kitűnően modellálta a gyermekért viaskodó, vetélkedő családot, ahol a szenvedélybeteggé vált fiatal nő anyjával a nagynéni, a keresztanya és az apai nagymama, sőt parentifikálódott húga is erősen rivalizál, az elvált apa pedig a „jó fej” szerepét játszva szabadulna a szülői felelősségtől. Előtérbe került a csoporton a kapcsolati kontroll és a manipuláció problémája, amelyet az érintettek nem csupán racionális szinten, hanem valamelyest az adott szerepbe képzelve magukat, közelebbről érthettek meg.

A „segítő” szerepe talán a legnehezebb ebben a játékban, hiszen neki kell ezt a váratlan fordulatokban bővelkedő eseményt, beszélgetéssorozatot mederben tartani, strukturálni – ugyanakkor ő tanulhat a legtöbbet. Ebben természetesen segítségére vannak a trénerek is; de megegyezhetünk úgy is, hogy bármely szereplő jogosult „belső hangként” felerősíteni vagy hitelesebbé alakítani a mondanivalót. Ez különösen akkor hasznos, ha a csoportban jelen vannak nagyobb élettapasztalattal, vagy erősebb empátiás készséggel bíró résztvevők.

Ugyanakkor, ahogyan a valódi intervenciós konferenciákon, ebben a fázisban nem cél az elhangzottak „megvitatása”, hiszen (képzeletbeli, de pszichológiai síkon átél, tehát hiteles) történetekről, élményekről, érzelmekről esik szó. Ha a feltételek lehetővé teszik, megfelelő terem és elegendő idő áll rendelkezésre, célszerű egy következő szakaszban a szerepeket felcserélni, mert így a reflektív fázis tovább mélyül.

Ezt követően minden szereplő elmondhatja, hogyan érezte magát a gyakorlat közben. Elsőként a „szenvedélybeteg”, azután a többiek osztják meg érzéseiket és gondolataikat. A beleélés mélysége változó, az érzelmeket erősen háritó csoportokban adódhatnak nehézségeink. A gyakorlat sikere egyértelműen attól függ, hogy az adott szereplő mennyire hitelesen képes képviselni saját szerepét.

Érzelmileg mélyen átélt reflexió: „Szíven ütött, amikor azt mondtad, nem vagy a testvérem többé!” A felismerés, ráismerés, belátás szintje, de inkább a kognitív síkján: „Milyen anya vagy Te, hogy a gyerekedet csak a kötelességnek tekinted?”, vagy „Szerinted ilyen egy tizennégy éves kamaszlány, akinek drogos a nővére?”

A sablonok és sztereotípiák megkérdőjelezésével, a különböző szerepekbe való behelyezkedéssel a résztvevők mentalizációs, önreflektív készsége javul, a sztereotípiáktól és a moralizálástól elszakadva lépéseket tesznek egy hitelesebb kommunikáció felé, amely minden segítség, de különösen a szenvedélybeteg-segítés legfontosabb alapja.

Irodalom

- Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Garrett, J., Landau-Stanton, J., Stanton, D., Stellato-Kabat, J. & Stellato-Kabat, D. (1997). ARISE. A Method for Engaging Reluctant Alcohol and Drug-Dependent Individuals in Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14 (3): 235-248.
- Kelemen, G. (1999). Alkoholizmus, szenvedélybetegség és erőszak a családban (pp. 169-189). In: Koltai, M. (szerk.). *Családorientált gyógyítás az alapellátásban*. Pécs: POETK.
- Kelemen, G. & Erdos, M. B. (2004). *Craving for sobriety. A unique therapeutic community in Hungary*. Pécs: Faculty of Humanities, University of Pécs & The Leo Amici 2002 Foundation.
- Lakatos, K. (2009). *A képessé tétel folyamata*. Budapest: Közösségfejlesztők Egyesülete.
- Udvari, K. (2011). Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. *Esély* 22 (5): 100-117.

Presentation of the project “*Psychology in mental health care protection*”, that is implemented in Republic of Croatia

MIROSLAV VENUS & SINIŠA BRLAS

Abstract

Parallel to the public discussion about development of *National Strategy for protection of mental health*, which was subsequently adopted in Croatia for the period since 2012 to 2016 year, a group of psychologists working in the public health system has launched a professional public discussion about the inclusion of psychology and psychologists as well as effective application of psychological profession potentials and practice in interdisciplinary approach to the proactive mental health care. Within the project “*Psychology in mental health care protection*” there are published three books that have blazed the trail to the psychology and other collaborating disciplines to more quality care for humans’ mental health.

Keywords: *mental health – protection – promotion – psychological activity*

Introduction

Mental health, as a part of general health, presents the important area for the individual, family and society as a whole so that prevention, early detection, diagnostics, treatment and rehabilitation of mental disorders and illnesses, as well as addictions are of special health interest of the population. The attention of modern medicine and public health activities should be directed to the preservation of good health, and not solely on the treatment of impaired mental health and health in general. The public health care system in the Republic of Croatia indicates a social and political concept aimed at improving health and extending and improving the quality of life of the population through the health education, disease prevention, and other forms of health, social and other interventions.

Following these principles, during the year 2010 Republic of Croatia has adopted the *National Strategy for protection of mental health for the period since 2012 to 2016 year*.

Objective and organization of the project

In order to achieve the full inclusion of psychology and psychologists and the effective application of the psychological profession potentials in interdisciplinary approach to the proactive mental health care, as well as inter-

sectoral cooperation and recognition of good psychological practice, psychologists employed in the public health system in the Republic of Croatia have in the year 2010 launched the project entitled "*Psychology in mental health care protection*". The project aims to include applied psychology in the field of protection and promotion of mental health in order to address socially relevant issues of mental health in accordance with areas and measures defined in the *National Strategy for protection of mental health in the period since 2012 to 2016 year*.

This initiative of mentioned group of psychologists is prompted by the introduction of protection of mental health as a separate activity at the level of primary health care within the framework of services for mental health care protection and prevention and outpatient addiction treatment at the county public health departments.

Within the broader theme of mental health issues, the intent of this action was to consider the capacity of psychology for effective intervention in the field of preservation and protection of mental health, especially for universal prevention measures in the different fields: the labour, health, education, social welfare, but also in the general population (in community) as well as in the vulnerable population groups. Particularly important intention was to encourage interdisciplinary and intersectoral collaboration and researches in the field protection of mental health.

The flow of activities in project implementation

For the purpose of encouraging and advancing cross-sector collaboration in the implementation of the National Strategy measures, at professional conferences since the year 2010, the discussions bring together psychologists and prominent professionals in the relevant fields of applied psychology, as well as representatives of the cooperative and other helper professions. The purpose of this professional public hearing was to discuss the possibilities and limitations of applied psychology for effective intervention in the protection and promotion of mental health, especially underutilized space for universal prevention measures (in the preservation of mental health and the prevention of disorders) at the organizational and social level, in schools, labour organizations and community, i.e. wherever potentials and space for effective interventions exists. The ultimate goal of these activities was to reach a consensus on the general platform for the first time in the Republic of Croatia, and as clearly and explicitly define the guidelines for the preparation of working standards for psychological activity in the protection and the promotion of mental health. As an incentive for professional public debate in 2010th year was created a book, "*Psychology in mental health care protection*" the first book in a series of three books published so far.

Afterwards, a number of professional and scientific meetings have followed, at which experts have discussed the psychology capacities for proactive action in the field of mental health care protection. Following these activities, in the period since 2010th until 2011th year, and through the professional public discussion that included a large number of psychologists and experts in collaborative professions, in a year 2011 the guidelines that make up the content of the publication "*Psychology in mental health care protection, the proposed guidelines for psychological activity in the protection and promotion of mental health*" were separated. A large number of psychologists have participated in the development of this second book in the series, with the intention to include these guidelines into their labor standards in the psychology profession in this area in the future. This book defines the areas of action and explicitly states what psychologists are doing or can do in order to preserve the mental health of people.

Once the guidelines defined the scope of activities of psychologists in the mental health care of people it has remained to prepare guidebook through the immediate expert actions following a good professional psychological practice. Pursuant to the above in 2012th it was created the book "*Psychology in mental health care protection; manual of psychological activity in the protection and promotion of mental health*" which is a guide to psychological practice in the protection and promotion of mental health and support to the psychologists in practice. This is the third book in the series which presents a good psychological practice and describes the professional activities of psychologists due to the affirmations of psychological profession potentials and improving of interdisciplinary and cross-sectoral cooperation in protecting and promoting mental health.

In order to exchange a rich professional experience gained in this project with experts outside the Croatian borders, publisher Institute of Public Health "Sveti Rok" Virovitica-Podravina County has presented a project and books from the project at professional conferences in the neighboring countries: Bosnia and Herzegovina (Mostar), Serbia (Donji Milanovac) and Hungary (Pécs).

Conclusion

The project "*Psychology in mental health care protection*" has launched a professional public discussion parallel to the public discussion on the adoption of the *National Strategy for protection of mental health in the period 2012 to 2016 in the Republic of Croatia*. During the development of the project and as a result of professional public hearings there were published three books: "*Psychology in mental health care protection*" (2010), prepared with the intention to serve as a starting point for discussion on the capacities of psychology for effective intervention in the protection and promotion of mental

health and prevention of mental health problems; the publication *“Psychology in mental health care protection, the proposed guidelines for psychological activity in the protection and promotion of mental health”* (2011) in which have been operationalized and defined activities and tasks that psychologists can use to contribute to achievement of the objectives i.e. efficiency and effectiveness of measures for action defined in the priority areas of the National Strategy; and the book *“Psychology in mental health care protection; manual for psychological activity in the protection and promotion of mental health”* (2012), which affirms the bio-psychosocial approach to the mental health and is a guide through a good psychological practice in line with previously agreed guidelines for psychological activity.

Publisher of all these books is the Institute of Public Health of Virovitica-Podravina County “Sveti Rok”.

Egy új reneszánsz felé – innováció a floridai hajléktalanellátásban*

Toward a new renaissance – Innovation in Florida’s homeless services

MOLNÁR DÁNIEL, TOMI GOMORY & MONIQUE ELLSWORTH

Összefoglalás

A tanulmányban bemutatjuk a hajléktalanság Egyesült Államokban, Floridában, illetve Leon megyében érvényes definícióit, majd megvizsgáljuk a kapcsolódó létszám adatok elmúlt évekbeli változását. Ismertetjük azt a Tallahassee-ben alkalmazott innovatív megközelítést, amely széles körű együttműködésre építve hozott létre egy komplex szolgáltatásokat nyújtó intézményközpontot.

Kulcsszavak: hajléktalanság – szociális szolgáltatás – konszenzus-alapú együttműködés – szociális építészet – szociális munka

Abstract

In this study we discuss homelessness in the United States, Florida and in particular Leon County home of Florida’s capital, Tallahassee. We describe the various applied definitions of homelessness and review the changing demographics and statistics of the problem over time. Finally we detail an innovative approach (a consensus originated and run one-stop shop comprehensive emergency service center platform) being used in Tallahassee.

Keywords: homelessness – social service – consensus-based cooperation – social architecture – social work

Bevezetés

Magyarország Alaptörvényének negyedik módosítása 2013-ban egyebek mellett az alábbiakat emelte be a jogszabályba:

(2) Az emberhez méltó lakhatás feltételeinek a megteremtését az állam és a helyi önkormányzatok azzal is segítik, hogy törekszenek valamennyi hajlék nélkül élő személy számára szállást biztosítani.

(3) Törvény vagy helyi önkormányzat rendelete a közrend, a közbiztonság, a közegészség és a kulturális értékek védelme érdekében,

* A publikáció a Balassi Intézet Campus Hungary Programjának segítségével jött létre.

a közterület meghatározott részére vonatkozóan jogellenessé minősítheti az életvitelszerűen megvalósuló közterületi tartózkodást.
(Magyarország Alaptörvénye, XXII. cikk)

Jelen tanulmány nem a különböző jogvédő szervezetek által (TASZ, 2013) kritizált 3. bekezdésre kíván fókuszálni, sokkal inkább a 2. bekezdésben megfogalmazott szállásbiztosítást kívánja támogatni egy amerikai példa bemutatásával. A kitekintés létjogosultságát alátámasztja, hogy az USA-ban már hosszabb ideje adott a lehetőség a települések számára, hogy kriminalizálják a hajléktalanságot. Az Egyesült Államok meghatározó hajléktalanügyi szervezetei által készített kutatás során 235 város 33%-ában találtak olyan tiltó rendelkezéseket, amelyek a közterületen élésre vonatkoztak, a vizsgált városok 30%-ában vannak érvényben olyan szabályok, amelyek az ülést és/vagy a fekvést tiltják bizonyos közterületeken. (NLCHP, 2009) Álláspontunk szerint a büntetőszankciók értékelésekor figyelembe kell venni, hogy az adott állam/település milyen szolgáltatásokat nyújt a hajléktalanok számára, milyen alternatívát kínál az utcán élés helyett. Úgy véljük, a Florida fővárosában megkezdett szociális fejlesztések hatékony és eredményes modellként szolgálhatnak az érintett döntéshozók számára.

Tanulmányunk a szenvedélybeteg-ellátás témakörét is érinti. A hajléktalanok átlagosnál intenzívebb droghasználatát számos kutatás (Fountain & Howes, 2002; Wincup, Buckland & Bayliss, 2003; Garibaldi, Conde-Martel & O'Toole, 2005) vizsgálta. Csak egyetlen konkrét, magyarországi adatsort kiemelve: a budapesti hajléktalanok megszámlálását célzó 2007-es vizsgálat során megállapítást nyert, hogy az ellátásban részesülő hajléktalanok körében mért drogfogyasztási életprevalencia-érték a fővárosi 18-64 éves lakosság körében mért értékhez hasonló, viszont az elmúlt 30 napot vizsgálva a hajléktalanok körében háromszor akkora a fogyasztók aránya, mint a teljes népességben. A drogfogyasztáshoz kapcsolódó problémák előfordulásának aránya szintén magasabb, mint a teljes felnőtt népességre jellemző arány. (Paksi et al., 2008) Az Egyesült Államokban is jellemző a két jelenség együttjárása, ami szemléltethető a központi költségvetés kiadási oldalának tételeivel. Florida államban a droghasználat kezelésére fordított szövetségi támogatások közel hatoda – 2012-ben 84,1 millió USD – a hajléktalanság problematikájával kapcsolatban került elköltésre (Florida Drug Control Update, 2013), miközben a hajléktalanok száma a lakosság negyed százalékát sem éri el. (Council on Homelessness, 2013) Hatékony megoldás csak olyan intézményektől várható, amelyek – a tanulmányban bemutatásra kerülő központhoz hasonlóan – lakhatási és szerhasználati problémák kezelésével egyaránt foglalkozik.

A hajléktalanság definíciója

Magyarországon a hajléktalanság kétféle – közigazgatási, illetve élethelyzet szerinti – jogi definícióját a 1993. évi III. törvény 4. §-a tartalmazza. Eszerint „hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye a hajléktalan szállás”, illetve „(...) az, aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti”. Ennél szélesebb spektrumot ragad meg a Bényei és munkatársai (2000, p. 67-68) által ismertetett tipológia, amely a hajléktalanság egymásba ágyazódó élethelyzetei között nevesíti a közterületen vagy nem lakhatás céljára szolgáló egyéb helyen éjszakázó *fedél nélkülieket*, a stabil lakhatási lehetőséggel nem rendelkező *effektív hajléktalanokat*, a *lakástalanokat*, akik nem lakásban, vagy olyan lakásban éjszakáznak, amelynek folyamatos használata fölött nem rendelkeznek, illetve az *otthontalanokat*, akik „ugyan lakásban élnek, de az alkalmatlan arra, hogy benne családot alapítsanak és otthont rendezzenek be”. Ez a tipológia leképezi a FEANTSA (Hajléktalan Emberekkel Foglalkozó Nemzeti Szervezetek Európai Szövetsége) által kialakított ETHOS (A hajléktalanság és a lakhatásból való kirekesztettség európai tipológiája) főcsoportjait: fedél nélküli, lakástalan, bizonytalan lakáshelyzet, illetve elégtelen lakáskörülmény. A főcsoportok összesen 13 kategóriát és 24 élethelyzetet határoznak meg. (FEANTSA, 2007)

A hajléktalanságnak nincs egységes, globális meghatározása, hiszen a jelenség értelmezése – összefüggésben a lakhatás mibenlétével – jelentős mértékben kultúrafüggő. (Amore, Baker & Howden-Chapman, 2011) Az Egyesült Államokban jelenleg érvényes definíciót a 2009-es HEART-törvény¹ tartalmazza. A jogszabály az alábbi élethelyzeteket definiálja hajléktalanságként:

- 1) Állandó, folyamatos és megfelelő éjszakai szállással nem rendelkező személy vagy család.
- 2) Olyan személy vagy család, akinek elsődleges éjszakai szállása nem lakhatás céljára tervezett és jellemzően nem ilyen célra használt helyszínen van (pl. személygépkocsi, kemping stb.).
- 3) Átmeneti lakhatást biztosító szálláson élő személy vagy család. Ez a szállás lehet éjjeli menedékhely, átmeneti szállás, továbbá olyan szálloda, illetve motel, amelyben szövetségi, állami, helyi önkormányzati programok vagy jótékonyági szervezetek finanszírozzák az alacsony jövedelmű személyek lakhatását.
- 4) Olyan, korábban nem emberi lakhatásra szánt szálláson élő személy, aki elhagyja az átmeneti elhelyezést biztosító intézményt.

¹ A betűszó a törvény címéből származik: The Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing.

- 5) Olyan személy vagy család, aki rövidesen elveszíti a lakóhelyét, ami lehet saját tulajdon, bérlemény vagy a 3. pontban említett szálloda vagy motel. A lakóhely elvesztése jelentheti a 14 napon belüli, bíróság által elrendelt kilakoltatást, vagy azt, hogy az érintettek legfeljebb 14 napig tudnak szállásdíjat fizetni, illetve azt, hogy a bérlemény tulajdonosa nem engedélyezi a 14 napnál további maradást. Az aktuálisan meglévő lakó-, illetve szálláshely elvesztését követően más lakó-, illetve szálláshely elfoglalása nincs kilátásban, továbbá hiányoznak az ehhez szükséges erőforrások.
- 6) Azok a fiatalok, valamint fiatalokkal élő családok, akik hosszabb időszakon keresztül éltek önálló és állandó lakóhely nélkül, bizonytalan körülmények között, gyakran költözve, és feltételezhető, hogy ez a helyzet a jövőben is tartósan fennáll a következő okok miatt: fogyatékoság, krónikus egészségi problémák, szenvedélybetegség, családon belüli erőszak és gyermekbántalmazás, fogyatékos gyermek, illetve a munkavállalást akadályozó egyéb akadályok. (HEARTH, 2009)

A definíciók sorát érdemes kiegészíteni azzal, amelyet Florida államban alkalmaznak a hajléktalan-összeírások alkalmával. Eszerint hajléktalannak számítanak azok a férfiak, nők és gyermekek:

- 1) akik éjjeli menedékhelyen alszanak;
- 2) akiknek elsődleges hálójelöl nem lakhatás céljára szolgáló helyen található;
- 3) akik maximum 90 nap után elhagynak egy bentlakásos intézményt, amely nélkül fedél nélkül lennének;
- 4) akik családon belüli erőszak elől menekülnek;
- 5) aki 14 napon belül elveszíti az elsődleges lakóhelyét, és nem rendelkezik erőforrásokkal, amelyek lehetővé tennék számára az állandó lakhatást.

A fenti kritériumokkal párhuzamosan az állam azt is meghatározza, hogy kik nem számítanak hajléktalannak:

- 1) akik valamilyen támogatott lakhatást biztosító program keretében élnek egy állandó lakhelyen;
- 2) akik olyan éjjeli menedékhelyen vagy átmeneti szálláson élnek, amit nem kifejezetten hajléktalanok számára hoztak létre (pl. alkohol-detoxikálást végző intézmények);
- 3) akik anyagi megfontolásból vagy lakáskörülményeik miatt családtagjaikhoz vagy barátaikhoz költöztek. (Council on Homelessness, 2013)

Hajléktalanság az Egyesült Államokban, Floridában és Tallahassee-ben

2013 januárjában 610 042 fő volt hajléktalan az Egyesült Államokban. Többségük (65%) a hajléktalanellátás rendszerének valamelyik intézményében él, például menedék-típusú vagy átmeneti szálláson. Az adatgyűjtés időszakában a hajléktalanok közel negyede, 138 149 fő volt 18 éves vagy fiatalabb. A fiatalok döntő többsége, 130 515 fő családban, vagy legalábbis családtagjaival együtt élt. A családban élő hajléktalanok a teljes hajléktalan populáció 36%-át tették ki, a szállásokon élők körében az arányuk 50%. A tartósan hajléktalan² személyek létszáma 109 132 fő volt. (Henry, Cortes & Morris, 2013)

A 2013-as számítások szerint a 19,5 millió lakosú Florida államban 45 364 fő volt hajléktalan. A hatályos szabályozás szerint a megyéknek január utolsó 10 napja közül kellett kijelölniük egyet, pontosabban egy napot és az utána következő éjszakát, amikor lebonyolították az összeírást. Az adatok megbízhatósága alacsony, ami számos tényezővel magyarázható, ehelyütt csak néhány technikai jellegű összetevőt emelünk ki, amelyek magyarázhatják a megelőző év adatainak (összesen 54 972 fő) jelentős mértékű csökkenését:

- az összeírást önkéntesek végezték; a folyamatban, illetve annak koordinálásában részt vettek szociális szakemberek, de csak azokban a megyékben, ahol van ilyen típusú szolgáltatás;
- az összeírásra kisebb forrás állt rendelkezésre, mint 2012-ben;
- az összeírók kevesebb lakóövezeten kívüli területre (pl. erdőkre) jutottak el, mint az előző évben;
- 2013-ban kevesebb olyan intézmény működött az államban, ami deklaráltan hajléktalanok ellátásával foglalkozott;
- az összeírás idején meleg és száraz volt az idő, ami jellemzően együtt jár azzal, hogy kevesebben veszik igénybe az éjjeli menedékhelyeket.

A csökkenéshez hozzájárultak bizonyos módszertani változások is, például az, hogy korábban a hajléktalan populációhoz számolták az összeírás során börtönben³ lévő hajléktalanokat is. (Council on Homelessness, 2013)

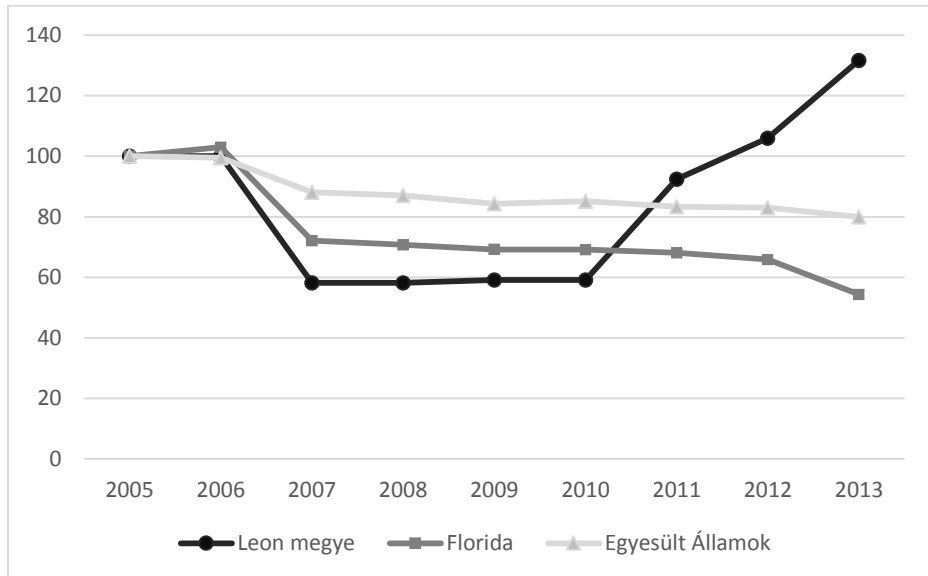
Míg a floridai megyék többségében csökkent, addig az állam fővárosának, Tallahassee-nek helyt adó Leon megyében 2013-ban is nőtt a hajléktalanok

² Tartósan hajléktalannak azok a személyek számítanak, akik legalább 1 éve folyamatosan hajléktalanok, vagy az elmúlt 3 évben legalább 4 alkalommal voltak hajléktalanok. (Henry, Cortes & Morris, 2013, p. 2)

³ A floridai börtönpopuláció létszáma 2013 őszén 101 000 fő volt, a 2014-re vonatkozó becslések 2,7%-os növekedéssel számolnak. (Bousquet, 2013)

száma. Az alábbi grafikonon a fentiekben tárgyalt három területi egység hajléktalan populációjának változását szemléltetjük (1. ábra).

1. ábra. A hajléktalanok számának százalékos változása 2005-2013 között (bázisév=2005⁴)



Forrás: AHAR, 2007, 2008a, 2008b, 2009, 2010, 2011, 2012a, 2012b, 2013; Council on Homelessness, 2012, 2013; Big Bend Homeless Coalition, 2014b.

Az adatsorok ábrázolása egyértelművé tette, hogy Leon megyében egészen másfajta mintázatot mutat a hajléktalanok számának alakulása, mint Florida államban, illetve szövetségi szinten. A magyarázat keresése közben két okot sikerült beazonosítanunk. Egyfelől a hajléktalanellátás területén együttműködő nyolc megye – az ún. Big Bend⁵ – közül csak Leon megyében van érdemleges ellátórendszer, ami azt eredményezi, hogy más megyékben gyakran annyiban kimerül a probléma kezelése, hogy a Tallahassee irányába tartó buszra ültetik a hajléktalanokat. (Chuck White, személyes közlés, 2014. május 1.) Ennél lényegesebb a másik ok: 2011-ben, illetve a későbbi években Leon megyében alapos tervezést követően került sor a hajléktalanok megszámlálására. A tervezés kiterjedt a folyamatban részt vevő önkéntesek és szakemberek toborzására és felkészítésére, továbbá az adatfelvételi területek előzetes feltérképezésre. A számlálás nehézségeit jól példázza, hogy a 2013. évre vonatkozóan három különböző számértéket is találtunk. Közvetlenül az

⁴ A bázisév meghatározásakor a Kongresszus számára készített éves hajléktalanügyi jelentéseket vettük alapul, amelyek sorában az első 2005-re vonatkozóan szolgáltatott adatokat. (AHAR, 2007)

⁵ Az Észak-Florida középső részén elhelyezkedő megyék elhelyezkedése sajátos alakzatot formáz, innen származik a megnevezés (Nagy Kanyar).

adatfelvétel után 1078 főre becsülték a megyei hajléktalanok számát, majd elkezdtek a duplikációk kiszűrését. A folyamat még zajlott, amikor az állam számára adatokat kellett szolgáltatni, így került az állami jelentésbe 1072 fő. (Council on Homelessness, 2013, p. 7) A végleges – de természetesen továbbra is pontatlan – létszám az ellenőrzés utolsó körének lezárását követően 973 fő lett. (Big Bend Homeless Coalition, 2014a)

A 2014-es adatokat közvetlenül a kézirat leadása előtt kaptuk meg. Az alábbiakban azon változók gyakorisági eloszlásait, illetve elemszámait ismertetjük, amelyek segítségével felvázolható, hogy milyen szocio-demográfiai és társadalmi helyzet jellemzi a Florida fővárosában⁶ élő hajléktalanokat. Az adatgyűjtés során 805 főt sikerült beazonosítani, akiknek közel háromnegyed része, 591 fő, férfi. A teljes lakosság esetében a férfiak aránya 47,6%. (USCB, 2014) A férfiak mellett a feketék is jelentős mértékben felülreprezentáltak, 59%-os arányuk közel kétszerese a megyei lakosságon belüli 31,2%-os aránynak. A hajléktalanság okát az érintettek többsége – a valamilyen okot beazonosító hajléktalanok 52,8%-a – pénzügyi problémákkal és állástalansággal magyarázta. Ezt a csoportot nagyjából hasonló, 17,6-12,4%-os aránnyal követik azok, akik családi, egészségügyi, illetve lakhatási problémákat azonosítottak be. Az egészségügyi problémák köréből kiemelkednek a szerhasználati problémák (275 fő), a mentális betegségek (250 fő), valamint a fizikai fogyatékoságok (215 fő). 71%-uk nem rendelkezik egészségbiztosítással, ők jellemzően⁷ a sürgősségi ellátás (Emergency Room) keretében jutnak egészségügyi ellátáshoz. A Leon megyei hajléktalanok többsége (69%) volt már alanya elzárásnak, közel harmaduk (31%) börtönviselt.⁸ (Big Bend Homeless Coalition, 2014b)

Egy decentralizált rendszer központi intézménye

Tallahassee városában 1986-ban kezdődött a hajléktalanok intézményes jellegű ellátása, amikor az Első Presbiteriánus Egyház (First Presbyterian Church) a hidegebb téli éjszakákon menedéket biztosított a fedél nélküliek számára. Az első két évben átmeneti jelleggel funkcionáló intézmény működése viszonylag gyorsan – a szó weberi értelmében – üzemszerűvé vált, és *Shelter* néven immár

⁶ Ahogy számos egyéb témakör esetében, úgy a hajléktalanság vizsgálatok sem húzható éles határ Leon megye és Tallahassee közé. A 2010-es népszámlálás adatai szerint előbbi lakossága 275 487 fő, míg utóbbi – a külvárosi részekkel együtt – 240 223 fő volt. (USCB, 2014)

⁷ 805 fő összesen 665 alkalommal vett igénybe sürgősségi ellátást 2013-ban. (Big Bend Homeless Coalition, 2014b)

⁸ Az „elzárás” kifejezést a „jail”, míg a „börtön” kifejezést a „prison” magyar megfelelőjeként használjuk.

bő negyed évszázada alkotja⁹ a helyi hajléktalanellátás egyik központi elemét. A másik meghatározó intézmény a Renaissance Közösségi Központ (Renaissance Community Center, RCC), ami még csak két éve működik, de úgy tűnik, képes elérni azokat a célokat, amelyek szövetségi szinten is prioritást élveznek a területen. Az amerikai kormányzat immár két évtizede, 1994 óta arra ösztönzi a helyi közösségeket, hogy helyi szinten találják ki és szervezzék meg a hajléktalanság problematikájának kezelésére irányuló intervencióikat. Az Ellátási Kontinuumnak (Continuum of Care, CoC) nevezett modell a különböző szociális szolgáltatásokat biztosító szervezetek működésének koordinálásával arra törekszik, hogy minden hajléktalan-típusú élethelyzetre legyen megoldása, illetve végigvezesse a klienseket a rehabilitáció különböző fázisain. (Big Bend Homeless Coalition, 2013) A megközelítés hatékonysága korlátozott: a koordináció számos kérdésről nem rendelkezik egyértelműen a szabályozás, így például a tevékenységek elosztásáért felelős szervezet maga is működtet szolgáltatást. A különálló fázisokra épülő megközelítéshez is kapcsolódnak kritikai észrevételek, a szövetségi kormányzat szintjén is egyre nagyobb a támogatottsága a nem átmeneti lakhatást középpontba állító *Housing First* modellnek. (Tsemberis, 2010)

Az RCC létrehozásában oroszánrésze volt egy helyi üzletembernek, Rick Kearney-nek. Miután már több éve támogatott különböző jótékonyági törekvéseket, arra a következtetésre jutott, hogy a hajléktalanság kezelését megcélzó projektekben túl sok az adminisztráció és túl kevés a vállalkozói szellem (entrepreneurship). A témakörrel már hosszabb ideje foglalkozó, „civilben” ingatlanberuházásokkal foglalkozó Chuck White-tal egyeztetve úgy döntött, hogy jelentős anyagi forrásokat áldoz egy központ kialakítására, amely lehetővé teszi, hogy a kliensek egy helyen érhék el a különböző szociális szolgáltatókat, amelyek a korábbiakban a város különböző részein működtek. Az elképzelés az volt, hogy kihasználják azt a lehetőséget, amit az államtól / szövetségi kormányzattól / nagyobb alapítványoktól független finanszírozás biztosít, konkrétan azt, hogy nem kell a „kipróbált” – ám hatékonyságukat tudományos módszerekkel nem bizonyító – gyakorlatokhoz ragaszkodni. Ezáltal bátran fel lehetett vállalni azt a popperi gyökerekkel bíró, szociális területen is releváns (Gomory, 2001) alapvetést, hogy nem tudnak biztos megoldást a problémákra; a kiindulópont ehelyett az lett, hogy maximálisan nyitottak lesznek a jobbító szándékú javaslatokra. Az irányítás a részben kvéker hagyományokra épülő konszenzuskereső-modellt követi, amely a résztvevők aktív bevonása által megvalósuló közösségi döntéshozatalt – és felelősségvállalást – jelenti.

⁹ Az intézmény története a <http://tallahasseeleonshelter.com/about/history/> oldalon olvasható.

Az RCC a Shelter szomszédságában lévő épületben kezdte meg a működését 2011-ben. Az itt dolgozó szociális szolgáltatók öt területet képviselnek: mentális és fizikai egészség, juttatások és segélyek, lakhatás, tanulás és munkavállalás, esetkezelés. Az egyes területek között nem húzható éles határvonal, a témakörök inkább a cselekvési mező sarokpontjaiként értelmezhetők.

Az RCC-ben működő szolgáltatók közül – klienseik száma, illetve szolgáltatásaik, tevékenységük jellege miatt – az alábbiak alkotják az ellátórendszer legfontosabb komponenseit:

- Ability 1st – The Center for Independent Living of North Florida: a különböző hátrányos helyzetű, elsősorban fogyatékos személyek önálló életvitelének elősegítését megcélzó nonprofit civil szervezet. A hat megyében működő szervezet lehetővé teszi a hátrányos helyzet igazolását, amely nélkülözhetetlen bizonyos támogatások igénybe vételéhez. (ability1st.info)
- Apache Center: mentális betegségek kezelésével foglalkozó, 1948 óta működő szervezet, amely egyebek mellett detoxikálást is végez, és támogatott lakhatást is biztosít. (apalacheecenter.org)
- DISC Village: szenvedélybetegségek és egyéb szerhasználati problémák kezelésével foglalkozó szervezet. (discvillage.com)
- Echo – Emergency Care Help Organization: 1981 óta működő, krízis- és vészhelyzetben lévő klienseket segítő szervezet. Foglalkoznak lakhatási körülmények javításával, étkeztetéssel, hiányzó és szükséges okmányok beszerzésével, illetve az RCC működtetésével. (echothl.org)
- HOPE (Housing Opportunities and Personal Empowerment) Community: családok és egyedülállók¹⁰ számára féléves átmeneti szállást biztosító intézmény. A lakhatáson kívül egészségügyi ellátással, oktatással, illetve egyéb meghatározó területekkel foglalkozó esetkezelést is biztosítanak a kliensek számára. (bigbendhc.org/hope.htm)
- The Shelter: A fentiekben már említett intézmény napi 500 fő étkeztetését, 220 fő éjszakai elszállásolását, valamint 180 fő alapszintű egészségügyi ellátását biztosítja. (tallahasseeleonselter.com)

A fentiekben kívül az RCC-ben számos szervezet működik, az irányítás fő platformjaként működő csütörtöki találkozókra 40-50 fő vesz részt rendszeresen. Részt vállalnak a feladatokból az önkéntesek is, szervezeti szinten és önállóan egyaránt.

¹⁰ Az új központ megnyitását követően a HOPE Community kizárólag családok ellátásával foglalkozik majd.

Jó gyakorlatokra építve

Tallahassee és a környező megyék hajléktalanellátásában is mérföldkőnek számít a *Comprehensive Emergency Services Center* (Átfogó Sürgősségi Szolgáltatások Központja) létrehozása. A több millió dolláros költséggel, döntően magánadományokból épülő intézmény kialakítása egy olyan folyamat keretében történik meg, ami egyaránt figyelembe veszi a helyi sajátosságokat és szükségleteket, felhasználja a hajléktalanellátás jó gyakorlatait¹¹ és a kurrens tudományos eredményeket, továbbá integrálja az elérhető technológiai fejlesztéseket. A tervezés és a majdani működtetés is az RCC-ben kialakított konszenzusközpontú döntéshozatalra épül.

2. ábra. Az új intézmény látványterve



Forrás: RCC, 2014.

Az építkezés jelenlegi állása alapján valószínűsíthető, hogy 2015 elején nyílik meg az új központ. Az épület méretei lehetővé teszik a korábbiakban bemutatott RCC és a Shelter összeköltözését, ami az építők reményei szerint tovább növeli majd az intézmények hatékonyságát, hiszen így az újrakezdéshez szükséges összes szolgáltatás házon belül válik elérhetővé az éjszakai menedékhelyet igénybe vevő kliensek számára. Az is fontos hozadéka a folyamatnak, hogy az adatbázisok integrációjával az RCC-ben dolgozók is tudni fogják, ha valakit – pl. antiszociális, másokra veszélyes viselkedése miatt – kiltottak a Shelterből.

A 3. ábrán a könnyebb értelmezhetőség érdekében számokkal jelöltük az új intézmény legfontosabb helyiségeit. A bejáratnál (1) lévő ellenőrzőpont kialakítása egyaránt szolgálja a kliensek és a munkatársak biztonságát és a hatékonyabb ügyintézését. A belépés fémdetektoros kapun keresztül és azonosítókártya segítségével történik. A helyben kiállított kártya segítségével vehetik igénybe a kliensek az intézmény – és a tervek szerint a helyi tömegközlekedési vállalat – szolgáltatásait, így egyúttal pontosabban beazonosítható, hogy melyek azok a szolgáltatások, amelyek jelentős szerepet játszanak a sikeres (re)integrációban. A bejáratnál lévő pult (13) lehetőséget

¹¹ Jacob Reiter, a Shelter vezetője közel félszáz hajléktalanellátó intézményt keresett fel az elmúlt években, hogy beazonosítsa a jobb és hatékonyabb ellátás gyakorlatait.

biztosít a különböző adományok átvételére. Egy férfi és egy női mellékhelyiség az előtérből nyílik, ezek igénybevétele regisztráció nélkül is lehetséges. Az előtér után váróterem (10), gyerekek elhelyezéséhez kialakított helyiség (11), illetve számítógépes terminálok (12) találhatóak. Innen már karnyújtásnyira vannak a különböző szociális szolgáltatók munkatársai, akik adott időszakra lefoglalt irodákban (9) fogadják a klienseket. Az irodák egy része (20) kettős funkciót lát el: az aktuális szükségleteknek megfelelően ezek a helyiségek ügyfélfogadáson kívül arra is alkalmasak, hogy átmenetileg itt kerüljenek elszállásolásra azok a nők, akik családon belüli erőszak miatt hagyták el otthonukat, és elszállásolásuk – tekintettel a krízishelyzetre – nem lenne kivitelezhető a sokágyas hálótermekben.

3. ábra. Az új intézmény alaprajza



Forrás: RCC, 2014.

A központi rész bal oldalán helyezkedik el az egészségügyi részleg, amely telemedicine-típusú¹² eljárások lebonyolítására is alkalmas vizsgálószobákat (17), vérvételre és egyszerűbb laborvizsgálatok elvégzésére szolgáló helyiséget (18), valamint betegszobát (19) tartalmaz. A központi részben található még a nagyméretű konyha (15), valamint a bel- (16) és kültéri (21) étkező. A női részleg – 2 db 38 ágyas hálótermemmel (3) és zuhanyzókkal (8) – a bal oldali szárnyban

¹² Az egészségügyi eljárások során olyan telekommunikációs eszközök kerülnek alkalmazásra, amelyek lehetővé teszik az orvosok fizikai jelenlét nélküli közreműködését.

található. Az épület másik oldalán helyezkednek el a férfiak 42, 62 és 68 férőhelyes hálótermei (2), illetve a nekik szánt mellékhelyiségek és zuhanyzók (7). A férfiak és a nők részlegén is kialakításra kerül olyan helyiség (4, 5), amely a nagyobb létszámú csoportos foglalkozások lebonyolítását teszi lehetővé, illetve mindkét oldalon vannak teraszok (22). A mosoda (13) alapterülete kellően nagy ahhoz, hogy lehetővé tegye az ipari felhasználásra szánt mosó- és szárítógépek elhelyezését. A lakók csomagjainak elhelyezésére szolgáló helyiségeken (14) kívül az intézmény működéséhez szükséges tárolók (6) is vannak az épületben. Az épület szolgáltató jellege a parkolóban (23) is tetten érhető, amelynek kialakítása vonzó azok számára, akik az autókban éjszakáznak.

Az új intézmény tervezett működés módja számos ponton különbözik a jelenlegi gyakorlattól, az alábbiakban ezen eltérések közül emeljük ki a legfontosabbakat.

Az intézmények összeköltözésén túl a leginkább szembeötlő változás a férőhelyek számának növekedése. Ezeknek a kalkulálásakor nem csak az elmúlt évek statisztikáit vették figyelembe a döntéshozók, hanem azt is, ami a közelmúlt börtönpopulációra vonatkozó adatainak (Carson és Mulako-Wangota, 2014) változása alapján valószínűsíthető: a büntetőpolitika és szociálpolitika mérlege az utóbbi irányába fog elmozdulni, ami kevesebb börtönlakót, egyúttal több potenciális hajléktalant fog eredményezni az amerikai társadalomban. Javul a nappali szolgáltatások hozzáférhetősége is, az új központ hosszabb időszakban, például az esti órákban is biztosítani fogja a szociális szolgáltatók működését, így azok a kliensek is könnyebben elérhetik őket, akik napközben és teljes munkaidőben dolgoznak.

A mennyiségi változás a szolgáltatások minőségének javulásával is együtt fog járni. Ennek elsődleges területe az egyéni esetkezelés lesz. A Shelterben minden kliensnek kéthetente találkoznia kell az esetmenedzserrel. Ebben a gyakorlatban problematikus, hogy a kliens által elmondottak valóságát a segítő nem tudja ellenőrizni. Az új rendszer lehetőséget ad a pontosabb utánkövetésre, ami az intervenciók hatékonyságának megítélésben is óriási szerepet játszik. A fejlesztés egyik izgalmas, folyamatban lévő része, az online¹³ adatkezelési protokollok kidolgozása jelenleg is zajlik egy olyan vállalkozás közreműködésével, amely a hasonlóan komplex egészségügyi adatkezelés területén már szerzett gyakorlatot. A rendszernek köszönhetően az RCC-ben működő szociális szolgáltatók is tudni fogják, hogy kliensük milyen egyéb szolgáltatásokat vesz igénybe.

Mivel az új épületet kifejezetten a hajléktalanok számára nyújtott szociális szolgáltatások számára tervezték (l. 3. ábra), olyan változásokra is sor kerül,

¹³ Adatvédelmi megfontolások miatt az adatok elérése csak a helyi hálózatra csatlakozó gépekről biztosított.

amelyek igénye a Shelter bő két évtizedes működése alatt fogalmazódott meg. A zuhanyzók a hálótermek közvetlen közelébe kerülnek, így nem lesz szükség arra, hogy a kliensek más funkciót betöltő tereket keresztezzenek, ha tisztálkodni indulnak. Ez a remények szerint javítani fogja a kliensek higiéniáját. Az új épület lehetőséget biztosít egy jóval nagyobb konyha beüzemelésére is. Ez nemcsak azért hasznos, mert lehetővé teszi nagyobb volumenű és ellenőrizhető minőségű és összetételű¹⁴ étel elkészítését, hanem azért is, mert lehetőséget biztosít arra, hogy az érdeklődő kliensek és önkéntesek konyhai ismeretekre tegyenek szert.

Jelentős különbséget jelent az is, hogy az új intézményben csak nappali szolgáltatásokat vehetnek igénybe a regisztrált szexuális bűnözők. Erre a változtatásra a környéken élő lakosság aggodalmai miatt volt szükség. Az Egyesült Államokban a szexuális bűncselekmények miatt elítélt személyek adatait bárki lekérdezheti az interneten, így körükben jelentős a hajléktalanok aránya. A jelenlegi tervek szerint az elszállásolásukról egy olyan szervezet fog gondoskodni, amely börtönviselt emberek (re)integrációjával foglalkozik, és a lakhatás támogatásán túl célirányos terápiás eljárásokba is bevonja az érintetteket.

A Shelterben visszatérő problémát jelentenek az ágyi poloskák (cimex lectularius). A fából készült ágykeretek megfelelő búvóhelyül szolgálnak a vérszívó rovarok számára, az irtásuk pedig szinte lehetetlen, mivel a kliensek akaratlanul is visszahozzák őket a csomagjaikban. Az új központban fémkeretes ágyak és erre a célra kialakított, magas hőmérsékletű tárolóhelyiség kombinációjával veszik fel a küzdelmet a poloskákkal. A hálóterembe való belépést megelőzően a speciális tárolóba kötelező lesz beadni a csomagokat, amelyeken hőkezelést végeznek.

Záró gondolatok

A kézirat lezárásakor Tallahassee-ben még javában zajlik az új intézmény kialakítása. A szociális szakemberek heti rendszerességgel összeülnek, hogy részletekbe menően megvitassák az optimális működtetés feltételeit. Az építési terület napról-napra jobban hasonlít a látványtervekhez (2. ábra), és a kliensek körében is egyre fokozódik az izgalom a hamarosan kezdődő költözés miatt.

Az új központ kialakításának folyamatát számos kormányzati szereplő is figyelemmel kíséri, a bevezetésre kerülő adatkezelési gyakorlatokat – azok tesztelése, majd finomhangolása után – számos hasonló profilú szociális intézmény alkalmazni fogja.

¹⁴ Ezáltal a diétás szükségletek is kielégíthetővé válnak.

Úgy véljük, az előzmények és az előkészítés sarokpontjai után a működés tapasztalatairól is érdemes lesz számot adni, ezekről terveink szerint egy későbbi publikációban tájékoztatjuk az szociális szolgáltatások amerikai gyakorlatai iránt érdeklődő olvasóközönséget.

Irodalom

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300003.TV
(Letöltve: 2014. 04. 2.)

AHAR (2007). *The Annual Homeless Assessment Report to Congress*. Washington DC: The U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development.

AHAR (2008a). *The Second Annual Homeless Assessment Report to Congress*. Washington DC: The U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development.

AHAR (2008b). *The Third Annual Homeless Assessment Report to Congress*. Washington DC: The U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development.

AHAR (2009). *The 2008 Annual Homeless Assessment Report to Congress*. Washington DC: The U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development.

AHAR (2010). *The 2009 Annual Homeless Assessment Report to Congress*. Washington DC: The U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development.

AHAR (2011). *The 2010 Annual Homeless Assessment Report to Congress*. Washington DC: The U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development.

AHAR (2012a). *The 2011 Annual Homeless Assessment Report to Congress*. Washington DC: The U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development.

AHAR (2012b). *The 2012 Point-in-Time Estimates of Homelessness. Volume I of the 2012 Annual Homeless Assessment Report*. Washington, DC: The U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development.

AHAR (2013). *The 2013 Annual Homeless Assessment Report to Congress*. Washington, DC: The U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Community Planning and Development.

- Amore, K., Baker, M. & Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis. *European Journal of Homelessness* 5 (2): 19-37.
- Bényei, Z., Gurály, Z., Győri, P. & Mezei, Gy. (2000). Tíz év után. Gyorsjelentés a fővárosi hajléktalanokról – 1999. *Esély* 11 (1): 62-95.
- Big Bend Homeless Coalition (2013). *Brief Summary of the Continuum of Care (CoC) and the Importance of the New CoC Board*. <http://www.bigbendhc.org/pdfs/Board%20Invite%20SUMMARY%20PAGE%2011-14-13.pdf> (Letöltve: 2014. 05. 01.)
- Big Bend Homeless Coalition (2014a). *2014 Report on Homelessness in Leon County (Preliminary)*. Tallahassee: unpublished manuscript.
- Big Bend Homeless Coalition (2014b). *2014 Point in Time Count: Homelessness in Leon County on January 26, 2014*. <http://www.bigbendhc.org/pdfs/2014%20report%20on%20homelessness%20long%20form.pdf> (Letöltve: 2014. 05. 05.)
- Bousquet, S. (2013). Florida wants to reopen prisons to house more inmates. *Tampa Bay Times*, október 31.
- Carson, E. A. & Mulako-Wangota, J. (2014). *Corrections Statistical Analysis Tool (CSAT) – Prisoners*. Bureau of Justice Statistics. <http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=nps> (Letöltve: 2014. 05. 05.)
- Council on Homelessness (2012). *2012 Report*. Tallahassee: Council on Homelessness Department of Children and Families.
- Council on Homelessness (2013). *2013 Report*. Tallahassee: Council on Homelessness Department of Children and Families.
- FEANTSA (2007). FEANTSA Proposal. A Retrospective module on homelessness for household surveys (2007). Brussels: European Federation of National Associations Working with the Homeless. [http://feantsa.horus.be/files/AC/AC%20and%20EC%20Zaragoza%202007/retrospectivemodule final en.pdf](http://feantsa.horus.be/files/AC/AC%20and%20EC%20Zaragoza%202007/retrospectivemodule%20final%20en.pdf) (Letöltve: 2014. 04. 05.)
- Florida Drug Control Update* (2013). Washington, DC: Executive Office of the President of the United States. http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/state_profile-florida.pdf (Letöltve: 2014. 04. 18.)
- Fountain, J. & Howes, S. (2002). *Home and dry? Homelessness and substance use in London*. London: Crisis.

- Garibaldi, B., Conde-Martel, A. & O'Toole, T. P. (2005). Self-Reported Comorbidities, Perceived Needs, and Sources for Usual Care for Older and Younger Homeless Adults. *Journal of General Internal Medicine* 20 (8): 726-730.
- Gomory, T. (2001). A fallibilistic response to Thyer's theory of theory-free empirical research in social work practice. *Journal of Social Work Education* 37 (1): 26-50.
- HEARTH (*Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing*) Act (2009). <https://www.onecpd.info/resources/documents/HomelessAssistanceActAmendedbyHEARTH.pdf> (Letöltve: 2014. 04. 09.)
- Magyarország Alaptörvénye. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100425.ATV (Letöltve: 2014. 03. 26.)
- NLCHP – National Law Center on Homelessness & Poverty (2009). *Homes Not Handcuffs: The Criminalization of Homelessness in U.S. Cities*. http://nationalhomeless.org/publications/crimreport/CrimzReport_2009.pdf (Letöltve: 2014. 03. 18.)
- Paksi, B., Gurály, Z., Arnold, P., Schmidt, A. & Breitner, P. (2008). A drogfogyasztás és hajléktalanság. *Addiktológia* 7 (2): 101-130.
- TASZ – Társaság a Szabadságjogokért (2013). *Nyílt levél a köztéren való életvitelszerű tartózkodás szabálysértéssé nyilvánítása ellen*. http://tasz.hu/files/tasz/imce/civil_nyilt_level_a_hajlektalansag_bunte_tese_ellen.pdf (Letöltve: 2014. 04. 25.)
- Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual*. Minnesota: Hazelden.
- USCB – United States Census Bureau (2014). *State & County QuickFacts: Leon County, Florida*. <http://quickfacts.census.gov/qfd/states/12/12073.html> (Letöltve: 2014. 05. 04.)
- Wincup, E., Buckland, G. & Bayliss, R. (2003). *Youth homelessness and substance use: report to the drugs and alcohol research unit*. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

A fotózás mint a szenvedélybetegségből felépülőkkel végzett szociális munka eszköze

Photography as a tool for social work with substance users in recovery

ZSOBRÁK NÓRA

Összefoglalás

A szociális szakember számára előnyös, ha van egy eszköze – esetünkben egy objektív – amely segít meglátni olyan mögöttes tartalmakat, amelyek elkerülnék a figyelmét, vagy egyáltalán nem is bukkannának fel. A fotó megláttatja a szereplők magatartását, kiszélesíti a perspektívát, és használatával további elemzésre nyílik lehetőség. Mennyiben járulnak hozzá a fotók egy eset mélyebb megismeréséhez, mennyiben segítik a szociális szakember munkáját, hogyan használható a fotó mint terápia? S ami a leglényegesebb: a felépülő maga hogyan jeleníti meg képekben saját világát? Miképpen lehet ő maga a szociális munka aktív résztvevője, saját életének vizsgálója? A szerző kutatásában rögzített életút-interjú és az interjúalany által készített képek közötti összhang arra enged következtetni, hogy a fotóterápia egy jól használható módszer, és a feltételek, amelyek az alkalmazásához szükségesek, könnyen biztosíthatók bárki számára.

Kulcsszavak: *fotóterápia*¹ – objektív – reflektivitás – felépülés – interpretáció

Abstract

It is fruitful if the social worker has an innovative tool – in this case, an objective – which helps to realize underlying contents that would escape our attention or would not even manifest themselves. The photo reveals information on the behaviour of actors; broadens our perspective; and opens possibilities for further analysis. Photos deepen our understandings concerning the case; facilitate social work interventions and serve as a creative therapeutic tool. What is the world like according to a person in recovery? How can the recovering person become an active participant of the therapeutic process and an explorer of one's own life? In the current research the harmony between the data obtained from the lifespan interview and the photos yield a conclusion that

¹ Lényeges e terminus pontos írásmódja, hiszen a *fotóterápia* – más szóval fényképterápia – szót csupán egyetlen ékezet választja el a bőrgyógyászati eljárásként ismeretes fototerápia kifejezéstől. Az angol *phototherapy* szó viszont egyaránt használatos a fotóterápia, illetve a fototerápia értelmében.

phototherapy is a feasible method in social work. The conditions, which are necessary for applying the method, are easily available for anybody.

Keywords: *phototherapy – objective – reflectivity – recovery – interpretation*

Bevezető gondolatok

Miért éppen a fotó? A szociális szakember különböző tevékenységei között álláspontot definiál, akciót szervez egy-egy helyzet feltárásához; előnyös, ha ehhez hozzájárul egy eszköz, egy objektív, amely segít meglátni olyan mögöttes tartalmakat, amik első látásra elkerülnék figyelmünket, vagy egyáltalán nem is bukkannának fel. A fénykép hozzáférést biztosít olyan információkhoz, amelyek másként talán nem kerülnének napvilágra. Nem csak készítője, de alanya is többlet-reflexióhoz juthat általa. Nemcsak feltár, hanem segít megláttatni a szereplők magatartását, kiszélesíti a látásmódot, és használatával árnyaltabb elemzésre nyílik lehetőség. Részletgazdagabbá válnak az események, élethelyzetek – melynek megértéséhez a szakembernek egyúttal a(z ön)reflektivitás gyakorlására is szüksége van –, illetve dokumentálhatóbbá válik a beavatkozás.

Az alábbiakban bemutatandó kutatásom célja felderíteni: mennyiben járulnak hozzá a fotók egy eset mélyebb megismeréséhez, mennyiben segítik a szociális szakember munkáját, hogyan használható a fotó mint kutatási és terápiás eszköz, és ami a leglényegesebb, maga a szenvedélybetegségből felépülő személy hogyan jeleníti meg fényképekben saját világát. A fényképek segítségével végzett feltáró kutatás elősegíti, hogy betekintsünk a felépülőben lévő függő személy mindennapjaiba, illetve hogy ennek révén a kliens mint egyedi, megismételhetetlen személy élesebben kerülhessen a szociális (és más) szakemberek munkájának fókuszába. Ilyen keretek között nem csak a szakmai tevékenységek alanyaként jelenik meg, de aktív résztvevőjeként is, és nem csupán tárgya a vizsgálódásnak, hanem aktív közreműködője is. A fényképek segítségével végzett kutatások és segítő intervenciók alanyai képeikben interpretálják a kutató vagy a segítő számára személyiségének felszín alatti vonásait, rejtett képességeit, amelyek előhívása, értékelése fontos momentuma mind a kutató, mind a segítő munkának. Az általam végzett kutatásban figyelemre méltó összhang jelent meg az interjúalanyommal készült életút-interjú és az általa készített képek között, ami arra enged következtetni, hogy saját világuk fényképeztetése kutatási alanyokkal és kliensekkel jól használható módszer, melynek alkalmazásához nincs szükség beható technikai tudásra sem a résztvevő, sem a kutató vagy segítő részéről. Azok a feltételek, amelyek szükségesek a módszer alkalmazásához, könnyen elérhetőek bárki számára.

A fényképezés mint egyéb kutatási módszerek kiegészítése

Ha fényképezünk, vagy fényképeztetünk, és a fotóanyagot interpretáljuk, eljutunk a társadalmi élet vizuálisan megragadható aspektusaihoz, a vizuális adatokhoz. Két fő célja van ezen adatok kiemelésének, megragadásának: először is szeretnénk feltárni a társadalmi élet, a kultúra vagy a társadalmi struktúra lényeges jellemzőit, ami egyfelől a leírás szintje; másfelől a fényképezés nem korlátozódik magára a leírásra, hanem éppen a lefényképezett jelenségek mélyebb, rejtett tulajdonságainak felfedezésére törekszik. E második cél ambiciózusabb, és nehezebb is.

A fényképezés a hagyományos, kvantitatív szempontokat érvényre juttató tartalomelemzés sajátos kibontakoztatását segítheti elő, illetve annak kiegészítését adhatja. Azok a fotóorozatok vethetőek különösen jól tartalomelemzés alá, amelyek ugyanazokat a tárgyakat vagy helyzeteket ábrázolják, és így lehetővé teszik a különbségek megragadását. A fotográfia esetében, egy jól összeválogatott fotókollekción belül, a felvetett probléma vagy kutatói kérdés szempontjából lényeges lehet a vizuális elemek elkülönítése, és az eredmények kvantitatív analízise. Ezzel a módszerrel tudjuk vizsgálni a fénykép külső, szemmel látható elemeit. Az elemzés első állomása természetesen a probléma világos meghatározása, a második a fotóforrás kiválasztása, mely várakozásunk szerint gazdag anyagot kínál az adott probléma elemzéséhez. A harmadik állomás is szükségszerű, mégpedig a konkrét mintavétel: a lefényképezhető tárgyak és jelenségek köre hatalmas, ezért – mint minden kutatásnál – szem előtt kell tartani a mintaválasztás legfontosabb szempontjait. Negyedik lépés a fotóanyag kódolási protokolljának meghatározása, amihez szükség van a képek elemeinek azonosítására, sajátos kategóriákkal történő meghatározására. Lényeges, hogy ezen kategóriák legyenek átfogóak, mégis kellően behatárolhatóak. A fotók kódolása az ötödik állomás, amely a legmunkaigényesebb. Hatodik a mennyiségi analízis, vagyis az összes kategória előfordulási gyakoriságának megállapítása a fotóanyagban. Végül, hetedik állomásunk a következtetések megfogalmazása: itt különböző statisztikai módszereket lehet alkalmazni, például a faktoranalízist. Az előbbieken megfogalmazottak azt mutatják, hogy a fotók kvantitatív analízisének lehetőségei meglehetősen korlátozottak, és bár úgy tűnik, hogy ennek a módszernek új perspektívát nyit a szkennelés és a számítógépes adatfeldolgozás, az eredményt hozó kategóriák kiválasztása mindig alkotó, nem automatizálható tevékenység marad. (Sztompka, 2009)

A személyes dokumentumok kvalitatív elemzésének módszerét a fényképezés ugyancsak kiegészítheti és gazdagíthatja. A módszer kidolgozóit, William Thomas és Florian Znaniecki (1976, idézi Sztompka, 2009) humanisztikus szociológiaként definiálták az eljárást. Magától értetődik, hogy a személyes dokumentumokat ki lehet bővíteni fényképekkel, különösen családi fotókkal, amatőrök által készített képekkel. „A fényképeket hasonló módon kell kezelni, mint a kézzel írt vagy

nyomtatott dokumentumokat, vagyis olyan szövegeknek kell tekinteni, amelyek jelentését éppúgy fel kell tárni, mint az egyéb szövegeket”. (Emmison & Smith, 2000)

A családi fotók elemzése során az a legfontosabb, hogy elmélyüljünk a családi életben betöltött funkciójuk megértésében. Christopher Musello (1979, idézi Sztompka, 2009) szerint a családi fényképezés gyakorlati funkciója meghatározó. Négy ilyen funkciót különböztet meg: a közösség megerősítése, a családtagok közötti interakció kezdeményezése, a goffmani önreprezentáció és a családi élet dokumentálása. Pierre Bourdieu még két funkcióval egészítette ezt ki, mégpedig a presztízfunkcióval és a kikapcsolódás funkciójával. (Sztompka, 2009)

Témánk szempontjából lényeges lehetőség a fotóinterpretáció segítségével készülő interjú: ennek a módszernek az a lényege, hogy képeket mutatnak a kutatás alanyainak, amit spontán interpretáció követ. Egy átlagos interjúban ugyanez a szerepe az interjúkérdésnek, itt azonban a fotó helyettesíti azt. A kutató szerepe az interjú folyamán lehet aktív vagy korlátozott: utóbbi esetben csak bevezető kérdéseket tesz fel. Az interjú kiindulópontját is adhatják egyes fotók vagy fotósorozatok: az interjú témáját ezzel a bemutatott tárgyakra koncentrálnak. Ezt a célt különböző fotók szolgálhatják. Lehetnek talált fotók, amelyeket tudatosan választ ki a kutató (pl. sajtófotók). Lehetnek a kutató által az interjú előtt célirányosan készített fotók is, amelyek tematikusan kötődnek a kutatási problémához. Harmadszorra, a képek az interjúalany otthonából származó családi fotók is lehetnek, amelyeket az interjú során megmutat a kutató. Továbbá választhatók kultikus, az adott kor híres ikonjait ábrázoló fotók is.

A fotóinterjú jellegét tekintve lehet kiegészítő vagy önálló. Amennyiben kutatásunk szempontjából adekvát módszernek tekintjük, akkor lebonyolításához öt fázist kell végigkövetnünk, melyek a következők: a kutatási probléma megfogalmazása, a kutatás témájára asszociáló fotók kiválasztása, a bevezető, segítő kérdések megfogalmazása, az interjú lefolytatása a fénykép megmutatásával és egyben az interjú rögzítése, végül pedig az interpretáció és következtetés megfogalmazása a felvetett problémával kapcsolatban.

Természetesen kérdésként vetődhet fel, hogy milyen előnyei vannak ennek a típusú interjúnak. Egyrészt könnyen előhívja a kutatás alanyának reakcióját, másrészt a pusztán verbális interjúhoz képest közvetlenebb helyzetet teremt azzal, hogy a kutató és a kutatás alanya a fotókat közösen nézegeti és kommentálja. Tehát a fotóinterjú lehetővé teszi a megnyilatkozás nagyobb spontaneitását, és csökkenti a kérdezett-effektust. Az ilyen típusú módszerekben, mint például a Rorschach-teszt esetében is, azokhoz a tudati rétegekhez való eljutásról van szó, amelyek nem tárgyai az artikulált önreflexiónak, így nem jelennek meg a verbális válaszokban. Bonyolultabb

verziója a fotó felhasználásának, ha az fókuszcsoporthoz történik. Ekkor a beszélgetés fókuszába a képek és a rajtuk fellelhető problémák kerülnek. A módszer kulcsa a beszélgetésben résztvevők megfelelő kiválasztása: lehet például törekedni homogén vagy szakmai csoport összeállítására. Jim Goldberg olyan módon alkalmazta a módszert, hogy egy hajléktalan közösséget fotózott, majd a helyi életkörülmények háttérével készült egyéni és csoportos portrékat odaadta a kutatás alanyainak, és arra kérte őket, hogy írjanak a képekhez kommentárt, feliratot. Ilyen módon érdekes szöveghez jutott, amelyeket valószínűleg soha nem kapott volna egy átlagos interjú során. Ezt követően ugyanezt a feladatot adta ki középosztálybeli embereknek is, majd a két csoport összehasonlítása során éles különbségek rajzolódtak ki az értékrendszerek között. (Sztompka, 2009)

A fénykép mint az interpretáció tárgya – értelmező megközelítések

Hermeneutikai elemzés: A fénykép ebben az értelmező keretben nem tekinthető személytelen objektumnak, hanem mindig *valaki* készíti azt, s az interpretáció célja az, hogy megértse az alkotó szubjektív szándékát, „közlését”. Vannak tehát kérdések, amelyeket feltétlenül fel kell tennünk értelmezése során. Ki készítette a képet? Milyen társadalmi szerepben készítette? Milyen helyzetben volt? Milyen szándékkal készítette a képet? Kinek készítette azt? Milyen előfeltevések, sztereotípiák határozták meg a fotó elkészítését? Milyen társadalmi perspektívából figyelt a kép megalkotója? Milyen életrajzi tapasztalatokat juttatott nyilvánosságra? Milyen technikai kompetenciákat használt fel? A fotó hermeneutikai elemzésének tárgyát – a fénykép készítőjének vonatkozásában – nagyrészt ilyen, és ehhez hasonló kérdések alkotják.

Gyakran előfordul, hogy a fényképkészítés motivációja a művészi aspiráció. A fotósok általában szeretik, ha művésznek tartják őket, ezért gyanítani lehet, hogy alkalmazkodni fognak az aktuális divatos művészi irányzatokhoz, stílushoz, s ennek megfelelően előszűrik a kép tartalmát, kompozícióját. Ha ennek a motivációnak tudatában vagyunk, akkor lehetővé válik, hogy korrigáljuk a fotó tartalmának értelmezését. Ez tehát egyfajta „veszélyforrás”, ami torzíthatja a társadalomábrázolást. Az alkotó motivációja részletesebb feltárásának kulcsa lehet tehát az, ha meghatározzuk a műfajt. Mindegyik műfajhoz tipikus szándékok, motivációk és érzelmek tartoznak.

A fotós alkotói szándékának hermeneutikai értelmezésében jelentős szerepet játszik az empátia: ha bele tudjuk képzelni magunkat a fénykép szerzőjének szerepébe, társadalmi helyzetébe. Ezen a ponton azonban elkerülhetetlenül jelentkezik egy probléma, mégpedig az, hogy mi magunk, az értelmezők is szubjektív alanyok vagyunk, a magunk motivációival, szándékaival, előítéleteivel. Az nem lehetséges, hogy mindettől teljességgel megszabaduljunk;

az empátia ugyanakkor megteremtheti annak feltételét, hogy amennyire lehetséges, felfüggeszük saját előítéleteinket. Az interpretációt sok esetben megkönnyíti a szerző által a képhez mellékelte kommentár – bár a jelzett értelmezési problémát teljes mértékben ez sem küszöböli ki. A hermeneutikai elemzés bizonyos esetekben közvetlenebb módszerrel is élhet, mégpedig olyan módon, hogy életút-interjút készítenek a fotó szerzőjével, és ezzel feltárják saját nézőpontját.

A felmerülő kérdések azonban távolról sem merülnek ki a fénykép alkotójára vonatkozó felvételekkel. Hasonló dilemmákkal szembesülünk akkor is, amikor a képen szereplő tartalmakat értelmezzük: kik láthatók a képen, milyen szubjektív jelentések kontextusába helyezhetők el stb. A fényképek elemzése során tehát szem előtt kell tartanunk, hogy maga a kép nem ad biztos, közvetlen tudást, hanem csak következtetéseket enged meg az általa ábrázolt személyekkel és tárgyakkal kapcsolatban – ajánlatos tehát kritikusan reflektálnunk saját értelmezésünkre, amikor a képen látottaknak jelentést tulajdonítunk.

Szemiológiai interpretáció: „A szemiológiai interpretáció alapeszméje feltételezi, hogy a fénykép egy jel, vagy jelrendszer, amely mögött kulturális jelentések rejlenek.” (Sztompka, 2009) Ez a megközelítés abban különbözik az előzőleg tárgyalt hermeneutikai elemzéstől, hogy ennek során elszakítjuk a képet a szerzőtől. Míg a hermeneutikai interpretáció a szerző és az ábrázolt személyek szubjektumára irányul, a szemiológiai (és a strukturalista) értelmezés a kép elemeinek jelentését a közösségi, vagy akár egyetemes kulturális jelentésrendszer viszonylatában ragadja meg.

Strukturalista interpretáció: Sztompka (2009) úgy fogalmaz, hogy a fénykép szemiológiai elemzése csupán bevezető a strukturalista elemzéshez. Ez a fajta elemzés azt feltételezi, hogy a megfigyelt helyzetek, jelenségek nem véletlenszerűek és kaotikusak, hanem a társadalmi struktúra láthatatlan kisugárzásai. Ezek kijelölik a társadalmi helyzeteket, az események lefolyását, és meghatározzák azt, ami a társadalmi életben előfordulhat. Ha tehát a fénykép a társadalmi élet egyes mozzanatait ábrázolja, akkor benne is ezek a struktúrák jelennek meg. Az interpretáció feladata ebből következően a struktúrák felmutatása és elemzése. Sztompka a társadalmi struktúra négyféle elemét különböztet meg: az emberi tevékenységeket, a társadalmi szabályokat, az eszméket és az életlehetőségeket. A fotók például nagyon jól megragadhatják a vagyoni különbségeket, társadalmi ellentéteket, a szegények szélsőségeit és a marginalizálódást.

Diszkurzív interpretáció: Az eddigi elemzési típusok felsorolásával kétféle szempontot határozott meg Sztompka a fényképre mint jelek közvetítőjére vonatkozóan. Egyik a kép készítője által adott szubjektív jelentések feltárása (hermeneutika), a másik pedig maga a kép jelentéseinek elemzése, és pedig vagy formálisan (szemiológia), vagy tartalmilag (strukturális analízis). A diszkurzív

interpretáció esetében azonban felmerül egy harmadik szempont is: ez a kép befogadása. Ahogy a jelentés nem valamiféle objektív adottság, természetesen a befogadás sem pusztán passzív észlelés: a befogadó is részt vesz a jelentésalkotásban. A fénykép jelentése ezen elképzelés szerint egy olyan diskurzus keretében formálódik, amelyben szerepet kap az alkotó és alkotása, a befogadó, és a befogadás (történelmi-kulturális) kontextusa. Az, hogy az egyén észreveszi-e a fénykép lehetséges jelentéseinek sokaságát, a többértelműséget, erősen függ pszichológiai jellemzőitől és kulturális háttérétől. A befogadás ugyanis tanult, a nézőbe saját kultúrája által beleoltott képesség. Bár a fotós a fényképet felruhazza valamilyen jelentéssel, a fénykép befogadásában kétségkívül szerepet játszanak olyan tényezők, mint például a közösségi vagy szakmai perspektíva, vagy a kép szemlélőinek osztályhelyezése. Ebből a szempontból sajátos műfajt képviselnek a reklámfotók, amelyeknek épp az a lényege, hogy alkotóik a befogadók fejével próbálnak gondolkodni, hogy eljussanak a fogyasztók egy bizonyos rétegéhez, és ott kiváltsák kívánt hatást.

Sztompka következtetése, hogy a lehetséges értelmezések sokasága közepette nem érdemes egyetlen interpretációt tételezni. (Sztompka, 2009)

A fotóterápia módszere

A fényképeket világszerte terápiás eszközként használják mint katalizátort, hogy elmélyítsék a kommunikációt a terápia vagy a tanácsadás során. (L. pl. PhotoTherapy Centre, é. n.) Minden pillanatkép, amelyet egy személy készít, vagy csak birtokol, egyfajta önarckép, tükör, amelynek saját „memóriája” van, hogy visszatükrözze azokat a pillanatokot és embereket, amelyek elég fontosak voltak ahhoz, hogy megörökítse. Sorozatként a személyes fotók folyamatos történeteket tehetnek láthatóvá. Megmutatják, hogy hol volt az egyén fizikailag és érzelmileg, és előre jelezhetik fejlődésüket. Sőt, az emberek csupán egy képeslapra, magazinra vagy mások által készített pillanatfelvétellel adott reakciójukkal is tanulságos nyomokat hagyhatnak saját belső életükről és titkaikról.

A fényképek jelentése nem „vizuális tény”, terápiás kontextusban inkább az a fontos, hogy milyen érzelmeket és gondolatokat váltanak ki. Miközben az ember egy fényképet néz, spontán módon „hozza” a fotó általa konstruált jelentését, ám könnyen lehet, hogy a kép készítője más szándékkal, más értelmezéssel dolgozott. A jelentés tehát a szemlélőtől, az értelmezőtől is függ, felfogása és egyedi élettapasztalatai gyakran reflektálatlanul, automatikusan meghatározzák a keretet, amiben a világ jelenségeit szemléli. Így minden személy képekre adott reakciói speciálisak: sokat elárulhatnak magáról a kép szemlélőjéről, főleg ha a terapeuta a megfelelő kérdéseket teszi fel hozzá.

A legtöbb ember sok fotót tart maga körül, anélkül, hogy valaha is megkérdezné magától, miért. Mivel a fotók tartósan rögzítik a pillanatokat, beleértve a hozzájuk tartozó érzelmeket is, egyfajta természetes hídként funkcionálhatnak. Így az ember elérheti azokat az emlékeket, amelyek már feledésbe merültek. Ez a híd segít, hogy a terapeuta a megfelelő kérdéseket tegye fel, amelyek ezeket az emlékeket felszínre hozzák. A terapeuták számára a kliensek fotói gyakran szolgálhatnak kézzelfogható szimbolikus szelf-konstrukció, illetve metaforikus átmeneti tárgy gyanánt, amelyek egyfajta belső látványként jelennek meg.

A terapeuta irányítása mellett – aki természetesen elsajátította a fotóterápiás technikákat – a kliensek felfedezhetik, hogy saját képeik, családi fotóalbumaik mit jelentenek számukra érzelmileg, amellett, hogy mit jelenítenek meg vizuálisan. Ezek az információk ott rejtőznek minden személyes fotográfiában, melyek a terápiás térben felszínre kerülhetnek, így közvetlenebb és kevésbé cenzúrázott tudat-tartalmak válhatnak hozzáférhetővé. A fotóterápiás ülések során a képek nem csak passzív szemlélődésre adnak lehetőséget, hanem aktívan létrehozott, feldolgozott, átdolgozott formában nyújthatnak új narratívákat. Ez lehetővé teszi a kliensek számára, hogy jobban elérjék, megértsék és kifejezzék magukat, oly módon, ahogy az korábban nem volt számukra lehetséges.

Mivel a terápia során a kliensek interakcióba lépnek saját, egyedi vizuális valóság-konstrukcióikkal, ezért a fotóterápiás technika különösen előnyös lehet azoknak az embereknek a számára, akiknek verbális kommunikációja korlátozott, szocio-kulturálisan marginalizált helyzetben vannak: így fogyatékkal élőknek, nemzeti kisebbségek tagjainak, peremhelyzetben lévőeknek; de alkalmas lehet konfliktuskezelésre, mediációra, továbbá alkalmazható az előbbiekhöz kapcsolódó területeken is.

Napjainkban igen elterjedt a digitális technológiák használata, ezért még izgalmasabb lehetőségek adódnak azok számára, akik szkennelvel, digitális kamerával rendelkeznek, vagy részt tudnak venni úgynevezett online cyber-terápián.

A Judy Weiser által alapított *The PhotoTherapy Centre* elméleti és gyakorlati munkásságának középpontjában különböző fotóterápiás technikák állnak. (Weiser, 1985; PhotoTherapy Centre, é. n.) A Központban megfogalmazott elképzelések szerint mindegyik terapeuta különböző módon használja a módszert, a választás függ személyes kondíciójától, elméleti preferenciáitól, valamint a céloktól. Nincs előre meghatározott szabály arra nézve, hogy mi a módszerek „jó” használata, vagy milyen sorrendben kellene azokat alkalmazni. Nincs szükség különös készségekre, hiszen ez nem művészet, hanem a kommunikáció egy fajtája. A fotóterápia nem arról szól, hogy a kliensek fotóit interpretálják számukra, mert a bemenetnek mindig a kienstől kell származnia. A terapeuta ösztönző kérdéseket tesz fel, hogy a megfelelő érzelmi hatást

fedezhessék fel együtt. Mivel a képek felfogása és a kiváltott érzelmek egyediek, ezért nincs eredendően jó vagy rossz irány. A kliens fotóra adott reakciója nem egy diagnózis, vagy adott mentális állapot felé mutat. Ehelyett a terapeuták a mögöttes mintákat keresik, a szokatlan, szimbolikus tartalmakat.

A fotók bemutatása vagy elkészítése csak a terápia kezdete. Azután, hogy a fotó megtekinthetővé válik, a következő lépés aktiválni minden olyan információt, amely a kliens számára elérhető a képpel kapcsolatban. E fázis célja vizuális üzeneteket felfedezni, dialógust kezdeményezni, kérdéseket feltenni, figyelembe venni különböző nézőpontokat, és így tovább. Tehát ami egy fotográfusnak a végpont, az a fotóterapeutának csak a kezdet, mert a fotóterápia nem csak a képek vizuális tartalmáról szól – amelyek ugyan terápiás szempontból fontosak lehetnek –, hanem minden más tartalomról is, ami a kliens és a fotó kölcsönhatásában megjelenik. Az emlékek, érzések és gondolatok felidézése során felmerülő fotográfiai dialógus szinte csak a „mellékterméke” a folyamatnak, ami ugyanakkor gyakran hasznos információkat nyújt. Miközben a kliensek megvitatják a fényképek jelentéseinek egyes rétegeit, sokat elárulnak saját magukról, belső értékrendjükéről, hiedelmeikről, attitűdjeikről, várakozásaikról. A nemverbális kódoknak tehát lényeges szerepe van, mert nyomokat hagynak arról, hogy az emberek hogyan látják a körülöttük lévő világot, és benne a saját helyüket. A fotókhoz fűzött kérdések további terápiás lehetőségeket hordoznak, mindazonáltal az ülések során a terapeuta elsődleges feladata, hogy ösztönözze és támogassa a klienseket saját, személyes felfedezéseikben.

A fotografikus önreprezentáció lehetőségei a kutatásban és a kliensekkel végzett segítő munkában

Egy felépülőben lévő szerhasználóval végzett kutatásomban azt kívántam megmutatni, hogy mennyire egyszerű, könnyen elérhető eszköze lehet a segítői tevékenységnek a fotográfia bármilyen formában történő felhasználása. Éppen a felhasználás lehetőségeinek ez a sokszínűsége az, ami miatt egy teljes mértékben saját, egyedi nézőpontot és módszert választottam, ilyen módon demonstrálva, hogy egy olyan eszközről van szó, ami elég teret nyújt ahhoz, hogy a segítő saját kreativitását, érdeklődését, erősségeit felhasználva végezze hivatását, szervezze a konzultációt. A szociális munka bármely szegmensében jelenlévő kliens résztvevője lehetett volna projektemnek, lehetőségeimet azonban erősen behatárolta, hogy Magyarországon egyelőre nehezen találni olyan szervezetet, amely a fotózást terápiás jelleggel – vagy kliensei épülésére bármely más módon – felhasználja; ilyen jellegű jó gyakorlatokat legalábbis nem publikáltak. E ritkaságszámba menő szervezetek egyike a Megálló Csoport Alapítvány, amely fotókört működtet, illetve kulturális töltetű,

személyiségfejlesztő célzatú szabadidő-szervezés keretében heti két alkalommal elviszi klienseit egy budapesti galéria kiállításaira.

A témában végzett kutatásomat tehát felderítő jelleggel végeztem, célja a terület előzetes feltérképezése volt, illetve hogy megfelelő támpontokat szerezzek további kutatások elvégzéséhez. Egy hónapon keresztül résztvevő megfigyelést végeztem az említett intézményben. Mint a fotókör aktív tagja, bizalmas kapcsolatot tudtam kialakítani a résztvevőkkel, és jobban megismertem későbbi interjúalanyomat is; láttam csoporthelyzetekben működni, és csoporton kívül is sok olyan szituáció adódott, amikor tanúja lehettem interakcióinak, viselkedésének, illetve megismerhettem őt. Olyan személyt választottam, aki aktívan működik a csoportban, szerhasználó volt, és láthatóan elkötelezett a fotókör iránt, elfogadja annak szabályait, és nem csupán külső nyomásra vesz részt a fotó-sétákon, csoportfoglalkozásokon. Céлом az volt, hogy feltárjam, ő maga – mint felépülőben lévő szenvedélybeteg – hogyan mutatja meg fényképek közvetítésével saját világát. A felépülő szenvedélybeteg világról természetesen van elképzelése a szakmának, a társadalomnak, a kormányknak és a hozzátartozóknak stb. is. De vajon hogyan reprezentálja saját magát? Hogyan jelenik meg a függősége, a problémái a mindennapjaiban? Mit mutat meg magából, mit takar el? Hogy ezekre a kérdésekre választ kapjak, interjúalanyomat megkértem, hogy fogja a fényképezőgépét, és kezdje fotózni az életét öt napon keresztül. Bármit lefotózhatott, nem volt kikötés sem a mennyiséget, sem a minőséget illetően. Ezzel párhuzamosan megkértem, hogy legyen az interjúalanyom. A kutatási célokat figyelembe véve az életút-interjú/mélyinterjú kiegészítő módszerére támaszkodtam. Céljaimnak az elkészült képek önmagukban is megfelelhettek volna, de az interjú teljesebbé tette a kutatási folyamatot.

Az interjúalanyomnak (T.) és nekem is nagy könnyebbséget jelentett, hogy már az interjú előtt volt egy munkafolyamat, ami összekötötte kettőnk érdekeit, céljait. Izgalmas kihívás előtt álltunk, hiszen mindannyiunk életútja, élete és mindennapjai mások és egyediek: ezért volt különleges ez a feladat mind az ő számára, mind az én számomra. Kedvező volt a fotókör közege is: az új dolgok megismerése egy felépülő számára teljesen új perspektívákat nyithat egy olyan közösség tagjaként, akik elfogadják és barátjuknak tekintik. Magabiztosan használta fényképezője különböző funkcióit, tisztában volt önmagával, és tisztában volt azzal is, hogy mit szeretne megmutatni magából.

T. képein egyértelműen a nyugalom és a békesség uralkodik. Központi témája a vallás, amiben megtalálta józansága fő forrását. Ez egyértelműen látszik képein és megmutatkozik elbeszélésében is. Képei nagy részén megjelenik ő maga is: ahogy elmesélte, Isten benne van, Istent magában találta meg, így mindent, amit meg akarna mutatni róla, elég egy portréban bemutatnia. Ezt a központot keretezik a helyszínek, az emberek, akik körülveszik, az étel, amit eszik, és a könyvek, amiket olvas. Csodálatos összhang mutatkozik meg fotóiban és az

életéről szóló elbeszélésében – ha nem készítettem volna el vele az interjút, és csupán a fotósorozatra támaszkodom, akkor is jelentős mennyiségű információhoz jutottam volna életével kapcsolatban.



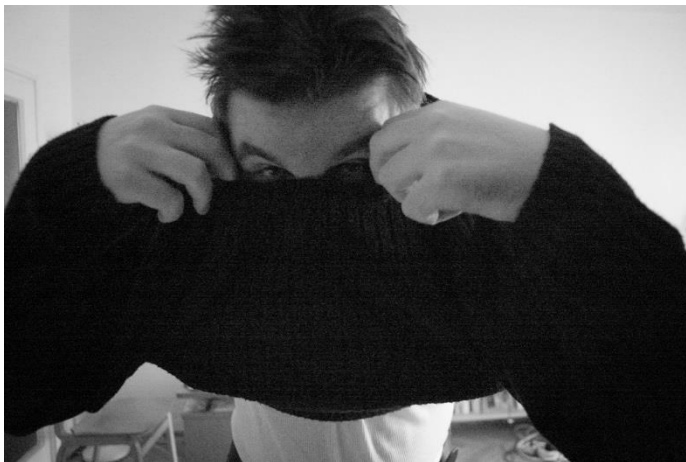
A fotókör iránti elkötelezettsége szintén megjelenik a képeken: ahogy elmesélte, itt megtalálja nap mint nap azt a közösséget, ahova tartozhat, és akiktől tanulhat a fotózásról. Az emberek, akik körülvették a vizsgálat öt napjában, ebből a körből kerültek ki.



Sokatmondó, ahogyan bizonyos képek – rituális teafogyasztás, TV-nézés – napról-napra megjelennek a fényképsorozatban. A kenyér többször is megjelenik a képeken, az elkészített ebéd vagy vacsora, precíz tálalásban, visszatérő motívum. Szintén fontosnak tartotta lefotózni, ahogy befizet egy

csekket – mint ami a mindennapokhoz tartozik. Ma már nem ugyanabban a ruhában alszik, mint amiben napközben jár, a lakásban rend van, és mindennek megvan a saját helye.

Az egyes napi tevékenységeinek is megvan a saját helye, ideje: a teázás a kanapén történik minden reggel, a TV-t nem az ágyból nézi, hanem székből, vagy a kanapéról, az étkezések a konyhaasztalnál történnek, nem a



szobában vagy az ágyban. Egy még aktív, függő szerfogyasztó világában egyetlen dolog irányítja az életet és a mindennapokat: a szer. T. fotóin figyelemre méltó, hogy már felépülőként megjelenik a rendszer az életében, a megszokott dolgok

folytonossága, mint ami a felépülés folyamatának lényegi összetevője.



Fotózott a könyvekből is, amelyeket olvasott: „Vannak, akik az alkoholból, vagy kábítószerből próbálnak erőt meríteni, de köztudott, hogy ezek hova vezetnek.” – olvasható az egyik képen. Isten iránti elkötelezettsége is megjelenik a vallási témájú könyvek oldalainak lefotózásában. Megjelenik a közösség, amiben most jól érzi magát, a fotó-csoport, de ott vannak az önarcképek is, amelyekkel kivetíti magát a kép szemlélője, a világ számára – ahogy verbálisan „kivetítette” magát az interjúban is. Nemegyszer gyermekkor hangulatképeit próbálja fotóiban visszaidézni, és ezzel együtt a férfi, az apa-szerep is feltűnik a képeken. Az

életút-interjú során elmondottak szerint aktív szerhasználóként sokat szenvedett az önmagával, családjával való kapcsolatában, és folytonos költözései mutatták, hogy nem találja a helyét a világban, és azt, hogy miben jó, mi az, amiért nem fogja „üldözni” senki.



Az interjú végén elérkezett életében a jelenhez: lenyugodott, szermentes életet él, állandóságot vitt mindennapjaiba, amire már régóta vágyott. Képein látszik, hogy elkülöníti még aktív szerhasználóként hordozott függő vonásait, énjét a mai – ahogyan ő fogalmazott – egészséges

énjétől. Úgy vélem, T. élettörténete és elkészített fotográfiái nagymértékben hozzájárultak megismeréséhez, s függőből józanná válásának leképezéséhez. Minden kép magában hordoz egy-egy sajátos mozzanatot, hangulatot, emléket és információt, amely megmutatta számomra azt, hogy miként fejezi ki saját világát.



A fotóköri által kiadott könyvbeszámoló (Minyó Szent, 2012) is alátámasztja pozitív értékelésem: saját, személyes tapasztalataikat a fotózás jótékony hatásaival kapcsolatban. A kliensek fotózása szempontjából lényeges, hogy különösebb előzetes tudás nélkül is el lehet kezdeni, de aki akarja, az képezheti magát, van rá lehetősége és segítséget kaphat hozzá. Interjúalanyomnál a fotózással való önálló ismerkedésekor az első kép egy fekete folt lett, de nem adta fel, nem keseredett el, hanem saját erőfeszítéseire és a társai tapasztalataira támaszkodva megtanulta – és a maga képére formálta. Lett egy

új kifejezési forma az életében, amire büszke lehet, amiben jó, és ami még gyönyörködtet is.

Összegzés

A szociális fényképezésnek, és az általános fényképezési technikák terápiás felhasználásának megalapozott helye van a segítő szakmában. A történelem során kialakult helyzetek és események fotó-dokumentációi, a terület jeles képviselői bizonyították, hogy a fényképezésnek nem csupán művészi vonulatával érdemes foglalkozni. Számos kutatás és projekt született az elmúlt évtizedekben, amely megmutatta, hogy a fotózás a társadalomtudományi kutatás és a terápiás fejlesztő munka hasznos eszköze lehet.

A kreativitás fejlesztése az egyén számára a személyiség fejlődése szempontjából is elengedhetetlen. A szociális szakember, akinek feladata a peremhelyzetben élők megsegítése, szűkös és néha szinte lehetetlen keretek között kénytelen munkáját a lehető legemberközpontúbban végezni. Eközben meg kell, hogy tartsa lelkesedését, megfelelő szakmai hozzáállását. Érdemes tehát kihasználnunk a fényképezésben rejlő – akárcsak más hasonló – új lehetőségeket, mert nem csak érdekesebbé, de részletgazdagabbá is tehetjük klienseinkkel fenntartott kapcsolatainkat. Sokszor találkozunk olyan személlyel, akivel nehezebb elindítani a beszélgetést, mert nem tud megnyílni. Egy fotó-projekt ilyenkor oldhatja a beszélgetés merevségét, elősegítheti a kapcsolatteremtést. A továbbiakban nagyon jó összehasonlítási alapot adhat az is, ha időben eltérő fotó-projekteket használunk ugyanazon személynél, és megbeszéljük vele a képeken megmutatkozó változási tendenciákat. Egy szenvedélybetegséget kezelő terápia során például jól alkalmazható módszer lenne ez a rehabilitációs intézménybe való bekerüléstől kezdve egészen a befejezésig, vagy akár később is, a józanodás fázisait követve. Egyik másik megközelítéssel élve, felhasználható lenne a módszer olyan módon is, hogy az öt napos fotózás egy az elsőtől képest hetekkel vagy hónapokkal későbbi időpontban megismétlésre kerül, sőt, ez egy huzamosabb ideig tartó felméréssé is bővíthető – ami persze a résztvevő szándékától is függ.

A kliens kezébe adni a kutatás, fejlesztés eszközét, új szemléletet jelent a magyarországi szociális munkában: azt remélem, ezzel az írással hozzájárulhatok ennek a szemléletnek a bevezetéséhez. Szakemberként fontos képességünk a megújulás: hogy valami újjal foglalkozzunk, tágítsuk ismeretünket, ismerjünk meg technikákat, amelyek azért jöttek létre, hogy embertársainkat szolgálják.

Irodalom

- Bán, A. (2008). *A vizuális antropológia felé*. Budapest: Typotex.
- Emmison, M. & Smith, Ph. (2000). *Researching the visual*. London: Sage.
- Gondolat Kiadó, Budapest, 2009.
- Héra, G. & Ligeti, Gy. (2005). *Módszertan – A társadalmi jelenségek kutatása*. Budapest: Osiris.
- Minyó Sziert, K. (2012). *FoToNoIre – Fény-és árnyképek*. Budapest: Megálló könyvek.
- PhotoTherapy Centre (é. n.). <http://www.phototherapy-centre.com/home.htm>
(Letöltve: 2014. 01. 27.)
- Sztompka, P. (2009). Vizuális szociológia. A fényképezés mint kutatási módszer.
- Weiser, J. (1985). Training and Teaching of Photo and Video Therapy. Central Themes, Core Knowledge, and Important Considerations. *Phototherapy* 4 (4): 9-16.

Drunkorexia

Drunkorexia

LANTOS KATALIN & FARKAS ATTILA

Összefoglalás

A drunkorexia jelenségével egyre gyakrabban találkozhatunk a médiában. A drunkorexia nem tartozik az evésmagatartás zavarai közé, illetve egyéb pszichiátriai kórképek közé sem sorolható, bár egyes tünetei hasonlóságot mutatnak az anorexia nervosa és bulimia nervosa tüneteivel. A jelenség társadalmi és kulturális kontextusba illesztve vizsgálható a leghatékonyabban. Tanulmányunkban kiemeljük a média által közvetített üzeneteket, melyek egyszerre sugallják az alkoholfogyasztás pozitívumait és a vékony testalkat idealizálását, alapot teremtve ezzel a drunkorexia megjelenésének.

Kulcsszavak: *drunkorexia – anorexia nervosa – bulimia nervosa – médiahatás*

Abstract

The phenomenon of drunkorexia resurfaces often in the media. Drunkorexia is neither an eating disorder nor another mental disorder, although some of the symptoms are in agreement with some of the symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa. The phenomenon can be examined in the context of society and culture. In the current article authors underline the impact of media messages, which suggest that alcohol consumption has positive effects; and idealize thin body. These two core messages may serve as foundations for the appearance of drunkorexia.

Keywords: *drunkorexia – anorexia nervosa – bulimia nervosa – media messages*

Bevezetés. A drunkorexia és egyéb kapcsolódó fogalmak értelmezése

A „drunkorexia” új keletű, és tudományos berkekben is éppen csak elterjedőben lévő fogalma nem fejezhető ki egyetlen magyar szóval. A „drunk” – „ittas”, „részeg” – és az anorexia utótagja, az „orexia” szavak összetételével jött létre. Megjegyezzük, a szó maga pontosan nem fedi le a jelenséget: az „orexis” szó jelentése „vágy”, az an-orexia a vágy hiánya (Túry & Szabó, 2000), így logikusan a drunkorexiának „ivás-vágyat” kellene jelentenie, esetleg az alkoholbetegség szinonimája lehetne ilyen értelemben. A drunkorexia azonban több ennél: olyan jelenségeket foglal össze, mint amikor valaki jelentős mennyiségű alkoholt

fogyaszt, így kalóriabevitele megemelkedik, azonban súlya növekedésének elkerülése érdekében kihagyja az aznapi étkezéseket.

A drunkorexia megértéséhez szükséges tisztázni a táplálkozásmagatartás zavarainak alapfogalmait. A széles körben evészavarként emlegetett pszichiátriai kórképek közé alapvetően az anorexia nervosa, valamint a bulimia nervosa tartozik (Túry & Szabó, 2000). Közös jellemzőik, hogy a betegségben szenvedők az általuk ideálisnak vélt testalak elérése érdekében megvonják maguktól az ételt (anorexia nervosa), és/vagy különböző módszerekkel igyekeznek megelőzni a felszívódását, vagy utólag kompenzálni a bevitelt (purgáló anorexia nervosa, bulimia nervosa). Ezen módszerek közé tartozik az önhánytatás, a hashajtók és más, a tápanyag felszívódását gátló készítmények használata, és különböző (extrém mértékű) sporttevékenységek. (Túry & Szabó, 2000) A bulimia nervosában szenvedő betegek testsúlya sokszor a normál tartományon belül mozog, és gyakrabban kérnek önként segítséget, míg az anorexiások esetében általában sokáig nincs, vagy gyenge a betegségbelátás, testképzavar is kialakul, és testsúlyuk nem éri el a testmagasságuk alapján számított, minimálisan szükséges mértéket (BMI hányadosuk extrém módon alacsony is lehet). A drunkorexia esetében mindkét típus egyes tünetei megjelenhetnek.

A „binge eating”, más néven rohamszerű falási zavar egy kontrollvesztett állapot, amelyben extrém mennyiségű étel elfogyasztása történik rendkívül rövid idő alatt, azonban ezt nem követi purgálás. (Lukács, é. n.) „Binge drinking”, azaz rohamszerű ivás alatt, hasonlóképpen, rövid idő alatt mértéktelen mennyiségű alkohol elfogyasztását értjük. Bár a fogalom használata változó, és nincs teljes egyetértés például németországi és amerikai kutatók között az időtartamot illetően, a mennyiséget nagyrészt hasonlóképpen nevezik meg: minimum 4 egységnyi alkohol lányok, 5 egységnyi alkohol fiúk esetében. (Stolle, Stack & Thomasius, 2009)

Fontos kiemelni, hogy a fogalom nem pszichiátriai diagnózist takar, nem tüntetik fel önálló kórképként a DSM-IV tr. (sem a DSM-V) diagnosztikai rendszerében, szemben az anorexia és bulimia nervosával, illetve egyéb evészavarokkal. Jóval inkább egy „folklorizált” jelenségről van szó, amely a bulvár-közegben és az angolszász nyelvterületeken terjed(t) el érzékelhetően. A tudományos szaklapokban maga a szó is ritkán használt, jellemzően nem ismerik el mint önálló betegséget. Azon tanulmányok, amelyekben feltűnik, alapvetően különböző jelenségek együttes megjelenésére, kombinációjára használják. Ezek a következők: alkoholfogyasztás vagy abúzus kombinációja a táplálkozási magatartás zavarával, vagy nagymértékű fizikai aktivitással, vagy mindkettővel. Piazza-Gardner és Barry (2013) kifejtik, hogy a drunkorexia kifejezés használata a tudományos kutatásokban nem helytálló, illetve nem elfogadott, mert nem mindenki ugyanazt érti alatta – alapvetően félrevezető a fogalom. Helyette egyéb angol kifejezéseket javasolnak („weight-conscious drinkers”, „weight

management behaviors of drinkers”), vagy az „egyéb evészavar” kategóriát. Érdekes, hogy a szóra az interneten rákeresve valóban sokkal több bulvár jellegű cikk, hír jelenik meg, kevés a tudományos értekezés a témában. Babiaz és munkatársai (2013) azonban határozottan definiálják a drunkorexiát: az étkezések során a kalóriabevitel korlátozása annak érdekében, hogy a (túlzott) alkoholfogyasztás ne járjon súlygyarapodással. Tanulmányunkban a drunkorexia fogalmát ennek ellenére az elterjedt változat szerint használjuk a fent nevezett jelenség (és nem betegség) megnevezésére, mivel a magyar szakirodalomban nem jelenik meg semmilyen formában a fogalom.

A drunkorexia jellemzői

Míg a „binge drinking” már serdülőkorban is gyakrabban fordul elő, a drunkorexia feltehetően a fiatal felnőttek (egyetemisták) körében jelentkezik, legalábbis a kutatások alapvetően rájuk fókuszálnak. Elsőéves egyetemista lányokat vizsgálva például pozitív kapcsolat mutatkozott a túlivás, a purgálás gyakorisága és a diétázás között. (Krahn, 2004, idézi Babiaz et al., 2013) Burke és munkatársai (2010) egyetemisták körében, nagy mintán (692 fő) vizsgálták a drunkorexia megjelenését. Eredményeik alapján elmondható, hogy a jelenség nem olyan mértékben elterjedt, mint azt a bulvársajtó alapján feltételezhetnénk. Azonban mégis 99 fő (14%) volt, aki beszámolt arról, hogy visszafogja a kalóriabevitelt az alkoholfogyasztást megelőzően, és ebből 6% teszi ezt azért, hogy elkerülje a hízást. A drunkorexia megjelenése természetesen függ az alkohol elérhetőségétől (pl. kiskorúak korlátozása) és az anyagi lehetőségektől is.

A drunkorexia tüneteivel, és azok egyes személyiségjegyekkel való kapcsolatáról tudományos cikket nem találtunk, de a leírások alapján feltételezhetőek bizonyos jellemzők (ezek bizonyítása vagy elvetése későbbi kutatások témája lehet). A jelenség tüneteit tekintve az anorexia nervosára inkább a koplálásban hasonlít, hiszen a cél a vékony testalkat elérése. Valószínűsíthetően megjelenik a szorongás a hízással kapcsolatban, illetve gyakori a nagymértékű testedzés megjelenése, amelyek szintén jellemzőek az anorexia nervosára is. A kontrollvesztést azonban a bulimia nervosa tüneteinek között tartjuk számon – ebben az esetben az étel, a drunkorexia esetében az ital fogyasztása felett veszíti el az egyén az irányítását. Az anorexia és a bulimia estében gyakran megjelennek kényszeres személyiségjegyek, illetve dependenciával kapcsolatos jellemzők. Ha a drunkorexiát az evészavarokra hasonlító jelenségnek tekintjük, akkor érdemes figyelmet fordítani a dependens személyiségjegyek fennállásának lehetőségére. Ez különösen veszélyessé teheti, mivel az alkohol valóban kialakíthat tényleges fizikális és lelki függőséget is, tovább nehezítve a változást, illetve tovább növelve a jelenséggel járó rizikót.

A drunkorexia további veszélye lehet a test legyengülése. Az egyén alapvetően „üres” kalóriákból állítja össze „étrendjét”: egy sör vagy nagyobb pohár bor kalóriatartalma megegyezhet egy könnyű ebéd kalóriatartalmával,¹ amelyet kihagy az esti „büntetlen” italfogyasztás érdekében. Ez azonban nem egyenértékű a normál táplálkozás általi táplálékbevitellel. Az ásványi anyag- és vitaminraktárak nagyon hamar kiürülhetnek, s ez további testi tüneteket okozhat. Másrészt az éhgyomorra elfogyasztott alkohol hamarabb okoz módosult tudatállapotot is, amely további, az addiktológiai ellátásból jól ismert veszélyeket rejt magában.

A drunkorexia-jelenség háttere

Mint említettük, nagyon kevés számú tudományos kutatás történt a drunkorexia feltérképezésére, így maga a tudományos diskurzus sem fogadja el létjogosultságát a betegségek körében. Véleményünk szerint tehát a drunkorexia nem tekinthető önálló kórképnek, inkább tekinthető egyfajta modern, a „nyugati” kultúrában megfigyelhető jelenségnek – így érdemes szót ejteni a társadalmi kontextusról. A drunkorexia kifejezés a bulvársajtóban már érzékelhetően jelen van, így érdemes a jelenséget szociológiai, szociálpszichológiai értelemben is górcső alá venni. Természetesen ennek teljes körű bemutatására jelen tanulmány keretében nincs lehetőségünk, így a háttérben lévő tényezők közül kiemeljük a média, ezen belül is a reklámok hatását.

A fiatal szubkultúrában az ivásnak és a szerhasználatnak több kulturális szerepe között az adott közösségbe történő beilleszkedést szolgáló funkciója is lehet. (Pikó, 2004) Mindez egy olyan szélesebb kulturális környezetbe ágyazódik be, amely meglehetősen megengedő az ivással kapcsolatban. Elég az alkohollal kapcsolatos reklámokra gondolnunk, ahol az alkoholfogyasztás az üzenetek szintjén valamilyen pozitív (vagy annak tűnő) életérzést jelenít meg, illetve ilyen kontextusba kerül. Emellett a média folyamatosan közvetíti a vékony testalkatot mint ideális testet, elérendő célt. Tiggeman, a médiahatások testképre gyakorolt hatásának elismert kutatója például bebizonyította, hogy a magazinok olvasásával töltött idő pozitív korrelációt mutat a vékony testalkat mint ideál internalizálásával, míg a televíziózással töltött idő növekedésével arányosan csökken a szociokulturális tudatosság és az önértékelés. (Tiggeman, 2003) E két médiaüzenet összegződve („trendi leszel, ha iszol és vékony vagy”) az arra érzékeny személyeknél alapot teremthet a drunkorexia megjelenésére. A továbbiakban néhány példával illusztráljuk állításunkat, mely szerint a média az alkoholfogyasztást pozitív színben tünteti fel.

¹ <http://www.webbeteg.hu/cikkek/psziches/1102/drunkorexia---az-uj-taplalkozasi-zavar> (Letöltve: 2014. 01. 02.)

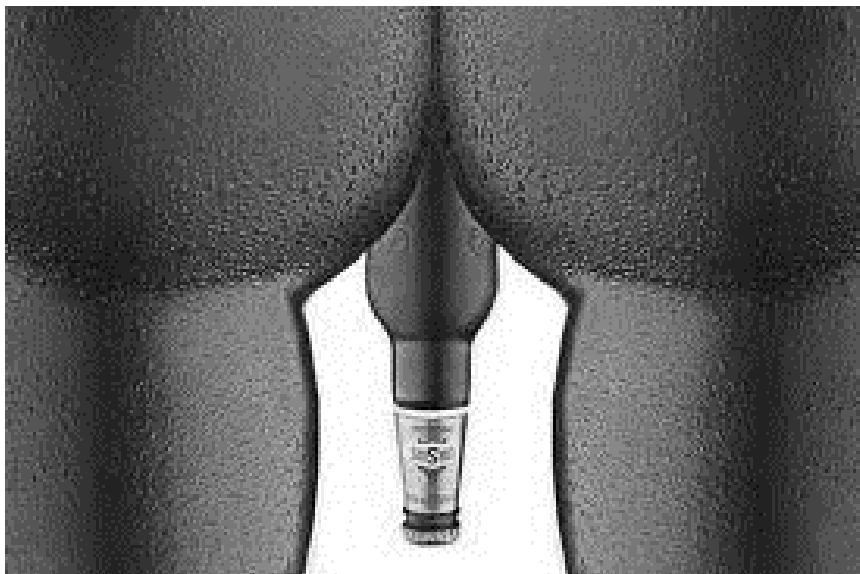
Az 1. ábrán az ivás kvázi teremtő aktusként jelenik meg, jelesül a világot tartalommal megtöltő cselekvésként. Megjelenhet a férfiasságot jelző jelképrendszer konkrét elemeiként is (2. ábra).

1. ábra



Forrás: <https://www.youtube.com/watch?v=iMe76AuL9XU>

2. ábra



Forrás: http://amitolhanyok.blogspot.hu/2010_07_01_archive.html

ELSŐMŰVES SZERZŐINKTŐL

Az ivás lehet a férfi-nő kapcsolatban egy összekötő elem, amely kapcsolatban mindketten elegánsak, fiatalok, csinosak és vékonyak is (3. ábra).

3. ábra



Forrás: http://aleheads.files.wordpress.com/2012/01/stellaarfois_she10.jpeg

Mint a 4. ábra sugallja, az ivás vékonnyá, vidámmá és vonzóvá tehet, illetve vonzó és menő lesz, ha valaki vékony és iszik is.

4. ábra



Forrás: <http://1blogemeio.blogspot.hu/2012/02/sacaneie-seu-amigo-com-juliana-paes-no.html>

Az ivás mellett sok más értéként, vagy kívánatos állapotként feltüntethető helyzet alkotóelemeként, előidézőjeként is megjelenik a mindennapi életben.

Ehhez kapcsolódik még az a társadalmi nyomás, amely a pszichológiailag érett személyiségre jellemző késleltetési képességet kezdi ki azáltal, hogy arra sarkall: minden készletünknek a lehető legrövidebb időn belül tegyünk eleget. A gyógyszerek reklámozásának fő szlogenjei a gyorsasághoz kapcsolódnak, ugyanez igaz a fogyókúrás szerekre is, amelyek leggyakrabban a leadható súly és a ráfordított idő arányával reklámozzák magukat. Mindez rímel a drunkorexiában ugyancsak megjelenő impulzivitással kapcsolatos problémára is.

A fent említett üzenetek egyfajta kulturális értékrendszerré szerveződnek össze, amelynek megvannak a maga „reklámarcai”, akik a fiatalok szemében sok esetben követendő példaképek, mint például a bulvársajtóból a drunkorexiájukról is ismert „celebek” (pl. Amy Winehouse, Lady Gaga, Nicole Ritchie). Példaképként való megjelenését nem szabad lebecsülnünk, befolyásuk rendkívül nagy lehet a fiatal korosztályra nézve.

Emellett jelen van még egyfajta anómia is a társadalomban, melynek kontextusába jól illeszkedik a „gyorsan fogyni, de sokat fogyasztani” ellentmondása, vagy „a szépség egyenlő a vékonysággal, az ivás pedig a minőségi étellel” üzenete.

Mindezek tükrében a drunkorexia értelmezhető egyfajta társadalmi jelenségként, esetleg kortünetként. Talán önmagában sohasem fog bekerülni kórképként egyetlen diagnosztikai rendszerbe sem, sőt a kultúrától függően más-más formát ölthet, mégis minden esetben jelez valamit abból a társadalmi értékviszályból, amely valószínűleg cirkuláris kapcsolatban áll az egyéni, intrapszichés és interperszonális szinten, illetve mikrokulturális közegben végbemenő negatív előjelű folyamatokkal.

Irodalom

Babiaz, S., Ward, R. M. & Brinkman, C. (2013). Examination of Drunkorexia, Excessive Exercising, and Extreme Drinking. *Journal of Young Investigators* 25 (4): 52-56.

Burke, S. C., Cremeens, J., Vail-Smith, K. & Woolsey, C., L. (2010). Drunkorexia: Calorie Restriction Prior to Alcohol Consumption among College Freshman. *Journal of Alcohol and Drug Education* 54 (2): 17-35.

Kalóriatáblázat. Szeszisitalok.

<http://www.kaloriatablazat.extra.hu/szeszesitalok.html> (Letöltve: 2014. 01. 02.)

- Lukács, L. (é. n.). *Új típusú evészavarok*.
<http://mashogy.hu/ujtipusueveszavarok.html> (Letöltve: 2014. 01. 02.)
- Piazza-Gardner, A. K. & Barry A. E. (2013). Appropriate Terminology for the Alcohol, Eating, and Physical Activity Relationship. *Journal of American College Health* 61 (5): 311-313.
- Pikó, B. (2004). Unalom vagy stresszoldás? Serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációinak vizsgálata. *Addiktológia* 3 (2): 191-202.
- Stolle, M., Sack, P-M. & Thomasius, R. (2009). Binge Drinking in Childhood and Adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International* 106 (19): 323–328.
- Tiggeman, M. (2003). Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same! *European Eating Disorders Review* 11 (5): 418–430.
- Túry, F. & Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai*. Budapest: Medicina Kiadó.

A táncterápia mint a kamaszkori drogfogyasztás lehetséges prevenációs eszköze

HÁGEN ZSUZSA

*„A tánc a lélek rejtett nyelve.”
(Martha Graham)*

*„A szellem és a test között egy állandó kapcsolat létezik:
a mozgás, melyet az ókori emberek nem hanyagoltak el,
de mi már nem ismerünk, csak sejtünk.”
(Loire Fuller)*

Bevezetés

A „tánc” szó hallatán napjainkban a fiatalok megriadnak. Már rég elveszítettük azt a nagyon természetes kapcsolatot saját testünkkel, és annak mozgásával, jelzéseivel, amit az ókori emberen túl azért még dédanyáink is, és főleg a falvak közösségeiben élő emberek magukénak tudhattak. Testünk, ha nem is némult el teljesen, fülünk süketté vált a test szavára. Fontos, hogy megtanítsuk testünket újra ékesen szólni, és meg tanuljuk érteni lelkünk egyik leglényegesebb közvetítőjét.

Életünk fejlődési szakaszai közül a kamaszkor hozza el az első nagy összegzést, az identitás meghatározását – vagy az erre való képtelenséget. Az amúgy is instabil állapotban lévő kamasz könnyen hoz helytelen döntéseket, ami természetesen igaz a drogfogyasztás megítélésével kapcsolatban is. Kamaszkorban csorbul az egyén kapcsolata a testével, mozgásával, eleve önmagával, ezt nehéz feldolgozni, megértenie, és egyszerűbb valamiféle álomvilágba menekülni.

A táncterápiában alkalmazott mozgásfeladatok jellegüknél fogva észrevétlenül alakítanak ki valós kapcsolatot és elfogadást testünkkel, mozgásunkkal, mert nem kell semmilyen elvárásnak megfelelni, nincsenek normák. Az alkotáson, felfedezésen, megélésen van a hangsúly. A másik lényeges szempont, hogy a legnagyobb változásokat megélő gyermek a terápiát nem egyedül éli meg, és mint tudjuk, e kor jellemzője, hogy a szociális befolyásoltság leginkább a kortárs csoportoktól érkezik, így fontos, hogy kapcsolódhasson olyan kortárs csoporthoz, ahol a kihívást nem a szerfogyasztás jelenti, hanem az identitásának kialakulásához, megszilárdulásához szükséges feladatok. (Révész, 2007)

A táncterápia szerepe a nem verbális kommunikációban

Civilizációkban a személyközi kommunikáció dominánsan verbálisan zajlik, a nem nyelvi jelzések pedig a virtuális világnak köszönhetően tompulnak, főként az észlelésüket, értelmezésüket illetően. Figyelmünket szinte már teljes mértékben elkerüli a szavakon túli jelzések világa, így minden kapcsolatunk egyre inkább rövidül, sőt megszűnik a valós kapcsolatunk önmagunkkal, és közelítünk egy felszínen megélt létformához, mely nagyon sok ferdült, félreértelmezett ön- és környezetképéhez, ismerethez vezet.

A mozgás- és táncterápia lényege, hogy utat mutasson önmagunkhoz, társainkhoz – a nem verbális kommunikáció segítségével. A táncterápia a nem verbális testi és térrel kapcsolatos élményekre, kapcsolati formákra, önmagunk és a társ/társak érzékelésére épít. Életünk kezdeti szakaszában, pontosabban az első évben túlnyomóan beszéd nélkül tanuljuk, érzékeljük és tapasztaljuk a világot az anyával való kapcsolat által. „Ez a preverbális időszak az anya és a csecsemő finomra hangolt kapcsolatáról szól, ahol osztoznak egymás érzelmi állapotaiban, miközben nem élik át pontosan ugyanazt, mint a másikat.” (Stang, 2003) Ez a folyamat vezet el ahhoz, hogy saját határaink fenyegető elvesztése nélkül élhessük át a másikkal való együttlét intimitását, illetve jó érzéssel lehessünk csupán sajátmagunkban, azaz egyedül. Az ebben az időszakban szerzett nem verbális testi élmények elraktározódnak ugyan, de a beszéd kezdetével, a verbális szinten, a szavak jelentősen átalakítják e testi élmények emlékét. A test viszont képes azokra az élményekre emlékezni, amelyek a szavak számára hozzáférhetetlenek. (Stang, 2003)

A mozgás- és táncterápiás eljárásoknak a legfőbb jelentősége, hogy közvetlenül, saját modalitásában éri el a preverbális és a verbalitás mögötti implicit memóriában tárolt élményeket, kapcsolati mintákat, alapviszonyulásokat.

A módszer és a közösség összefüggései

Az egészséges személyiség kialakulásának a kompetencia, az identitás, a szocializáció, és az ön-elfogadás fontos alapkövei. Ezen alapkövek megteremtéséhez nagy segítségül szolgál az egymásra figyelő, megtartó közösség, a helyes értelmezéshez pedig a nonverbális eszközök észlelésének és értelmezésének fejlesztése.

Fontos, hogy az érintett fiatalokat érzékennyé tegyük saját maguk és társaik elfogadására. Részesülhessenek a „szükség van rám” kompetenciaérzésben, mely segíti az identitás és az önbecsülés megszilárdulását. A fejlesztés eszköze nem is lehetne más, mint maga a test speciális területen, speciális szemlélettel történő mozgása, mozgásba hozása. Ez a mozgás egyfajta tánc, mely ősidőktől az ember egyik legfontosabb kifejező és gyógyító eszköze. A tánc az egyik

legtermészetesebb és legösztönösebb művészi kifejezőmódjaink között. A test mindig mozgásban van, a legalapvetőbb létezésről, mint a lélegzés, a véráramlás, az érzéseink megnyilvánulásain keresztül a konkrétabb hétköznapi mozgásokig. Az emberi test valamilyen módon mindig kifejezi önmagát.

A mozgás- és táncterápia azzal, hogy a fizikai érzékelést (testtudati fókusz) teszi meg témájává, eszközévé és közös nyelvévé, majd teret ad az ezekről alkotott észleletek megosztásának (nyitó és záró megbeszélés), az érzékelés-észlelés viszony finomodására, gazdagodására és korrekciójára nyújt lehetőséget védett terápiás térben.

A mozgásterápia csoportban zajlik, így a kamasz az általa fontosnak tartott kortárs csoporthoz tartozhat, és mint csoporttag, nem csak olyan valaki, akinek segítenek, hanem ő maga is segítőtvé válik, hisz a mozgás-improvizáción alapuló terápia páros, illetve csoport feladatok sokaságát alkalmazza. Mint csoporttag, segítőt, és egyben a mozgás által alkotó fiatal megélheti a páros, vagy csoportfeladatok által a „fontos vagyok a társadalom számára” lényeges tudást önmagáról. Tánc közben támogat és támogatást kap, jelez és jelzéseket fogad, helyet foglal el a közös térben és másoknak helyet ad, folytonosan reflektál szerepének változásaira a csoportban, anélkül, hogy közben egy árva szót kellene szólnia, mozgósítva viszont az észlelés és az élmény érzelmi, és ezért sokkal hatékonyabb összetevőit. Érzelmi bizonytalanságainak kezeléséhez érzelmi eszközöket kap.

A kamaszkori szerepdiffúzió feloldásának segítése

A különböző mozgás-improvizációs feladatok által lehetősége nyílik többféle szerep megélésére, ami lényeges a kamaszkor szerepvesztett állapotában. Az instrukciók úgy hozzák mozgásba a személyt, hogy rögtön feloldják a mozgás gátoltságát, hisz nem kell megfelelni semmilyen sztereotípiának. A foglalkozáson lassan és fokozatosan jutnak el a csoporttagok a legegyszerűbb mozgás- és kapcsolódási formától – mint például sétálni a térben úgy, hogy szemkontaktust tartunk a társakkal – az egyre összetettebb feladatokig. Egy-egy foglalkozás végére összetett egyéni, páros, vagy csoportos táncimprovizáció is kialakulhat a feladatok egymásra épülése révén, mely improvizáció már teljesen finomra hangolt tud lenni, mind mozgás-eszközileg, mind az egymásra és önmagunkra figyelés tekintetében. Ezek a mozgásélmények megfogalmazhatók, és a verbalitás segítségével megerősítésre kerülnek az élményekkel kapcsolatos érzések, a megélt szerep- és viszonyulási minták. A foglalkozás végén kerül sor a megbeszélésre, az adott és kapott impulzusok, akciók és reakciók megfogalmazására, a saját és a másik érzéseinek megértésére.

A nemi éréshoz, szexualitáshoz való viszonyulás

A serdülőkorban az egyik legnagyobb fizikális és lélektani problémát a változó testhez és az érésben lévő szexualitáshoz való viszonyulás okozza. A test és annak változásai, a nemi szerep a mozgás- és táncterápiás csoportokban közvetlenül tud megjelenni, saját modalitásában képes érlelődni, korrigálódni, átdolgozódni, valamint számos tapasztalattal gazdagodni. Ezzel a testi, nemi éréssel való szembesülés, vagy csupán csak ezen változás viszonylagos felvállalása is szorongással jár. A mozgásfeladatok felépített rendszerében viszont szorongás nélkül születhetnek tapasztalatok és pozitív élmények, alapvetően pedig maga az elfogadás ténye.

A tánc egy nagyon finomra hangolt találkozási pontja a testnek, léleknek és szellemnek. Ez az érzékenység és finomság alapvetően a női nemre jellemző, és bár hiszem és vallom, hogy mindkét nem terepe, mégis lágysága végett a lányok, nők körében nagyobb érdeklődésnek örvend. Ebből kifolyólag a táncterápiás csoportba főként a lányok jelentkezésére és részvételére számíthatunk. Ezen tapasztalatok alapján a továbbiakban inkább a kamaszlányok problematikájára fókuszálok.

A feminista mozgalmaknak köszönhetően, az egyenrangúság zászlaja alatt, a felszabadult nő nem csak a szellemi elfogadás tényét vívta ki, hanem vállára vehetett egyszerre két lényeges – jól szinte megoldhatatlan – szerepet. Dolgozó nőként és családanyaként megfelelni egy időben szinte lehetetlen. Napjainkig nem igazán alakultak még ki azok az optimális viselkedésformák és család- valamint társadalmi modellek, melyek kellőképpen segítenék a nőket ilyen tekintetben. A kettős feladat valamelyike mindenképp csorbul. Ez pedig többnyire az autentikus női szerep, hisz a társadalmi elvárás is egyre inkább a dolgozó nőt erősíti, valamint a gazdasági helyzet sem kedvez csupán csak az anyai szerep teljesebb megélésének.

„A XX. végére talán eljutottunk ahhoz a felismeréshez, hogy az egyenrangúság és az egyenlőség követelése nem zárja ki a különbözőségek elismerését, sőt ezek felvállalása éppen hogy elősegíti azt, hogy mindenki szabadon megvalósíthassa lehetőségeit. Az agyműködésbeli különbségek a személyiségbeli különbségeket is meghatározzák. A nők jobb kommunikációs képességeiket úgy kamatoztatják, hogy szívesebben létesítenek személyes kapcsolatot, érzékszervi érzékenységük, diffúzabb figyelmük is nagyobb fokú társas érzékenységre, kontaktuskeresésre, szociális nyitottságra való készenlétre predesztinálja őket.” (Roboz, é. n.)

Ha elfogadjuk a női nem jellemzéseiként Roboz Gabriella írását, és megértjük, hogy mennyire fontos lenne a lelki egészség végett a nemi identitásból fakadó azonosulással, mégis több szerepnek megfelelően élni, bebizonyosodik, hogy olyan mintákat kell a fiatal lányoknak felkínálni, melyek lehetővé teszik, hogy a nemi jellegzetességeiket felvállalva legyenek jó munkaerők és egyben vezetőik

is. Ehhez először is fel kell ismernünk, illetve el kell fogadnunk azt a tényt, hogy egy pozíciót megfelelően és eredményesen többféle módon is be lehet tölteni. Nem kell lemondani a nőiesség meghatározóiról, hanem annak előnyeivel is lehet a vezetői szerepben jól működni. A vezetést a prevenció szempontjából is fontos kiemelni. Ez a szerep határozottságot kíván, és a befolyásolhatóság szempontjából ez a jellemerősség nagyon fontos, hisz megszerzése által könnyebb nemet mondani a nem kívánatos és káros hatással bíró cselekedetekre.

Az improvizációs feladatok által megélhetjük, hogy mennyire nagyszerű érzés az érzékenység és finomság által vezetni. A táncterápiás közegben megtapasztalhatják a lányok, hogy a határozottság nem egyenlő a keménységgel, hogy miként lehet előnyként megélni a nemi sajátosságként meglévő érzékenységet és lágyságot a vezetés határozottságot kívánó feladatkörében. A mozgásfeladatok többségében játékosan és az alkotás élvezetével vezethetjük, mozgathatjuk például csukott szemű társunkat, vagy épp hasonló szisztémában az egész csoportot. Ez az élmény nagyon fontos segítség a mai kamaszlányoknak, mivel az eleve szerepkonfliktusban élő felnőtt nők rossz mintája csak erősíti a kamasz nemiséghez való diffúz viszonyát. Ezenkívül a testkép zavara jelentős szerepet játszik a fiatalkori szerhasználatban, így egy elfogadó, egymásra hangolódó közösség sokat segíthet a probléma megelőzésében és kezelésében. (Lantos & Farkas, 2014)

A néptánc az adott közösségben élő emberek együttesen megélt és formált tánca volt. Segítette, gyógyította őket a csoport megtartó erejével. A ma társadalmi hiányt szenved a közösség és a kifejező, gyógyító tánc megléte, alkalmazása tekintetében. Ezt a hiányt kívánja pótolni a táncterápia, amely nem csak egyszerűen egy kortárs, alkotó közösség, hanem a lehető legjobb segítség a kamaszkori válság megoldásához, mind a megfelelő szerepek, mind az aktivitás, az alkotás, a segítségadás és a segítség, támogatás elfogadása, a kompetencia és identitás megélése szempontjából, főként a kamaszlányok körében.

Irodalom

Forgács, J. (2007). *A társas érintkezés pszichológiája*. Budapest: Kairosz könyvkiadó.

Angelus, I. (1998). *Táncoskönyv*. Budapest: Új Előadóművészeti Alapítvány.

Incze, A. (2008). A testtudati munka mint a testi kreativitás mozgósítója. *Pszichodráma Újság* (tavasz): 40-47.

Körtvélyes, G. (1999). *Művészet, tánc, táncművészet*. Budapest: Planétás.

Merényi, M. (2004). Mozgás-és táncterápia. *Pszichoterápia* 13 (1): 4-14.

- Merényi, M. (1991). Mozgásművészet és pszichoterápia. In: Biró, S. & Juhász, S. (szerk.). *Nonverbális pszichoterápiák*. Budapest: Animula.
- Lantos, K. & Farkas, A. (2014). Drunkorexia. *Szociális Szemle* 7 (1): 101-108.
- Lux, E. (2008). *Női szerepek a szexuálpszichológus szemével*. Budapest: Saxum Kiadó.
- Roboz, G. (é. n.). *Nők és férfiak – miben különbözünk?*
<http://www.robozgabi.hu/node/3> (Letöltve: 2014. 05. 20.)
- Révész, Gy. (2007). Személyiség, társadalom, kultúra – a pszichoszociális fejlődés erikson-i koncepciója (pp. 224-243). In: Gyöngyösiné Kiss E. & Oláh, A. (szerk.). *Vázlatok a személyiségről. A személyiséglélektan alapvető irányzatainak tükrében*. Budapest: Új Mandátum.
- Stang, T. (2003). *Kapcsolati munka a mozgás- és táncterápiában*.
http://www.tancteria.net/cikkgyujtemeny_stang.htm (Letöltve: 2014. 05. 20.)

Rácz József: Az ifjúsági kultúra orvosi antropológiai vonatkozásai

In: Lázár Imre & Pikó Bettina (szerk.): *Orvosi antropológia* (pp. 316-327), Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2012. 582 oldal, 8400 Ft.

MÁRK MÓNIKA

A Lázár Imre és Pikó Bettina által szerkesztett *Orvosi antropológia* című kötet a témában elsőként megjelenő hazai tankönyv. A könyv nem csupán terjedelmét, de spektrumát tekintve is nagyszabású vállalkozás. A kötet tizenkét fejezetre osztva taglalja a témát az orvosi antropológia előzményeitől kezdődően, a paleopatológia és genetika, a test és táplálkozás, a betegség és halálképek, a népi orvoslás, a gyógyítás spirituális gyökerei, a szerhasználat, a pszichiátria és pszichológia, a népegészségügy és roma etnikum, a nemek és reprodukció, a gyógyítóná válás, az orvoslás és hatalom kérdésköreinek antropológiájáig bezáróan. Minden fejezet bevezetővel van ellátva, amely segíti a témakörben való eligazodást, a fejezetek végén pedig a hivatkozott szakirodalmat is megtaláljuk. A kötet sokszínűségének keretét a jelenségek, pontosabban a betegségek szociokulturális értelmezésére irányuló törekvés adja.

Az orvosi antropológia figyelme az emberek közötti kapcsolatok speciális területére, az orvoslásra-gyógyításra irányul. *Biokulturális* tudománynak is nevezhetjük, mert a természettudományok és társadalomtudományok határmezsgyéjén helyezkedik el, más-más nézőpontból tanulmányozva tárgyát, az embert. Az orvosi antropológia még fiatal tudományág, Nyugat-Európában a nyolcvanas évektől kezdődően kezdett terjedni, és megjelenése hazánkban sem késett túlságosan sokat. Ez elsősorban Buda Béla munkásságának köszönhető, aki már a kilencvenes évek vége felé bevezette a társadalomtudományi irányultságot az orvosegyetemi képzésbe, és foglalkozott a medikalizáció, a szerhasználat és az addikció orvosi antropológiájával is.

Az antropológia kifejezetten gyakorlatias céllal jelent meg a medicina területén, a fejlődés akadályát képező egészségügyi szokásokat és hiedelmeket tanulmányozta különböző közegészségügyi rendszerekben. Megkérdőjelezte a biomedicina egyeduralmát, s kritikusan vizsgálta a nyugati orvoslásban 150 évvel ezelőtt meggyökerezett racionalizáló, naturalizáló, természettudományos látásmódot. Az orvosi antropológiai megközelítés a biológiai-naturalista kontextusú kórképet szociokulturális betegségképpé konvertálja, s ezt a fajta kulturális beágyazottságot az egyes betegségek populáción belüli egyenlőtlen eloszlása is alátámasztani látszik.

Egy küszöbön álló sajátos fordulatnak, mondhatjuk paradigmaváltásnak lehetünk részesei tehát, amelynek lényege a *magatartástudományi* szemlélet térnyerése az orvoslás világában. A magatartástudomány részterületei maguk is interdiszciplináris területek, mint az orvosi pszichológia, orvosi szociológia, orvosi antropológia, orvosi kommunikáció. A krónikus betegségek előfordulási gyakoriságának növekedésére, a szemléletmódbeli változás szükségességére irányítja a figyelmet, egyszóval arra, hogy a ma emberének egészségét a természettudományos eredményeken túl leginkább a *viselkedése*, azaz életszemlélete, kapcsolatai, értékpreferenciája határozza meg. A betegségekre koncentráló orvoslás mellett tehát legalább akkora szükség van a páciens szimbolikus szükségleteire rezonáló, *egészségtanulást* és kompetenciafejlesztést is magában foglaló gyógyításra is. Ám ez az újszerű megközelítés a gyógyítóktól is másféle hozzáállást kíván, igazi részvételt, ami nem egyszerű feladat. Egy olyan praxis kialakítását követeli meg, amely meghaladja az ok-okozati összefüggésekre koncentráló diagnosztikus irányultságot, és képes az émikus megértés pozíciójába helyezkedni. Az orvosgyógyszer, a találkozásban és a kapcsolatban rejlő „gyógyopotenciál” ereje régóta ismert és elismert.

A számos témakört feldolgozó könyvből egy, a szerhasználat orvosi antropológiáját tárgyaló fejezetet szeretnék kiemelni, különös tekintettel Rácz József az ifjúsági kultúra antropológiai vonatkozásait vizsgáló írására. A fejezet bevezetőjében Pikó Bettina a szerhasználatra vonatkozó kulturális antropológiai elemzések kiindulópontjaként az egyes szerek szimbólumjellegét, illetve a szerfogyasztásához kapcsolódó rítusokat jelöli meg. Pikó a modern társadalmak paradoxonát abban látja, hogy a gyorsan és folytonosan változó környezet nem kínál az egyén számára sem stabil kapaszkodókat, sem begyakorolt rítusok mentén működő mikroközösségeket. A gyökértelenség alapélmény tehát, amelyben a valahova tartozás élményének hiányát és a valódi emberi kapcsolatok létesítésének nehézségeit az életút kiszámíthatatlansága tetézi.

Rácz József az *ifjúsági kultúrákat* változatos *szcénák* halmazaként jellemzi. Megidézi a szubkultúra-kutatás két „városi antropológiát” alkalmazó iskoláját: a *Chicago-i iskolát* (1920-1930), illetve az annak folytatásaként felfogható *szimbolikus interakcionista* deviancia- és szubkultúra-kutatást (1960-1970), valamint az 1970-1980-as években, Angliában zajlott kutatásokat. Ez utóbbi a szubkultúrák ellenállását és rítusait a középosztály hegemoniájával való szembehelyezkedésként értelmezte. A legújabb kutatások már nem használják a stigmatizáló szubkultúra-fogalmat, helyette a „folyékony modernitásban” egymással párhuzamosan jelenlévő szcénákként határozzák meg azokat.

Vajon mi köze az ifjúsági kultúrákhoz az orvosi antropológiának? – teszi fel a kérdést a szerző. Az ifjúsági kultúrák bizonyos jelenségeit (pl. droghasználat, problémaivás, kockázatvállalás, antiszociális viselkedés) betegségként definiáljuk, és az orvosi-közegészségügyi-mentális ellátás hatáskörébe utaljuk,

ott igyekszünk kezelni azokat. A medikalizáló betegségmodellhez képest az antropológia a vizsgálódó számára sajátos pozíciót jelöl ki, ahonnan előzetes feltevéseit és azok módosulását szemrevételezheti és újraalkothatja. A szerző az ifjúsági szcénák antropológiai értelmezésében az Arnold van Gennep nevéhez fűződő *átmeneti rítusok* koncepcióra, valamint az *Ulrich Beck* által bevezetett *kockázati társadalom* megközelítésre támaszkodik.

Egyáltalán nem új keletű, de a mai napig érvényes van Gennep átmeneti rítusokról írt műve (*Les rites de passage*, 1909) – az antropológiai vizsgálódások tárgya, az ember, úgy látszik, már csak ilyen „rég” marad. Röviden említsük meg, hogy van Gennep az átmeneti rítusok három fázisát különbözteti meg, s a középsőt liminalitásnak nevezi. A liminalitás jellegzetessége a *communitas*, ahol az „egymással egyenlővé váltak” szolidáris közösséget alkotnak. Rácz szerhasználókkal készített két kutatást mutat be az átmeneti rítus illusztrálására. Péley szerint a mai fiatalok egy beavatás-hiányos társadalomban válnak felnőtté, mert a modern társadalmak intézményesen már nem biztosítják a beavatási rítusokat. A droghasználókkal készített interjúkból az tűnik ki, hogy a *beavatáshiány* következtében a *szeparáció* tartóssá válik és nem alakul ki az új (felnőtt) identitás. A szerhasználókat mintegy „bekebelezi” az átmeneti lét. Vajon létezik-e szabadulás az átmeneti létből? Erre a kérdésre Kelemen és B. Erdős „felszabadulási rítust” tanulmányozó kutatása adhat választ. Egy terápiás közösségben a programot befejezők beszédeit vizsgálták meg: a beszédek sajátosságai és a „felépülőben lévő” további sorsa közötti összefüggéseket keresték. Azt találták, hogy akiknek a beszédét a spontaneitás, az öironikus és önkritikus elemek, a közös emlékek felelevenítése jellemezték, kevésbé estek vissza, mint általánosságokban fogalmazó, monologizáló társaik. Míg az előző kutatás hangsúlyja a szeparációra, ez utóbbi az *inkorporációra*, azaz társadalomba való visszailleszkedésre helyezte a hangsúlyt.

A szerző a szerhasználatról szóló diskurzusban a kockázat fogalmát kulcskérdésnek tekinti, és *Beck* nyomán az ifjúsági kultúra e domináns témáját a *kockázati diskurzus* prizmáján keresztül veszi szemügyre. Az *epidemiológiai modell* szerint az egyén a kockázati csoport tagja, a kockázat objektív (fertőzésveszély), a kockázatos magatartást folytató személy normasértő (droghasználó, túhasználó). Az *antropológiai modell* a szerhasználó perspektívájából vizsgálja a jelenséget, például a közös túhasználat jelentését (csoporthoz tartozás, férfi dominancia elismertetése). Az antropológiai megközelítés az egyén választását hangsúlyozza, ami az adott szituációban akár „értelmesnek” is felfogható, s inkább kockázatvállaló, mint az epidemiológiai modell „kiszolgáltatott”, kockázatnak kitett alanya. A két modellt összehasonlítva a szerző arra a további következtetésre jut, hogy a szerhasználat következményeit tekintve is másra helyezik a hangsúlyt: míg a szerhasználó perspektívájával azonosuló antropológiai modell a stigmatizációt és a tehetetlenség érzését állítja előtérbe (ezen a ponton a szerző, úgy vélem, nem

RECENZIO

számol egyéb lehetséges kimenetekkel, mint például a segítségkérés), a tárgyát „kívülről”, étikusan megközelítő epidemiológiai modell a prevenció, illetve az ártalomcsökkentés célkitűzését emeli ki.

Rácز munkásságának egyik sarokpontja az ártalomcsökkentés iránti elköteleződése. Az injekciós droghasználók ártalomcsökkentésével kapcsolatosan a szerző a *tűcsere* intézményét emeli ki, s egy érdekes orvosi antropológiai jelenségre hívja fel a figyelmet. A kliensek a tűcsere szolgáltatást nem elsősorban a fertőzések megelőzése érdekében veszik igénybe, hanem inkább üzleti céllal, a kapott steril tűket eladják. Rácз megemlíti, hogy orvosi-közegészségügyi szempontból a tűcsere programok sajátos evolúción mentek át, a mozgalomként induló vállalkozás később tudományos bizonyítékokra alapuló intervencióként az európai és magyar drogpolitika részévé vált (míg ez az amerikai drogpolitikában ez nem következett be).

A droghasználók szempontjából a drogszcéna egy értelmes világ, sajátos kommunikációval, együttműködéssel és a drogfogyasztáshoz kapcsolódó rítusokkal. A *partitörzsek* világáról etnográfiai nézőpontú írások is születtek; a szerző ezzel összefüggésben összefoglalja a partikultúra legfontosabb irányzatait (drum and bass, goa etc.), illetve tisztázza az underground és mainstream viszonyát. A partikultúra és partiélmények kapcsán az olvasóban felmerülhet, hogy ez a terület – van Gennep átmeneti rítusokra alapozott megközelítése alapján – további kutatást és elemzést érdemelne. Mintegy „adja magát”, hogy ezek a spontán kialakuló ifjúsági áramlatok valamiféleképpen az intézményes beavatáshiányt ellensúlyozzák. A tanulmány a rekreációs droghasználattal kapcsolatosan a „*kalkuláló hedonizmus*” jelenségére hívja fel a figyelmet. Featherstone szóalkotása a belsőleg kontrollált és szabad választáson alapuló, késő modernkori „élvezetre” utal (ellentétben a kényszeres szerhasználattal), beemelve azt a kockázati diskurzus kontextusába.

A szerzőtől nem idegen a sok szempontú, módszertanában képlékeny antropológiai megközelítés, 2006-ban megjelent kvalitatív drogműtatókat összegző könyve már tanúbizonyságot adott erről. Ebben az írásában is megmutatja a kvalitatív megközelítés távlatait és a szintézis lehetőségét. A tanulmány alkalmas arra, hogy az olvasó a droghasználattal kapcsolatos ismereteit szélesebb összefüggésben is értelmezhesse.

Szerzőink

Authors

B. ERDŐS MÁRTA, habil. dr. – tanszékvezető egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem BTK, Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék; erdos.marta@pte.hu

BRÁVÁCZ BALÁZS – a Megálló Csoport Alapítvány munkatársa

BRLAS, SINIŠA, prof. dr. – Psychology Professor, Psychologist at Department of Prevention and Outpatient Addiction Treatment with Protection of Mental Health at the Institute of Public Health of Virovitica-Podravina County "Sveti Rok" Ljudevita Gaja 21, 33 0000 Virovitica, Croatia; sinisa.brlas@vt.t-com.hr

ELLSWORTH, MONIQUE – MSW, Doctoral Student, Florida State University College of Social Work; Assistant Director of Services, Renaissance Community Center; monique.ellsworth@gmail.com

FARKAS ATTILA – szociális munkás, Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum; farkas.attila@valamimas.neta

GOMORY, TOMI, dr. – Associate Professor, Fulbright Scholar, Florida State University College of Social Work; tomigomory@gmail.com

HÁGEN ZSUZSA – koreográfus, táncművész, táncpedagógus, mozgásterapeuta; hagen.zsuzsa@gmail.com

KELEMEN GÁBOR, prof. dr. – egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem BTK, Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék; kelemen.gabor@pte.hu

LANTOS KATALIN – pszichológus, Ph.D. hallgató, egyetemi tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem ETSZK, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport; lantos@etszk.u-szeged.hu

MADÁCSY JÓZSEF, dr. – egyetemi adjunktus, Pécsi Tudományegyetem BTK, Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék; madacsy.jozsef@pte.hu

MÁRK MÓNIKA – szociális munkás, Ph.D. hallgató, Pécsi Tudományegyetem, Demográfia és Szociológia Doktori Iskola; mark-monika@hotmail.com

MÁTÉ ZSOLT – szociális munkás, közösségszervező, addiktológiai konzultáns, szakmai vezető, Integrált Drogterápiás Intézet (INDIT) Közalapítvány; gergalmate@gmail.com

MIHALDINECZ CSABA – szociális munkás, PMJV Integrált Nappali Szociális
Intézmények, Közösségi Pszichiátriai Ellátás;
mihaldineczcsaba@hotmail.com

MOLNÁR DÁNIEL – doktorandusz, egyetemi tanársegéd, Pécsi
Tudományegyetem BTK, Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és
Szociális Tanulmányok Tanszék; molnar.daniel@pte.hu

RADÁNYI NORBERT – edző, a Bartendaz Hungary alapítója;
norbert.radanyi@gmail.com

VENUS, MIROSLAV, MD, M.Sc., Prim., Specialist Epidemiologist, Director of the
Institute of Public Health of Virovitica-Podravina County "Sveti Rok"
Ljudevita Gaja 21, 33 0000 Virovitica, Croatia; ravnatelj@zzjzvpz.hr

ZSOBRÁK NÓRA – szociális munka MA szakos egyetemi hallgató, Pécsi
Tudományegyetem BTK, Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és
Szociális Tanulmányok Tanszék; noraszobrak@gmail.com