

SZOCIÁLIS SZEMLE

VIII. évfolyam, 1-2. szám

2015

A Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék folyóirata

Szerkesztőbizottság:

Prof. Dr. Albert Lőrincz Enikő, PhD (Babeş–Bolyai Tudományegyetem)
Dr. Habil. B. Erdős Márta, PhD (Pécsi Tudományegyetem)
Borda Viktória (Pécsi Tudományegyetem)
Boros Julianna (Pécsi Tudományegyetem)
Dr. Brettner Zsuzsanna, PhD (Pécsi Tudományegyetem)
Prof. Dr. Flóra Gábor, PhD (Partiumi Keresztény Egyetem)
Dr. Habil. Juhász Gábor, PhD (Pécsi Tudományegyetem)
Prof. Dr. Kelemen Gábor, PhD (Pécsi Tudományegyetem)
Dr. Madácsy József, PhD (Pécsi Tudományegyetem)
Molnár Dániel (Pécsi Tudományegyetem)
Dr. Habil. Molnár Margit, PhD (Pécsi Tudományegyetem)
Prof. Dr. Michael Seltzer, PhD (University of Oslo)
Dr. Szijjártó Linda, PhD (Pécsi Tudományegyetem)
Prof. Dr. Szilágyi Györgyi, PhD (Partiumi Keresztény Egyetem)
Dr. Habil. Szöllősi Gábor, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

Főszerkesztő: Prof. Dr. Baráth Árpád, PhD (Pécsi Tudományegyetem)

Felelős kiadó: Dr. Habil. B. Erdős Márta, PhD

DTP: Dr. Madácsy József, PhD

Nyomda: Virágmandula Kereskedelmi, Szolgáltató és Oktatási Kft.
Ügyvezető igazgató: Bernáth Miklós

ISSN 1789-6983

© PTE BTK Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék, 2015

A lap e számának megjelenése és a benne bemutatott kutatások
az Emberi Erőforrások Minisztériuma
19487-2/2014-es szerződés keretében nyújtott támogatásával, illetve
a 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület közreműködésével
valósultak meg.

Tartalom

Beköszöntő [Editorial]	6
Molnár Dániel: Történeti áttekintés. A magyarországi drogrehabilitációs intézmények működésének szakpolitikai háttere [Policy background of the operation of drug rehabilitation institutes in Hungary. A historical overview]	9
B. Erdős Márta: Az értékelő kutatás egy korszerű modellje [A contemporary approach to evaluation research]	30
B. Erdős Márta, Kelemen Gábor & Szijjártó Linda: A terápiás közösségek értékelésének kérdései. A TC-k az egészségtanulás szolgálatában [Evaluating therapeutic communities. TCs in the service of health learning]	41
Brettner Zsuzsanna: Minőségfejlesztés a szociális szolgáltatásokban [Quality improvement in social services]	76
Márk Mónika: A terápiás közösségek sztenderdjei. Lépések a minőségfejlesztés felé [Standards for addiction therapeutic communities as a means of quality improvement]	82
B. Erdős Márta, Madácsy József, Brettner Zsuzsanna & Szijjártó Linda: Szervezeti sajátosságok vizsgálata: vezetői interjúk és a SEEQ kérdőív [Organizational characteristics: leaders' perspectives and the SEEQ]	92
Szijjártó Linda: Beszélgetés Horváth Máriával [An interview with Mária Horváth]	99

Kelemen Gábor: Beszélgetés Mihaldinecz Csabával [An interview with Csaba Mihaldinecz]	109
B. Erdős Márta, Szijjártó Linda, Márk Mónika, Madácsy József & Mihaldinecz Csaba: A felépülés folyamata és értékelése kliensek, valamint segítők részéről. Kvalitatív vizsgálatok [Processes and perspectives of recovery. A qualitative approach]	117
Márk Mónika & Mihaldinecz Csaba: „A múlt megszépíti az emlékeket.” A másik történet: az életesemények konstruálása a felépülőben lévők hozzátartozóinak perspektívájából [The other story: the construction of life events by recovering persons' family members]	178
Molnár Dániel, Szijjártó Linda & B. Erdős Márta: A felépülés főbb dimenziói. Kérdőíves vizsgálat bentlakásos drogterápián részt vett szenvedélybetegek körében [Major dimensions of recovery. Results of a survey conducted among former clients of residential drug therapy programs]	187
B. Erdős Márta & Kelemen Gábor: A terápiás közösségek értékelésének javasolt modellje [A possible model for evaluating therapeutic communities]	220
Márk Mónika: Jan Lees, Nick Manning, Diana Menzies & Nicola Morant (Eds.): A culture of enquiry [A kutatás kultúrája]. Recenzió [Review]	235
Kelemen Gábor: Martin Nicolaus: How was your week? Bringing people together in recovery the LifeRing way. A handbook [Milyen volt a heted? Felépülők közösségépítése a LifeRing módszerével. Kézikönyv]. Recenzió [Review]	244

Madácsy József: Mándi Nikoletta: Lokális drámák – univerzális nyelv: Terápiás közösségben felépülő szenvedélybetegek életút narratíváinak visszatérő motívumai. Doktori értekezés. Recenzió [Review]	247
B. Erdős Márta & Madácsy József: Glosszárrium [Glossary]	251
Mellékletek [Appendices]	
1. melléklet. A Social and Health Evaluation Unit (SHEU) nyitó kérdéssora	263
2. melléklet. Alumni interjú	265
3. melléklet. Fókuszcsoportos interjú	267
4. melléklet. Interjúvázlat a kritikus incidens-elemzéséhez	268
5. melléklet. Alumni kérdőív	269
6. melléklet. A CORE–OM fordítása	281
7. melléklet. SEEQ – A terápiás közösségek kérdőíve	283
8. melléklet. A felépülési tőkét mérő kérdőív angol és magyar nyelven	292
Szerzőink [Authors]	297

Beköszöntő

Editorial

E lapszám egy idén novemberben záruló alkalmazott kutatás legfontosabb eredményeit foglalja össze. A *Szociális Szemle* a múltban is gyakran közölt addiktológiai témájú írásokat, és a független értékelő kutatások területéről is jelentek már meg összefoglaló, gondolatébresztő írások. Kutatásunk most e két területet kapcsolja össze. 2014 végén tettük meg az első előkészületeket, hogy a hazai bentlakásos drogrehabilitációs intézmények munkájának értékelésére alkalmas modellt dolgozzunk ki.

Egy átfogó értékelő kutatás alkalmas arra, hogy segítse a megvalósító szervezet önértékelési tevékenységének alakítását, fejlődését. Munkánk során a szakmai kezdeményezések jövőbeni értékelési szempontjainak kialakítását, tudatosítását, és az értékelés folyamatossá tételét, a szervezet tanulásra, önértékelésre, aktív felelősségvállalásra való képességét és hajlandóságát hangsúlyoztuk. Célunk olyan értékelő modell kialakítása lett, amelynek birtokában a hazai rehabilitációs intézmények gyakorlata, eredményessége a korábbinál jobban vizsgálható, és amely mellett a szakma is el tud köteleződni, mert minden érdekelt számára fejlődési forrásokat biztosít.

Nem lehet célunk egy kötött rendszer megalkotása, amely a kliens kockázatainak kezelése helyett a kezelő intézmény vagy személyzet kockázatainak kezelésére összpontosít, azáltal, hogy önálló, felelős és körültekintő szakmai döntések helyett lépésről lépésre leírja a változó világban, változó esetekben alkalmazandó változatlan teendőket. Ugyanakkor a sztenderdek, mint keretek meghatározása segítheti a felelős döntések meghozatalát, a szükséges források azonosítását, bevonását, és ráirányítja a figyelmet a folyamatos szakmai fejlődés fontosságára. A legfontosabb fejlődési forrásoknak e területen a segítői kompetenciákat tekinthetjük.

Az értékelés komplexitásához tartozik, hogy a szerhasználat és az abból való felépülés nem csupán az érintett személyre vagy annak családjára hat ki. A felépülés egy jóval tágabb összefüggésben, az ún. környezeti vagy ökológiai prevenció oldaláról is értelmezhető: a drogrehabilitációs intézmények létrehozásával és működtetésével a társadalom saját értékrendjét kommunikálja az érintettek felé. Elvárást közvetít, és egyúttal reményt nyújt számukra. Lehetőséget ad a korábban

deviáns életpályát bejáró problémás szerhasználónak arra, hogy saját személyes élettörténetét harmonizálja ezzel az értékrenddel.

Kutatásunk további jelentősége, hogy egy ilyen kezdeményezés szorosabbra fűzheti, egyúttal értőbbé-megértőbbé alakíthatja elméleti és gyakorlati szakemberek és döntéshozók kapcsolatát, hatékonyabbá teheti a közös munkát. Az általunk alkalmazott értékelő modell, a Trident filozófiáját és gyakorlatát egyértelműen ez az együttműködést optimalizáló törekvés hatja át.

A szerkesztők számára azonban komoly kihívást jelentett, hogy miképpen lehet a munkánk eredményeképpen keletkezett terjedelmes kutatási jelentést – amelynek részét képezték recenziók, tartalmi összefoglalók, és a tartalomelemző vizsgálatok megvilágító erejű, de olykor hosszadalmas szövegidezetek – önmagukban is értelmezhető, rövidebb írásokká átdolgozni. Az Olvasót remélhetőleg a tanulmányok (fejezetek) sorrendje és a szöveg hivatkozásai megfelelően segítik majd a tájékozódásban.

A kutatás megvalósításához sokak segítő hozzáállására, támogatására volt szükség. Köszönjük az Emberi Erőforrások Minisztériumának, hogy szándékainkat megértették, és kutatásunkat támogatták. Külön köszönet illeti Müller Évát, a Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs osztály vezetőjét.

Hálával tartozunk Roger Ellis professzornak, értékelő kutatónak (SHEU International) hasznos tanácsaiért, és Allen Erskine trénernek (Identity Exploration Limited) segítő közreműködéséért.

Köszönettel tartozunk a kutatásban részt vevő rehabilitációs intézmények – a kovácsszénájai Mérföldkő Egyesület, a magyarózdai Bonus Pastor Alapítvány, a ráckeresztúri Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió és a zsbriki Kallódó Ifjúságot Mentő Missziós Támogató Alapítvány – vezetőinek, stábjának, klienseinek és volt klienseinek, a komlói Leo Amici 2002 Alapítvány alumni tagjainak és a felépülő szenvedélybeteg közösségeinek, hogy önzetlenül segítettek munkánkat, és közülük többen olvasták, kommentálták a kutatási jelentés első változatát.

Ismeretlenül is hálásak vagyunk két anonim lektorunknak, akik értő módon véleményezték formaújító munkánkat, támogató, biztató hozzáállással segítettek bennünket, ugyanakkor felhívták figyelmünket a fejlesztendő területekre.

Köszönjük a MADRISZ vezetőjének, Topolánszky Ákosnak a kutatás előkészítése és lezárása körüli segítségét.

S végül köszönjük Ragadics Tamásnak, a 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület titkárának, hogy együttműködésünket gördülékennyé tette.

A szerkesztők

Történeti áttekintés. A magyarországi drogrehabilitációs intézmények működésének szakpolitikai háttere

Policy background of the operation of drug rehabilitation institutes in Hungary. A historical overview

MOLNÁR DÁNIEL

Összefoglalás

A tanulmány a drogrehabilitáció témakörének megjelenését vizsgálja a drogpolitika szempontjából releváns stratégiai dokumentumok felhasználásával. A rendszerváltást megelőző időszak, majd a '90-es meghatározó jelentőségű szakpolitikai dokumentumainak áttekintését követően részletesen foglalkozunk a 2000-ben elfogadott Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására című dokumentum drogrehabilitációt érintő részeivel, illetve a stratégiai program értékelésével. A tanulmányban ismertetjük az Országgyűlés által 2009-ben és 2013-ban elfogadott drogstratégiák drogrehabilitációt érintő célkitűzéseit.

Kulcsszavak: drogpolitika – nemzeti stratégia – drogrehabilitáció

Abstract

The study examines the appearance of the topic of drug rehabilitation based on the relevant strategic drug policy documents. After the overview of the decisive policy papers of the period before the change of regime and the 1990s, we focus on the rehabilitation-related parts and evaluation of the Hungarian National Strategy to Combat Drugs of 2000. We give an overview of the goals connected to drug rehabilitation of the national drug strategies of 2009 and 2013.

Keywords: drug policy – national strategy – drug rehabilitation

A rendszerváltozás előtt

A kábítószer-fogyasztás problematikájának terápiás kezelésére irányuló törekvések már a rendszerváltozás előtt megjelentek Magyarországon. Az egyik első, szakpolitikai relevanciával is bíró dokumentum 1974-ből

származik. Az *MSZMP Párt és Tömegszervezetek számára írt feljegyzés*ben dr. Kisszékelyi Ödön rendőrorvos alezredes számol be a hazai kábítószerhelyzetről, amely ebben az időszakban a visszaélészerű gyógyszerhasználatot és a „ragasztóanyagok” inhalálását jelentette. A problémakezelési javaslatok körében megjelent a szerhasználók kezelését végző intézményre vonatkozó javaslat is: „Tekintettel arra, hogy mind a Parkánszedés, mind a ragasztószívás után előfordulnak átmeneti elmezavar állapotok, továbbá, mivel az elvonás hosszadalmas és megfelelő szakképzettséget igényel, célszerűnek látszik egy kórházi idegosztály kijelölése, mely profilját tekintve elsősorban a toxicoman esetekkel foglalkozna. (Lengyelországban és Nyugaton működnek ilyen osztályok.)” (Kisszékelyi, 1974, idézi Tóth, 2010)

A '80-as évek közepére megváltozott, súlyosbodott a magyarországi kábítószer-problematika: újabb fogyasztói csoportok (fiatalabbak, nők) és fogyasztási mintázatok (házi mákkészítmények, Hydrocodin stb.) jelentek meg, egyúttal csökkent a szerhasználat ideológiai összetevőinek jelentősége, intenzívebbé vált a kriminalizálódás. (OKBI, 2006) A szocializmus idealizált emberképével nem volt összeegyeztethető a kábítószer-fogyasztás. A problémakezelés gyakorlati teendőit egyházi szervezetek vállalták fel. Különösen aktív volt a Magyarországi Református Egyház, amelynek több református gyülekezete – például az Erdős Eszter vezette budapesti Gorkij fasori – is foglalkozott szerhasználókkal. 1983-ban a Magyarországi Evangéliumi Egyházak Ökumenikus Tanácsa létrehozta a Kallódó Ifjúságot Mentő Missziót, amelynek titkára kezdetben Erdős Eszter volt, később Topolánszky Ákos lett. A későbbiekben meghatározó drogpolitikai szereplővé vált lelkész visszaemlékezései szerint nagyjából 1984-85 környékén kezdett enyhülni a korábban ellenséges légkör, ezután kapott médiafelületet és valamennyi – bár a problémakör hatékony kezeléséhez nem elégséges mértékű – támogatást a terület. (Molnár, 2015) A '80-as évek végén a szenvedélybetegekkel már az evangélikusok (lelki segélyszolgálatok által történő megelőzés), a baptisták (klubfoglalkozások) és a katolikusok (drog munkacsoport felállítása) is foglalkozni kezdtek. Érdeemes utalni Xantus János *Rocktérítő* című filmjére, amely Pajor Tamás megtérésén keresztül a szélesebb közvélemény számára is ismertté tette az istenhit és a vallás lehetséges szerepét a felépülésben. A vallásos szemlélet bűnnek és nem betegségnek tekintette a szerhasználatot, a megtérésélmény pedig még súlyos személyiségzavarok esetében is hatékonyan segíthette az absztinencia elérését. (Rácz, 1988)

Az Országos Kémiai Biztonsági Intézet tanulmánya 1985-re datálja a drogproblémához kapcsolódó politikai és ideológiai fordulatot. Ebben az évben fogadták el a fiatalkori bűnözéssel foglalkozó minisztertanácsi határozatot, amelyben már konkrét intézkedéseket sürgettek a kábítószer-probléma átfogó (megelőzést, gyógykezelést, utókezelést és rehabilitációt érintő) kezelésével kapcsolatban. Létrehozták az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Drog Albizottságát, amelynek drogprogramja 1987-ben kezdett működni. A '80-as évek második felében évente ~3000 fő jelentkezett kábítószer-problémák miatt egészségügyi kezelésre. A budapesti Korányi Kórházban 1985 és 1989 között 1587 ilyen beteget kezeltek. (OKBI, 2006)

Drogrehabilitációra irányuló szakpolitika az 1990-es években

A problémakezelés intézményesülésének fontos állomása volt az 1991-es év, amikor az Antall-kormány az *1013/1991. (II. 28.) Korm. határozattal* létrehozta a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottságot (KTB). A bizottság feladatai közé tartozott a belföldi és külkapcsolati kábítószerügyi koordináció, a forráselosztásra vonatkozó javaslatok kidolgozása, a döntések végrehajtásának ellenőrzése, illetve a „kábítószer ellenes nemzeti stratégia” kidolgozása. A későbbi értékelések (pl. Nemzeti Stratégia, 2000, p. 35) a KTB működését ellentmondásosnak és nem kellő hatékonyságúnak minősítették, ezért szerepét a 1998-ban Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB)¹ vette át.

1993-ban Grezsa Ferenc tekintette át a hazai addiktológia aktuális helyzetét. A pszichiáter végzettségű, szenvedélybeteg-ellátás területén is tapasztalt országgyűlési képviselő négy olyan drogpolitikai összetevőt nevesített, amely jelentős volt a drogterápiás intézetek működése szempontjából:

1. 1991 óta a drogterápiás intézetek támogatása önálló normatívaként szerepelt a központi költségvetésben. Az elszámolás alapját az ápolási napok képezték, a megállapított normatíva azonban nem fedezte a tényleges költségeket.

¹ A KKB rövidítés jelen tanulmány írásakor is hatályos, de a jelentése, illetve a testület neve a *1089/2013. (III. 4.) Korm. határozat* elfogadásával Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottsággá változott.

2. A Társadalombiztosításról szóló törvény 1992. évi módosítása nyomán kötelezően finanszírozandóvá vált a hosszú idejű terápiás intézetek működése olyan esetekben is, ha azok elsődlegesen nem egészségügyi jellegűek, de tevékenységük megfelel a terápiás követelményeknek.
3. A szociális törvény (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról) a néhány éven belül kötelezően létrehozandó intézménytípusok között nevesítette a szenvedélybetegek rehabilitációs intézményét.
4. A pályázati lehetőségek bővülése a szenvedélybeteg-ellátás területén is lehetőséget biztosított bizonyos fejlesztésekre. A szerző példaként említi a Szegedi Drogközpont rehabilitációs részlegének megépítését. (Greza, 1993, p. 272)

A magyar Országgyűlés első, deklaráltnak a kábítószer-problémával foglalkozó bizottságának felállításáról a 111/1996. (XII. 19.) OGY határozat rendelkezett. A kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozandó országgyűlési eseti bizottság tevékenységéről a 125/1997. (XII. 18.) OGY határozat adott számot, amely az eseti bizottság jelentésének tartalmát foglalta össze, egyúttal meghatározta a következő időszak feladatait. A határozat rögzítette, hogy „a kábítószer-problémával foglalkozó egészségügyi, szociális, oktatási, rendészeti, jogi, bűnüldözési és büntetés-végrehajtási intézményrendszer fejlesztésre szorul”, egyúttal deklarálta a drogbetegek kezelésére vonatkozó egészségügyi finanszírozási rendszer kidolgozásának szükségességét, amelyhez 1998. január 31-ei határidőt rendelt. Utasította a KTB-t, hogy 1998. március 31-ig készítse el a nemzeti kábítószer-stratégiát.

Bár Magyarország első nemzeti drogstratégiája elkészült 1998-ban, nem szavazott róla az Országgyűlés, és így értelemszerűen nem is emelkedett jogerőre. A dokumentum 2.4. alfejezete foglalkozik a drogbetegek rehabilitációs intézményeivel. A rövid helyzetértékelés kitér arra, hogy az 1998-ban 7 működő és beteget kezelő intézmény teljes befogadóképessége kb. 100 fő, ami nagyjából azonos létszámú várólistákkal egészül ki. Az akár 12 hónapos várakozási idő miatt a stratégia az intézmények számának rövid távon megduplázására, hosszabb távon megháromszorozására tett javaslatot. Rögzítette továbbá azt is, hogy „az intézetek többsége az elhelyezkedésre, légtérre, elszállásolásra és ellátásra vonatkozó egészségügyi törvény előírásainak teljes egészében – pénzihiány miatt – nem tudnak eleget tenni.” E lapszámban bemutatott kutatás szempontjából kiemelt jelentőségű az a megállapítás, miszerint a

drogrehabilitációs intézetek „működését semmilyen hatékonyság-vizsgálat nem kontrollálja. Egyes intézetek saját munkájukat minősítik, azonban szükségesnek mutatkozik egy átfogó, valamiféle felettes szakmai kollégium, vagy szervezet hatékonyság minősítése.” Noha a minőségi kontroll hiánya a problémák felsorolásában is megjelenik, ehhez kapcsolódó – az előzőekben idézettnél konkrétabb – megoldási javaslat nem szerepel a cselekvési tervben. A drogrehabilitációs intézetek működésével kapcsolatban a dokumentum az alábbi teendőket rögzítette:

- Stabil finanszírozási források biztosítása: az egyik forrás lehet a törvény által előírt szociális helyzettől függő hozzájárulás a kezelt részéről, a másik forrás mindenképpen a társadalombiztosítás finanszírozása, amelyre alapot kell elkülöníteni. A finanszírozáshoz felhasználható a munkaügyi rehabilitációs alap, illetve további rehabilitációs alapot kell elkülöníteni.
- Az intézményektől meg kell követelni, és finanszírozásuk feltételévé kell tenni, hogy a felhasznált forrásokkal elszámoljanak.
- Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megyei keretein felüli ágylétszámot kell biztosítani.
- Pályázatot kell kiírni a speciális rehabilitációs intézetek részére, egyúttal biztosítani kell azok kontrollját.
- A meglévő férőhelyek bővítése 200 ágygal 1999 végéig, úgy, hogy a már működő intézmények lehetőséget kapjanak ágyszámuk megkétszerezésére.
- A helyi önkormányzatoknál távolsági megkötés nélkül kell rehabilitációs alapokat elkülöníteni. A területi ellátási kötelezettségen felül az intézetek az ország egész területéről fogadhatnak betegeket azzal, hogy a kezelt állandó lakhelye szerint illetékes önkormányzata adhasson támogatást az erre elkülönített keretéből.
- A rehabilitáció törvényi szabályozása a "drogtörvényen" belül.
- A törvény végrehajtási utasításaiban a konkrét állami és társadalmi szervek és azok kötelességeinek megnevezése, akik a további részletszabályozást elvégzik.
- A gyógyult drogbetegek számára a rehabilitációs intézetek elhagyását követően az állam nyújtson támogatást. Akár meghatározott ideig táppénz vagy egyéb anyagi támogatás nyújtásával, akár kiemelten kezelt reszocializációs programokkal, munkához jutás támogatásával. Külföldön bevált tapasztalat, hogy a gyógyult szenvedélybetegeket átmenetileg, segítőként,

valamilyen drogkezelő rendszerben foglalkoztatják. Ehhez további anyagi forrásokat kell biztosítani.

- A törvényelőkészítő munkában javasolták alkalmazni és figyelembe venni a Pszichiátriai Szakmai Kollégium drogterápiás közösségek működésének irányelveivel kapcsolatosan Budapesten 1997. április 7-én elfogadott állásfoglalását. (Nemzeti drogstratégia, 1998)

Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására (2000)

Bő másfél éves előkészítést követően (Topolánszky, 2009) az Országgyűlés 2000. december 5-én fogadta el a *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című stratégiai programot. A szakanyag helyzetelemző fejezete nem foglalkozik explicit módon a drogrehabilitációs intézményekkel, de leszögezi, hogy „[k]omoly problémát jelent a kábítószer-használók elérését és a gyors kapcsolatfelvételt, a korai bajmegállapítást lehetővé tevő egészségügyi és szociális szolgálatok fejletlensége, vagy az ország jelentős területein ezek teljes hiánya” (p. 15), illetve „Magyarországon a kábítószer-használókkal foglalkozó kezelési lánc minden eleme alulfejlett és kapacitási problémákkal küszködik.” (p. 17)

A terápiák eredményességéről szóló alfejezetben (6.3.3.) a stratégia rögzíti, hogy „[b]iztosítani kell régióként és megyéenként (...) a hosszú távú kezelés: a pszichoszociális problémák segítése, a visszaesés megelőzése és a rehabilitáció egységes lehetőségét. Ezek a szolgáltatások multidiszciplináris team meglétét igénylik, melynek tagjai az orvos (pszichiáter, addiktológus), a pszichológus, a szociális munkás, a gondozó/ápoló, a különböző foglalkozású terapeuták, az addiktológus konzultáns, a jogász, a lelkész, és lehetőség szerint a felépült szenvedélybeteg.” (pp. 82-83)

A kezelés céljai és cselekvési terve című alfejezetben (6.3.4.) a dokumentum – egyebek mellett – az egészségügyi és a szociális ellátás elérhetőségének, fogadókészségének és hatékonyságának növekedését említi hosszú távú célként. A középtávú célok részletezésekor felsorolásra kerülnek az ellátórendszer fejlesztésének szempontjai, amelyek a kapacitás, elérhetőség, hatékonyság, differenciáltság, komplex biopszichoszociális szemlélet, multidiszciplináris kezelőszemélyzet kritériumai mellett a minőségkontrollt és a finanszírozást is magukban foglalják.

„Ma sok civil szervezet foglalkozik droghasználók rehabilitációjával, illetve a rehabilitáció egyes elemeivel. Munkájukról és annak hatásköréről, költséghatékonyság mutatóiról azonban nem rendelkezünk megbízható adatokkal. A jól működő szervezetek azonban közfeladatokat látnak el, mely közpénzek felhasználását is jelenti. Közpénzeket pedig csak szakmailag, pénzügyileg megfelelő módon működő szervezetek kaphatnak. A szakmai protokollok kidolgozása szakmai testületek feladata, ellenőrzésük pedig szakmai és hatósági jogkör. Ma még hiányoznak, nem kellően elterjedtek, vagy nem széles szakmai konszenzuson nyugszanak a civil szervezetek minőségbiztosításának szempontjai. Újra kell gondolni a finanszírozás elveit. A droghasználók kezelésének és rehabilitációjának finanszírozásába az Országos Egészségbiztosítási Pénztár mellett más pénzforrásokat is be kell vonni: a központi költségvetésből és az önkormányzatok pénzalapjaiból kell finanszírozni az intézményfejlesztést. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár jelenlegi szolgáltatás- és gyógyszer finanszírozási eljárása, valamint intézménybefogadási gyakorlata nem teszi lehetővé a droghasználók széleskörű kezelését és az intézményrendszer bővítését.” (p. 86)

A rövid távú célok körében a terápiás közösségeket is nevesíti a dokumentum.

„Hosszúterápiás intézmények, terápiás közösségek. Egyedülálló lehetőséget jelentenek a súlyos drogfüggők drogmentes életének kialakításában: ezeknek a függő betegeknek lényegében egész élettevékenységüket újra kell tanulniuk. Erre a 24 órás ellátást biztosító, több hónapos, éves rehabilitációs kezelése alkalmasak. Ezekben az intézményekben a felépült szenvedélybetegeknek mint szerepmoделleknek és mint segítőknek fontos szerep jut. A terápiás intézetekben – a jelenlegi kb. 200 ágyas férőhelykeretnek – rövid távon 200 ágygal történő fejlesztése indokolt, közép távon pedig összesen 500 férőhely-kapacitás elérésére kell törekedni.” (p. 91)

A rehabilitációs és reszocializációs kapacitásokat érintő célok között megjelenik, hogy a „szolgáltatások jelentős fejlesztése illetve modell-intézmény hálózat kialakítása indokolt.” (p. 91)

A *Nemzeti Stratégia* félidejének értékelését a holland Trimbos Instituut végezte el 2005-ben. A kutatás során 17 kiválasztott rövid- és középtávú cél megvalósulását is vizsgálták, amely közül kettő – a segítő kapcsolatokba kerülő szerhasználók számának növekedése az ellátórendszer minden szintjén, illetve a szenvedélybetegekkel foglalkozó szakemberek továbbképzése – a drogrehabilitációs intézmények működése szempontjából is releváns. Míg a lokális drogpolitikai színtereken, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban dolgozó szakemberek szerint mindkét cél elérése folyamatban van („working on it”), addig a nemzeti szinten működő válaszadók körében az elsőként említett cél elérésének megítélése nem egyértelmű, a továbbképzésekkel kapcsolatos célkitűzések pedig részben teljesültek. (Gallà et al., 2006, pp. 57, 90)

2007-ben a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló *1094/2007. (XII. 5.) számú Korm. határozat* több pontja is nevesített olyan teendőket, amelyek a drogrehabilitációs intézményeket érintették. A 7. pont szerint 2008 decemberéig „[k]i kell alakítani a kábítószer-használókkal foglalkozó egészségügyi és szociális intézmények kábítószerhasználat kezelésével összefüggő minőségügyi és értékelési rendszerét, illetve az ehhez kapcsolódó szakmai irányelveket.” A 15. pont szerint 2009 decemberéig „[k]i kell alakítani a kábítószer-függő személyek rehabilitációs ellátása teljes körű finanszírozásának feltételrendszerét és ezen belül a különleges célcsoportok (fiatalkorúak és gyermekek, terhes anyák, gyermekeikkel együtt kezelésbe vontak, HIV/AIDS érintettek, kettős diagnózisúak stb.) szükségleteit figyelembe vevő speciális ellátási formák működési feltételeit.” Mindkét feladat esetében a szociális és munkaügyi, illetve az egészségügyi minisztert jelölték ki felelősként.

A stratégiai időszak végén, 2009-ben készített értékelés (Vitrai, 2009) több módszer kombinálásával határozta meg a 2000-ben rögzített célok megvalósulásának mértékét. Egyfelől tartalomelemzést végeztek a Drog Fókuszpont (Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ) éves jelentéseinek felhasználásával. Ezzel a módszerrel a következőket² állapították meg a kezelés, ellátás pillér céljainak teljesülésével kapcsolatban:

² Jelen tanulmányban a forrásműben közölt tételek egy kisebb, a drogterápiás intézmények szempontjából releváns hányadát közöljük.

Hosszú távú célok	
Megállítani és visszafordítani a droghasználókkal küzdők számának emelkedését.	Nem valósult meg.
A droghasználat okozta társadalmi és egészségügyi ártalmak és károk csökkentése.	Nem valósult meg.
Az egészségügyi és a szociális ellátás elérhetőségének, fogadókészségének és hatékonyságának növekedése, a droghasználók (droghasználók és családtagjaik) kezelésében – a „kezelési spektrum” teljes kiépülése, megfelelő kapacitással.	Nem valósult meg.
A szenvedélybetegek szociális ellátásának fejlesztése, a differenciáltabb intézményi ellátások állami támogatása.	Megvalósult
Középtávú célok	
A droghasználók egészségügyi kezelésének társadalmi és szakmai elfogadottságának növekednie kell.	Nem valósult meg.
A segítő kapcsolatban (a kapcsolatfelvételtől a kezelésen át a reszocializációig) résztvevő droghasználók számának növekedése.	Részben megvalósult. Ami megvalósult: drogambulanciákon kezelték, elterelésben résztvevők, metadon programban résztvevők, túcscere programban résztvevők, hosszúterápiás rehabilitációs programban résztvevők számának növekedése.
A segítői spektrum fejlesztése az alábbiak tekintetében:	
Kapacitás növelése	Részben megvalósult. Ami megvalósult: drogambulanciákon kezelték, elterelésben résztvevők, metadon programban résztvevők,

MOLNÁR D.: TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS...

	túcsere programban résztvevők, hosszúterápiás rehabilitációs programban résztvevők számának növekedése.
Könnyen, megbélyegzésmentesen és jogi értelemben védett módon elérhető kezelőhelyek biztosítása, melyek a korai kezelésbevételét is biztosítani képesek.	Megvalósult.
Kezelési hatékonyság növelése azért, hogy a kezelés során az absztinencia mellett a produktív élet megvalósítását is célul tűzzük ki.	Nem valósult meg.
Differenciálni, azonosítani és alkalmazni kell azokat a beavatkozási formákat, melyek az adott állapot súlyosságának és típusának leginkább megfelelnek.	Nem valósult meg.
Komplex bio-pszicho-szociális modell: szakítani kell azzal a megközelítéssel, mely a méregtelenítés kizárólagosságát hirdeti.	Megvalósult.
Multidiszciplináris kezelőszemélyzet.	Nem valósult meg.
Közösségi megközelítés (közösségi szenvedélybeteg ellátás, önszolgáltató csoportok).	Megvalósult.
Az egészségügyi és a szociális ellátás közötti együttműködés.	Megvalósult.
Kábítószer-használókkal foglalkozó egészségügyi és szociális (állami, önkormányzati és civil) intézmények minőségbiztosítása és értékelése.	Nem valósult meg.
Civil szervezetek minőségkontrolljának kialakítása.	Nem valósult meg.
A droghasználók kezelésének és rehabilitációjának finanszírozásába az Országos Egészségbiztosítási Pénztár mellett más pénzforrásokat is be kell vonni: a központi költségvetésből és az	Megvalósult.

önkormányzatok pénzalapjaiból kell finanszírozni az intézményfejlesztést.	
A graduális (nappali) képzésben (orvos, pszichológus, szociális munkás képzés, ápoló, diplomás ápoló képzés) speciális blokkokat szükséges bevezetni.	Nem valósult meg.
Rövid távú célok	
Kezelési kapacitás növelése az állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek fenntartásában működő terápiás és rehabilitációs intézmények tekintetében.	Nem valósult meg (rövid távon).
Hosszúterápiás intézmények, terápiás közösségek (kapacitásbővítés).	Megvalósult.
Rehabilitációs és reszocializációs kapacitás fejlesztése.	Nem valósult meg.
Közösségi programok: elsősorban volt drogbetegek és hozzátartozóik önszegítő vagy kulturális csoportjai tartoznak ebbe a kategóriába. Meg kell erősíteni a narkománok önszegítő csoportjainak (NA) működését.	Nem valósult meg (csak hosszú távon).
Droghasználók és -függők kezelése finanszírozási elveinek javítása.	Részben megvalósult. Ami megvalósult: pályázatok, normatív támogatás.
Az Egészségügyi és az Adatvédelmi Törvény, valamint az adatvédelmi biztos drogbetegek nyilvántartásával, illetve drogambulanciák adatvédelmével kapcsolatos ajánlásainak alkalmazása. Kezelőhelyi adatvédelmi biztosok kinevezése és felkészítése szükséges.	Nem valósult meg.
Adatnyilvántartás, statisztikai rendszer fejlesztése.	Nem valósult meg (csak hosszú távon).
Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság terápiával kapcsolatos szakbizottságai (Addiktológiai-pszichiátriai, Drogambulancia, Drogterápiás Intézetek szakbizottságok): legfontosabb feladatuk	Nem valósult meg.

a tárcaközi együttműködés politikai, közigazgatási és szakmai biztosítása.	
Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok létesítése, helyi terápiás koordinációs szempontok kidolgozása.	Részben megvalósult. Megalakultak a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok, azonban a kezelés, ellátás területén folytatott tevékenységük terén sok fejlesztésre lenne szükség.
Szakmai kollégiumok állásfoglalásai kialakításának folytatása a terápiás protokollokat illetően.	Részben megvalósult. Ami megvalósult: Methadon kezelés protokollja
Kezelőhelyek és kezelőprogramok akkreditálása szakmai szempontok alapján.	Nem valósult meg.
Létre kell hozni a pszichiáter, addiktológus és gyermekpszichiáter szakorvosok, más szakorvosok addiktológiai blokk-képzését, addiktológus klinikai és prevenciószakpszichológusok, addiktológiai konzultánsok és asszisztensek, diplomás ápolók, szociális munkások stb. képzését és továbbképzését.	Nem valósult meg. ³

(Vitrai, 2009, pp. 31-36)

Az értékelés következő fázisában 45 interjút készítettek el az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. munkatársai. A válaszadók egyik része szakpolitikusként, másik része addiktológiai témakörökkel foglalkozó szakemberként került a mintába. Pozíciótól függetlenül egyetértettek abban, hogy 2003-2004-ben jelentős – utóbb megtorpanó – fejlődés történt a kezelés és ellátás területén: a

³ Ez így ma már szerencsére nem teljesen helytálló. Pl. a SOTE-n évek óta addiktológiai konzultáns-képzés működik, a Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán a szociális munkások alapszakos képzésében addiktológiai modul került bevezetésre, mesterszakokon addiktológiai vagy addiktológiai súlyozású klinikai specializáció érhető el. A reflektív addiktológiai tanácsadó szakirányú továbbképzés Pécsen 2012-ben került megalapításra.

kezelési piramis minden szintje létrejött, az ellátási spektrum elemei elérhetővé váltak, bár területi eloszlást tekintve nem azonos mértékben. Pozitívként értékelték, hogy új rehabilitációs intézmények kezdtek meg a működést, egyúttal problémaként említették az addiktológiai ellátások integrációjának elégtelen szintjét. Az egyik válaszadó úgy vélte, hogy a drogterápiás intézmények elhelyezkedése, urbanizáltabb településektől való távolsága sok klienst visszatart a kezelés igénybevételétől. (Vitrai, 2009, pp. 94-95) Az ellátások hatékonyságával kapcsolatban többen kétségeiknek adtak hangot. „Többségük véleménye szerint erről szinte semmilyen információ nem áll rendelkezésre, mivel monitorozás, visszacsatolás nincs. Sokan jelezték, hogy azt sem tudják pontosan definiálni mit is értünk hatékonyság alatt ebben a tekintetben. Nevezetesen azt, hogy valaki minél hosszabb ideig marad benn az ellátórendszerben, vagy azt, ha szermentessé válik?” (p. 98) A kutatás résztvevői szerint a szenvedélybeteg-ellátásból hiányzik a széleskörű minőségfelmérés és értékelés rendszere. A véleményekkel összhangban a következő drogstratégiához megfogalmazott javaslatok körében is visszaköszöntek a kezelés-ellátás kritikus pontjai. „Definiálni kell az ellátás hatékonyságának fogalmát, és monitorozási rendszereket kell kiépíteni. Az utógondozás rendszerét is ki kell dolgozni, hogy a rehabilitáción átesettek visszaesését megakadályozzák. Ebben az utógondozásban a félutas házaknak éppúgy szerepük van, mint pl. a reszocializációt támogató szolgáltatásoknak.” (p. 114)

A *Nemzeti Stratégia* értékelésének harmadik szakaszában a dokumentumelemzés és az egyéni interjúk során gyűjtött adatokat és az ezekből képzett eredményeket fókuszcsoportos keretek között vitatták meg a meghívott szakemberek. Az alábbi táblázat a kezelés-ellátás témakörhöz kapcsolódó pozitív és negatív megállapításokat összegzi.

Kedvező változások	Megoldandó problémák
A <i>Stratégia</i> kezdeti időszakában gyors fejlődés, kialakult a kezelési lánc valamennyi eleme	Az egészségügyi és szociális ellátások, különösen az addiktológiai ellátás nem integrálódtak egy rendszerbe, színvonaluk nem egy esetben elmarad a nemzetközi gyakorlattól
	A fogyasztók ellátására kritikusan alacsony, földrajzilag egyenetlenül elosztott pszichiátriai, addiktológiai

	kapacitások állnak rendelkezésre, azokat kevesen és nem a leginkább rászorulóknak veszik igénybe
	Speciális csoportok (pl. terhes anyák, 18 éven aluli függők) igényeinek megfelelő ellátások hiányoznak
Jelentős előrelépés az alacsony-közébszintű ellátás kiépülése, s a szociális ellátások közé való megfelelő beágyazódása	Nem tudja az ellátásra szorulókat betérlni a rendszerbe a fejletlen és sokszor alacsony színvonalú az utcai megkereső szolgálat
	Az igények csak kisebb hányadát elégítik ki a fenntartó kezelési kapacitások
Az ártalomcsökkentés területén sikerként értékelik a túcsere programok megvalósulását	A túcsere program hazai elterjedtsége még elmarad az európai átlagtól
	Az ártalomcsökkentés más területei kevésbé, vagy teljesen kiaknázatlanok
A szakmai protokollok és irányelvek megjelenése jelentősen emelte az ellátás színvonalát	Kezelési protokollok és működési minimumkövetelmények hiánya hozzájárul egyes ellátások alacsony szakmai színvonalához
	Az akkreditáció és a minőségbiztosítás egyéb eszközeinek alkalmazása lenne szükséges a KEF-ek működésének, a prevenció programok hatékonyságának emeléséhez

(Vitrai, 2009, p. 148)

Az értékelés lebonyolításának egyik deklarált célja volt, hogy segítse a következő, 2009-ben az Országgyűlés elé kerülő stratégiai dokumentum kialakítását, illetve módosítását.

Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére

Míg a 2000-ben beterjesztett Nemzeti Stratégiát teljes politikai konszenzus övezte, a 2009-ben Országgyűlés elé kerülő dokumentum már csak az akkori kormánypárt, illetve korábbi koalíciós partnere támogatását bírta. A 106/2009. (XII. 21.) számú, a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló OGY határozat végül sajátos torzó lett a magyar drogpolitika-történetben, hiszen cselekvési tervet sem a bal-, sem a kormányváltás után létrejött jobboldali kormány nem készített hozzá, így a dokumentumban rögzített céltételezések csak kismértékű hatást gyakoroltak a szenvedélybeteg-ellátás gyakorlatára. Ennek ellenére – a szakmai szempontok áttekintésének céljával – szükségesnek és hasznosnak látjuk a stratégiai dokumentum drogrehabilitációs intézményeket érintő célkitűzéseinek ismertetését.

A rehabilitáció kérdéseivel a dokumentum elsősorban a VII.2. alfejezetben foglalkozik, amely a *Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés* címet viseli. A témakör a stratégiai dokumentum egyik pillérét alkotja, amelynek átfogó célja a következők szerint került meghatározásra: „A kezelés–ellátás–ártalomcsökkentés hármasságában elsősorban a problémás szerhasználat visszaszorítását, a kezelésbevitel elősegítését, ott és ahol lehetséges, a tartós absztinencia elérését, a szerhasználatlal összefüggő egyéni és közösségi ártalmak csökkentését, és a tartósan nehézségekkel küzdők és családjaik, hozzátartozóik szakszerű és az emberi méltóságot szem előtt tartó gondozását kell biztosítani.” (p. 22) A cél eléréséhez kapcsolódó szemléleti megközelítések közül ki kell emelni az „értékelési rendszerek fejlesztése” elnevezésű tételt, amely a folyamatos értékelést lehetővé tevő rendszerek kialakításának, a beavatkozások hatékonysága mérhetőségének, illetve a komparatív előnyök felbecsülhetőségének jelentőségét hangsúlyozza.

A kezelő- és ellátórendszer fejlesztését érintő célkitűzések körében megjelennek a rehabilitációs programok is, amelyekkel kapcsolatban a szakanyag az új ellátási szükségletekre – fiatalok, családban élő drogfüggők, hajléktalanok, HIV- és STD-fertőzöttek, pszichiátriai problémákkal küzdő szerfüggők, szerfüggő édesanyák és gyermekeik együttes fogadását biztosító kapacitások, valamint a büntetés-végrehajtási intézetek és a gyermekvédelmi intézmények keretében megvalósuló programok – reflektáló kapacitásfejlesztés fontosságára hívja fel a figyelmet.

A minőségi ellátások fejlesztéséhez kapcsolódva öt célkitűzés szerepel a dokumentumban:

1. Szükséges a lejárt szakmai protokollok megújítása, a hiányzó szakmai protokollok elkészítése. Az érvényes szakmai protokolloknak megfelelő eljárásrendek és az ellátók folyamatos minőségi ellenőrzése. A szakmának indokolt meghatároznia azokat az indikátorokat, melyek a hatékony működés megfelelő mutatói.
2. Az egyes ellátási formákhoz szükséges hozzárendelni a megfelelő értékelési rendszereket.
3. A szakfelügyeleti rendszer fejlesztése, indikátorrendszerek kialakítása az ellátás színvonalának javítása érdekében.
4. Az ellátásokhoz kapcsolódó jogi szolgáltatások fejlesztése (pl. a droghasználók gyermekvállalásával összefüggésben gyermek elhelyezése, szülői felügyeleti jog gyakorlása stb.).
5. Szükséges az érintett szakmai kollégiumok bevonása a képzések megtervezésére, a szakmai programok kialakítására, a modellek előkészítésére, a szakemberhiány megszüntetésére vonatkozó koncepciók kialakításába. (pp. 26-27)

A drogrehabilitációs intézményekkel a stratégia a magyarországi kábítószerhelyzetet bemutató mellékletében is foglalkozik. Megállapítja, hogy „az egyházi és civil szervezetek különösen aktívak terápiás közösségek, rehabilitációs szolgáltatások fenntartásában. 2007-ben az országban működő 17 rehabilitációs otthon közül 12 kötött szerződést az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral összesen 260 ágyra. Az általuk folytatott kezelésben kisebb mértékben jelenik meg gyógyszerek alkalmazása, főként a közösségi programok dominánsak, ezek keretében munkaterápia vagy szociális reintegrációt célzó fejlesztő tevékenység zajlik.” (p. 52)

A stratégiai dokumentum végén található táblázat (pp. 63-82) azt mutatja be, hogy az egyes intézkedések milyen más társadalompolitikákkal vannak kapcsolatban. A rehabilitációs intézményekkel kapcsolatos célkitűzés esetében – a Roma Integráció Évtizede Program kivételével – minden vizsgált terület, illetve program nevesítve van kapcsolódási pontként: alkoholpolitika, Nemzeti Népegészségügyi Program, „Közös Kincsünk a Gyermekek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program, Lelki Egészség Operatív Program, Ifjúsági Stratégia, Hajléktalanügyi Stratégia, AIDS Stratégia, illetve Társadalmi Bűnmegelőzés Nemzeti Stratégiája.

Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020

A jelenlegi drogstratégia 2013-tól hatályos, de az előkészítése 2011-ben kezdődött. A dr. Grezsa Ferenc által vezetett tíztágú munkacsoport 2011 augusztusában tette közzé az új stratégia tervezetét (*Nemzeti Drogstratégia 2012-2020*). A szakmai és társadalmi vitára bocsátott dokumentum a korábbi drogstratégiáknál kevésbé konkrét célkitűzéseket rögzített, bár az már ebben a változatban is egyértelmű volt, hogy a problémakör felépülés-központú megközelítése kiemelt fontosságú a készítőik számára. „A felépülés-központú ellátás célja a tartós szermenetesség, a józanság elérése mellett a társadalomba történő teljes visszailleszkedés: a családi szerepek ellátásával, munkavégzéssel, megfelelő lakhatással és iskolai végzettséggel.” – olvasható a tervezet 27. oldalán, ami néhány bekezdéssel később kiegészül azzal a megállapítással, hogy a felépülés-alapú modell követelményeit az aktuálisan létező intézményrendszer nem képes teljesíteni, mivel kapacitáshiány és bizonyos esetekben elégtelen hatékonyság jellemzi a területet. A korábbiakhoz hasonlóan ez a dokumentum is sürgette a minőségbiztosítási fejlesztések (bizonyíték-alapú jó gyakorlatok bevezetése, szakmai protokollok megalkotása stb.) megindítását.

A tervezetre reflektáló kritikai észrevételek közül a Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége (MADRISZ) elnökségének állásfoglalását érdemes idézni, amely a dokumentum több elemét is problematikusnak tartotta, tartalmi és formai szempontból egyaránt. „A kezelési rész rendkívül elnagyolt mondatai nem alkalmasak arra, hogy a stratégiai vállalásokat értékelhetővé és számon kérhetővé, a fejlesztést pedig megalapozottá tegyék. Az egyes terápiás színtereken (pl. büntetés-végrehajtás, ártalomcsökkentés, fekvő-, vagy járóbeteg ellátás stb.) csak esetleges elemek kerülnek megemlítésre, s nem az adott területen működő beavatkozások teljes spektruma (...). Megemlítjük, hogy a drogterápiás ellátások teljesen hiányoznak a szövegből. Még megemlítés szintjén sem kerülnek elő, nem hogy a fejlesztés irányait kijelölné a tervezet.” (MADRISZ, 2011, p. 5)⁴

A stratégián dolgozó munkacsoport számos kritikai észrevételt felhasználva készítette el szakértői javaslatát (*Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2011–2020*), bár a változások nem

⁴ Ebben a kérdésben nem volt teljes az egyetértés, Erdős Eszter megjegyezte, hogy a *Stratégia* feladata inkább általános irányok kijelölése, egyfajta szemléletmód közvetítése (Erdős E., e-mailes kommunikáció, 2015. október 17.)

érintették a drogterápiás intézetek működését. Ebben a dokumentumban a megelőző javaslathoz hasonlóan szintén kiemelt jelentőségű a felépülés-központú megközelítés, amelynek meghatározása csak kisebb mértékben változott. „A felépülés-központú ellátás végső célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása (a tartós szermentességet is beleértve), továbbá a társadalomba való minél teljesebb visszailleszkedése, hogy képes legyen családi szerepeit betölteni, tanulni, munkát végezni, lakhatását megfelelően biztosítani.” (p. 32) A drogterápiás intézetekkel kapcsolatban a szakanyag célként fogalmazza meg a még nem finanszírozott intézmények támogatási rendszerének kialakítását (p. 34), illetve a megelőző változathoz hasonlóan a minőségbiztosítási fejlesztések megkezdését (p. 35).

A következő bő másfél évben a szakértői javaslat tovább módosult, több pontján jelentős változtatásokra került sor, majd *H/11798. számú OGY határozatként, Nemzeti Drogellenes Stratégia* néven került az Országgyűlés elé 2013 júliusában. A felépülést továbbra is központi jelentőségű elemként nevesítő dokumentum immár célként fogalmazza meg, hogy a „kezelő-ellátó rendszerek lehetőleg működjenek együtt a helyben megvalósuló családi, közösségi kezdeményezésekkel és a felépülő szerhasználók önszolgálati alapuló programjaival.” (p. 50) A minőségbiztosítás, rendszerszintű irányítás és ellátásszervezés teendői a korábbiakhoz képest bővültek, a hatályos stratégiában hat pontban foglalták össze a kapcsolódó feladatokat:

1. Szükséges a hazai és külföldi, bizonyítékokon alapuló eljárások, jó gyakorlatok kiemelt támogatása, a hazai körülményekhez való igazítása.
2. A jó gyakorlatokat is magukban foglaló szakmai irányelvek, módszertani levelek és kezelési protokollok rendszeres felülvizsgálata. A még hiányzó szakmai protokollok megalkotása.
3. A legális, terápiás célú kábítószerhez való hozzáférés biztosítása, különös tekintettel az opiát-tartalmú gyógyszerekre.
4. Az ellátás minőségének és hatékonyságának nyomon követése céljából minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítása. Bizonyítékokon alapuló pszichoszociális beavatkozások elsajátítását segítő szakmai protokollok kialakítása és bevezetése.
5. Az egészségügyi és szociális szolgáltatók közötti együttműködés erősítése, valamint a rendszerszintű hatékonyság javítása érdekében a helyi ellátók együttműködésének hatékonyságát leíró, illetve együttműködésüket ösztönző indikátorok meghatározása és alkalmazása a különböző ellátási típusokban.

6. Az egészségügyi és szociális ellátó kapacitások szükségleteknek megfelelő fejlesztése, a felépülő, illetve ellátott kliensek és betegek bevonása kezelésük és ellátásuk szervezésébe, értékelésébe, továbbá – lehetőség szerint – irányításába. (pp. 52-53)

A fentiekkel összhangban a prioritások között megjelenik az is, hogy az „egészségügyi és szociális szolgáltatók legalább 80%-a a vonatkozó szakmai irányelvek alapján végezze tevékenységét, a szolgáltatók mindegyike essen át klinikai vagy szociális intézményi minőségbiztosítási auditon.” (p. 53)

A 13 drogrehabilitációs intézettel kapcsolatban a dokumentum megjegyzi, hogy azokat „az utóbbi pár évben” hozzávetőleg 700 kliens vette igénybe (p. 16), és egyidejűleg 353 kliens befogadására képesek (p. 19). Ezekon túlmenően az intézmények működéssel kapcsolatban nem rögzít további konkrétumokat a *Nemzeti Drogellenes Stratégia*. Érdeemes idézni még a stratégia mellékletében található *Fogalomtárat*, amely a rehabilitáció definícióját is tartalmazza. „Krónikus, maradványállapottal, maradványtünetekkel járó betegségek esetében a fizikai és szellemi működés helyreállítása, különös tekintettel a munkaképességre és az önálló életvitelre.” (p. 85)

Irodalom

- 111/1996. (XII. 19.) OGY határozat a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozandó országgyűlési eseti bizottság felállításáról
- 125/1997. (XII. 18.) OGY határozat a Kábítószer-fogyasztás Visszaszorítása Érdekében Létrehozott Eseti Bizottság jelentéséről
- 1013/1991. (II. 28.) Korm. határozat a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság felállításáról
- 1094/2007. (XII. 5.) Korm. határozat a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról
- Gallà, M., Gageldonk van, A., Trautmann, F. & Verbraeck, H. (2006). *Evaluation of the implementation of the Hungarian national drug strategy*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Greza, F. (1993). A narkológia helyzete az átalakulás folyamatában. *Szenvedélybetegségek – Addictologica Hungarica*, 1(4), 269-274.
- Felvinczi, K., Magi, A. & Péterfi, A. (2014). Hungary – Coherent addiction policies: piloting a diagnostic tool. In: R. Muscat & B. Pike (Eds.),

- Coherence Policy Markers for Psychoactive Substances* (pp. 111-164). Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- H/11798. számú országgyűlési határozati javaslat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020. Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen. (2013). Budapest: Magyarország Kormánya.
- Kisszékelyi, Ö. (1974). *Orvosszakértő feljegyzése a budapesti kábítószerhelyzetről. Levél Baranyai Tibor elvtársnak 1974. március 15-én.* Magyar Szocialista Munkáspárt Párt és Tömegszervezetek Osztálya.
- Letöltve 2015. 05. 12-én:
http://www.archivnet.hu/index.php?oldal=2&akt_menu=16&r_id=4&hir_id=49&vev=1926&vhonap=9
- MADRISZ (2011). *A Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége elnökségének állásfoglalása a Drogstratégia 2011. augusztus 30-án nyilvánosságra hozott tervezetével kapcsolatban.* Hidas, 2011. szeptember 16.
- Molnár, D. (2015). *Kábítószer-politika Magyarországon 1990 és 2014 között. Doktori értekezés [tervezet].* Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Interdiszciplináris Doktori Iskola.
- Nemzeti drogstratégia (1998).* Budapest: Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság. Letöltve 2015. 05. 20-án:
<http://www.mim.hu/nodrog/bib01/nemzet.htm>
- Nemzeti Drogstratégia 2012-2020 [tervezet] (2011).* Budapest: A „Nemzeti Drogstratégia 2012 – 2020” Tervezetét kidolgozó Szakértői Munkacsoport.
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2011–2020 [szakértői javaslat] (2011).* Budapest: A stratégiát kidolgozó szakértői munkacsoport.
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására (2000).* Budapest: Ifjúsági és Sportminisztérium.
- OKBI (2006). *A kábítószeresek világa.* Budapest: Országos Kémiai Biztonsági Intézet Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat.
- Rácz, J. (1988). *A drogfogyasztó magatartás.* Budapest: Medicina Kiadó.
- Topolánszky, Á. (2009). *A magyarországi drogpolitika keretei és a nemzeti drogstratégia.* In Felvinczi K. & Nyírády A. (szerk.), *Drogpolitika számokban* (pp. 11-56). Budapest: L'Harmattan.
- Tóth, E. Zs. (2010). *Fiatalok és a kábítószer az 1970-es évek Budapestjén. archívNET. XX. századi történeti források, 10(5).* Letöltve 2015. 05. 11-én: http://www.archivnet.hu/pp_hir_nyomtat.php?hir_id=49

Vitrai, J. (2009). *A „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum és mélyinterjú-elemzésen alapuló értékeléséről*. Budapest: EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.

Az értékelő kutatás egy korszerű modellje

A contemporary approach to evaluation research

B. ERDŐS MÁRTA

Összefoglalás

A szerző az értékelő kutatások különböző megközelítéseit és jelenlegi helyzetét tekinti át. Amellett érvel, hogy a komplex, független értékelés nem csupán a gyakorló szakemberek által megvalósított programokat fejlesztheti, de tágabb értelemben vett társadalmi haszonnal is járhat. A kockázatviselő felek nézőpontjának azonosítása és kommunikációja elősegítheti a társadalmi dialógus kialakulását, és feloldhatja a konfliktusokat. A szerző írásában bemutatja a Trident-modellt¹ mint egy lehetőséget e célok megvalósítására.

Kulcsszavak: értékelő kutatás – dialógus – reflexivitás – Trident

Abstract

The author reflects on the different approaches and current status of evaluation research. She claims that the introduction of complex, independent evaluation does not only contribute to developing practitioners' programmes but might have broad social benefits. Identifying and communicating stakeholders' perspectives may facilitate social dialogue and resolve conflicts. The Trident model, as a possible means to these ends, is analyzed.

Keywords: evaluation research – dialogue – reflexivity – Trident

Az értékelő kutatások területén napjainkra több paradigmaváltás zajlott le. A kutatás fő célja természetesen változatlanul annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy az adott, értékelésre kerülő tevékenység miképpen éri el kitűzött céljait, azaz javult-e a kiinduló helyzet; vagy rosszabbodó külső feltételek közepette a program, az intervenció hatékonyan fékezte-e a kedvezőtlen folyamatokat? Milyen haszonnal járt, és összességében

¹ A Trident-modellről a *Szociális Szemle* korábbi számaiban közöltünk írásokat, és egy ismertető megjelenés alatt áll a *Szociálpolitikai Szemlében* is.

miféle, előre eltervezett, és nem szándékolt hatásokat eredményezett? Mennyiben felelnek meg az eredmények a tervezett eredményeknek? A kutatás során arra is válaszokat keresünk, hogy *miképpen* működött a fejlesztés? Milyen módon, mely területeken fejleszhető tovább, és hogyan terjeszthető ki a program? (Ellis, 2013; Rawlings, 2001; B. Erdős, 2010; B. Erdős, kézirat) Az értékelő kutatás általánosan elfogadott korábbi definíciója a legújabb törekvésekre is érvényes: a kutatás során mások számára is követhetően, átláthatóan és következetesen alkalmazott, korszerű tudományos módszerek segítségével felmérjük az adott program tervezésének, megvalósulásának minőségét, hatásait. (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004, idézi B. Erdős, 2010)

A korai értékelő kutatásokat áttekintve egyes szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy ezek a problémafókuszú modellek negatív következményekkel járhatnak: a vizsgált szervezet gondolkodását egy hagyományos, függetlennek, objektívnek vélt megközelítésből olyan módon formálják át, hogy az azonosított problémák fényében nem látják meg többé saját forrásaikat, fejlődési potenciáljukat, hanem belevesznek a feltárt problémákba. Ennek egyik oka, hogy a pozitivista paradigmát követő kutatók figyelmen kívül hagyták saját kapcsolódásuk, kommunikációjuk hatásait, amely kivédhetetlenül beavatkozást jelent a szervezet életébe, gondolkodásába. Minden kommunikációs aktus pozíciókat teremt a kommunikátorok számára, lehetőségeket, de egyben korlátokat is épít, amelyeket célszerűtlen figyelmen kívül hagynunk. (Arminen, 1998; B. Erdős, 2006) A kutatásnak tehát *reflexívnek* kell lennie, mert a kutató ugyanolyan kapcsolati és kommunikációs törvényszerűségeknek alávetve végzi a munkáját, mint maga a szervezet, amelynek munkáját értékelni kívánja. (Lund, é.n.; Bloor, 1999; B. Erdős, kézirat)

A korábbi értékelő gyakorlat egyik, megújulást eredményező kritikáját a konstruktivista Guba és Lincoln (idézi Lund, é.n.) adták: az ő felfogásukban a „külső, objektív” át nem gondolt, fel nem ismert társadalmi-kulturális tényező eredménye. Ez a szemlélet elkerüli azt a pozitivista csapdát, hogy lényegi szimbolikus² minőségeket fizikai entitásokhoz hasonlóként kezeljen. E negyedik generációs modellek fontos sajátossága a rezponzivitás, a demokratikus jelleg, és az érintettek részvételének hangsúlyozása. Ezek a sajátosságok azonban az idő- és

² Azaz az emberek közös megegyezésén alapuló minőség, mint pl. a pénz, a jogrendszer, a politika – de éppen így az orvoslás egyes területei vagy módszerei is. A szimbolikus minőség a kommunikáció révén jön létre és működtethető. (Horányi, 2007)

munkaigényesebb – és kellő körültekintéssel alkalmazva e kontextusban érvényesebb – kvalitatív kutatási módszerek felé mutatnak. Gyakorlati oldalról azonban éppen a kvalitatív módszerek forrásigényessége akadályozza a negyedik generációs modellek elterjedését. Az értékelő kutatások területén előrelépést jelenthetne, ha a pozitivistá episztemológia meghaladásával olyan módszerek kerülnének kidolgozásra, amelyek a gyakorlatban is kivitelezhető kutatási projekteket eredményeznek. Az értékelő kutatások egyik legfőbb dilemmája e kérdés megoldása. (Fjellström, 2008; Lund, é.n.; Hogard, 2007; B. Erdős, kézirat)

Napjainkra a társadalmi dialógus, a felelősségvállalás szociális konstrukcionista elméleteit szem előtt tartó vonulat bontakozott ki, amelyet „ötödik generációs értékelésnek” is neveznek. A cél nem a pusztá hibakeresés, hanem a fenntartható fejlődés elősegítése. (Lund, é. n.) Az értékelő kutatások így a rendelkezésre álló erőforrások költséghatékonyabb elosztása, a megfelelő fejlesztési stratégiák kidolgozása mellett a társadalmi problémák hatékony és méltányos kezelését is szolgálják. (B. Erdős, 2010) Melyek az erre kísérletet tevő ötödik generációs konstrukcionista modell alapelvei, és miképpen illeszkedik az általunk választott modell, a Trident (Ellis & Hogard, 2006) ezekhez az alapelvekhez?

Ebben az elméleti keretben hangsúlyos, hogy az értékelő folyamat kommunikációs folyamat, a társas valóságot alakító tevékenység. A fókusz az interszubjektivitásra és a kutatói reflektivitásra kerül. Az „objektív–szubjektív” régóta vitatott kérdései kapcsán Hogard (2007) megjegyzi, hogy a visszacsatolás és a többoldalú, többszemponutú (ld. trianguláció) részvétel segíti kiküszöbölni az *idioszinkráziát*, ami a valódi probléma: a szubjektív, mint láthatjuk, elkerülhetetlen, az „objektivitásra” való törekvés viszont komplex rendszerek esetében adatvesztéshez, torzításokhoz vezetne.

A korszerű modellekben a szervezet jövőképe, fejlődési potenciáljai lesznek az elsődlegesek az értékelés során. Enélkül a múltbeli sikerek vagy hibák nem szolgálnak a tanulás, fejlődés megfelelő forrásául. Egy kevés adat arról, ami *jól működik*, hasznosabb lehet, mint sok adat arról, hogy mi *nem működik*. Az érdeklődés, a figyelem iránya, egyfajta önmagát beteljesítő jóslatként, fejlődési irányokat jelöl ki – akár tudatában vagyunk ennek, akár nem. A jó megoldások (best practices) további jó megoldásokhoz, a problémák kutatása *a megoldások kutatása nélkül* további problémákhoz vezet. (Lund, é.n.; Whitney & Cooperrider, 1999) Ugyanakkor, főként szélsőségesen konfliktusos helyzetekben elkerülhetetlen és előnyös a konfliktusok kezdeti azonosítása s

megismerése: a valódi megoldásközpontú gondolkodás nem válhat dogmatikussá, és nem hallgattathatja el az érintettektől érkező érdemi visszajelzéseket. (Ellis, 2015)

Feltételezzük, hogy az értékelésben résztvevők mindegyike a legjobb szándékkal, és a számára adott kontextusban, saját perspektívájából tekintve a lehető legjobbat akarja. Ha a rendszer mégis hibásan működik, az nem egyes ágensek „hibája”, hanem a teljes rendszer szintjén megoldandó állapot. Így például megeshet, hogy a szerhasználati zavarral diagnosztizált kliensek a hagyományos kórházi kezelést arra használják, hogy új, korábban még nem ismert szerekhez jussanak – ingyen. Ez nem azt jelenti, hogy krízishelyzetben szükségmegoldásként a próbálkozások ne lennének helyénvalóak addig, amíg jobb, hatékonyabb nem érhető el, de jelezheti ezeknek a kezelési formáknak a határait.

A közös realitás különböző nézőpontokból vizsgálva eltér, az egyes perspektívákból a közösen konstruált valóság egyes fontos részletei, minőségei ismerhetők meg, ebből következően szükséges ezeket a perspektívákat megismerni és figyelembe venni egy teljesebb és méltányosabb kép kialakításához. (Lund, é.n.) Egy konkrét példa segíthet ez utóbbi állítás világosabbá tételében: jelenleg az egészségügyben uralkodó szolgáltatásközpontú szabályozás egy bizonyos nézőpontból nem segíti elő a terápiás közösségek működtetését. E közösségek lényegi vonása az autonóm, cselekvőképes és felelős élet közös, többféle szerepből történő tanulása. (Pl. ki jogosult *adminisztratív* szempontból megfőzni az ebédet és kitakarítani a szobákat, és kinek kell megfőznie az ebédet, kitakarítani a szobákat, ha a *szocializációs hiányosságok* javítása a prioritás?) A szabályozás tehát egyfelől alkalmas arra, hogy megakadályozza a kliensek munkatevékenységéből származó minőségi problémákat vagy visszaéléseket, ám rugalmatlanul értelmezve egyúttal akadályozhatja a korábbi, deficitesnek mondható családi szocializációs hatások korrekcióját, és az autonómia, a felelősségvállalás tanulását. Az érintettek széles körét bevonó, több perspektívát is megvizsgáló komplex és független értékelés híján ezek a nézőpontok nem találkoznak – esetleg versengenek. Ez a kompetitív, párhuzamos, sőt *párbeszélő*, de nem *dialogikus* elrendezés azonban nem szolgálja a kliensek érdekeit.

A Trident-modell az új típusú értékelések szemléletét osztja, amennyiben nagy hangsúlyt fektet a kutatásban érintettek bevonására, és a kommunikációs tényezőket a középpontba helyezi. (Hogard & Ellis 2006) A fejlesztési potenciálok azonosítása is fontos szerepet kap a kutatás során. A kutatás gyakorlati megvalósíthatósága, a lehető legteljesebb kép kialakítása érdekében azonban nem zárkoznak el hagyományosabb

módszerek kiegészítő alkalmazásától sem. A megoldásközpontú gondolkodás kiegyensúlyozottabb értelmezésére törekednek, ahol megvan a helye és a szerepe a problémás területek feltérképezésének is. Tevékenységüket minden érintett számára átláthatóvá teszik, és a kezdeti eredményeket visszacsatolják az érintettek felé (a „steering”, a közös egyeztetés gyakorlata). A steering lefolytatására akkor van mód, ha az eredmények a partnerek számára is értelmezhető egészé szerveződnek.

A modell megalkotói arra figyelmeztetnek, hogy – összhangban a bevezető részben adott definícióval – az eredmény, a program kimenetele nem az egyetlen döntő faktor, amelynek mentén a teljes programot értékelhetjük. A Trident keretei között a replikációt és multiplikációt lehetővé tévő folyamatértékelésre kiemelt figyelmet és energiát fordítanak: hogyan zajlott a fejlesztési folyamat? Melyek voltak a fontosabb történések, a mérföldkövek, a különleges események? Így a program tanulságait más kontextusban is érvényesíteni tudjuk azzal, hogy a folyamatokat az eredményekhez kapcsoljuk. Az érintettek, azaz a kockázatviselők bevonása pedig az érvényességen, kiegyensúlyozottságon túl biztosítja az értékelő kutatás méltányosságát is. Az eredmények nem egyetlen perspektívából, hanem dialogikus keretben, a lehetséges, fontosabb nézőpontok számbavételével jelenítődnek meg.

Ellis és Hogard (2007) modellje a következőképpen strukturálódik:

- **KIMENET (output):** az eredmények, a program kimeneti oldalának vizsgálata, az előre eltervezett és a nem szándékolt hatások felmérése.
- **FOLYAMATOK (processes):** a fejlesztési folyamatok főként kvalitatív technikákkal történő elemzése. Feltáró folyamatértékelés.
- **KOCKÁZATVISELŐ FELEK NÉZŐPONTJA (multiple stakeholder perspectives):** lehetőség szerint mindegyik, de legalábbis a fő kockázatviselő csoportok szempontjainak megjelenítése.

E szemléletmódnak és struktúrájának megfelelően a Trident alapvető sajátossága a kvantitatív és kvalitatív módszerek kombinációjának (mixed method) alkalmazása. (Palinkas & mtsai., 2015)

Eredmények

A kimeneti oldal, az eredmények számbavétele humán fejlesztések, így a segítői terület értékelése esetében is számos nehezen megválaszolható kérdést vet fel. Alapvető probléma, hogy a viselkedés megváltozása az, ami közvetlenül megragadható, ugyanakkor a viselkedés megváltozásáról – legalábbis az általunk vizsgált területen – meglehetősen keveset tudunk. A tartós felépülésben lévők populációját kevesen kutatják. (Laudet, 2007) A betegség modellálása, az azonosítható ok-okozati kapcsolatok ismerete viszont csak részleges tudást adhat az egészség megvalósításának módjáról. (B. Erdős, kézirat) A tautológiák – pl. „sikeres a kezelés, ha egy klinikus úgy ítéli meg, hogy a kliens sikeresen leküzdötte a szerfüggőséget, és nincs strukturált kezelési formára szüksége” (NHS–NTA, 2010, p. 6) – inkább összezavarják, mintsem tisztázzák a helyzetet. Az értékelők feladata, hogy a gyakorlati szakemberekkel, a program tapasztalati szakértőivel közösen, az elérhető szakirodalmi forrásokra is támaszkodva meghatározzák azokat az indikátorokat, amelyek mentén az eredmények értékelése megtörténhet. Gyakori, hogy nem áll rendelkezésre megbízható és érvényes mérőeszköz, hanem a kutatóknak kell ezeket az adott programra specifikusan kifejleszteni. Esetünkben tehát azt kell meghatározni, hogy *mi jelzi a személyes felépülési kompetencia gyarapodását.*

A résztvevők elégedettsége az eredményesség általában szükséges, de egyáltalán nem elégséges feltétele, hiszen a válaszadói megítélést a pillanatnyi szituáció, hangulat, vélt vagy valós érdekek erősen torzíthatják. E szempontoknak a harmadik pillérben a helye.

A folyamat

A folyamat ebben az értelemben olyan cselekvések sorozata, amely változást idéz elő a kliensek életében/állapotában. A folyamatértékelés így nagyrészt az interakciók megfigyelésére és a résztvevőkkel folytatott beszélgetésekre/interjúkra alapoz. Hogard (2007) megjegyzi, hogy bár a folyamatértékelés általában az értékelő kutatások méltatlanul elhanyagolt területe, a pszichoterápia kivételnek tekinthető. Másfelől, nem sokat tudunk arról, ahogyan egy adott személy megváltoztatja szerhasználati mintázatát. (Lilja, Larsson & Hamilton, 2003) A kliensekkel folytatott interakció kutatását elméleti, technikai problémák, és etikai megfontolások is nehezíthetik.

Ez az a terület, ahol szükséges nyílttá tenni a változással kapcsolatos előfeltevéseinket, teóriáinkat. (B. Erdős, kézirat) A motiváció jelenlegi tudásunk alapján kulcsfontosságú szerepet játszik a folyamat sikerében. Egy másik fontos terület az intézményen kívüli kontextusban elérhető, a probléma megoldását elősegítő források vizsgálata. Ezek hatásait fel tudjuk mérni, de nem tudjuk elkülöníteni egyéb fejlesztő folyamatoktól, még akkor sem, ha a bentlakásos intézmények kezdeti zártsága a helyben adott forrásokra irányítja a felépülő és a folyamatot vizsgáló kutató figyelmét. Egy harmadik, az előzőhöz hasonló tényező az, hogy a terápiás siker e területen ritkán köthető egyetlen intézményhez, főként pedig egyetlen kezeléshez: sokkal jellemzőbb a többszöri próbálkozást követő felépülés. A szerhasználati zavar mai tudásunk szerint olyan könnyen progrediáló, több esetben az életet veszélyeztető betegség, amelynek kezelése során az átmeneti javulást később megcsúszás, visszaesés követheti, és a felépülés – ha megtörténik – nem feltétlenül következik be az első kezelés után. (Topolánszky, 2009)

A módszerek közül a leggyakrabban e területeken is a szakemberekkel folytatott megbeszéléseket, interjúkat, fókuszcsoportot és kérdőíveket alkalmazzák. Teljes egészében ezek egyike sem képes kiváltani az etnográfiai kutatási módszereket. A megfigyelés viszont hosszadalmas és költséges, a video- vagy audiofelvételek elemzése rendkívül időigényes: egy órányi rögzített anyag elemzése átlagosan további 16 órát vesz igénybe. Az átírt szöveget újra meg újra el kell olvasni, a videót le kell játszani, keresni az ismétlődő vagy szokatlan mintázatokat, azonosítani a témákat, és érvényes, megbízható kategóriákra redukálni a rendkívül komplex mintázatokat. (Hogard, 2007) A számítógép segítette kvalitatív adatelemzés, a CAQDAS (computer-aided qualitative data analysis, pl. ATLAS.ti, NVivo) segít az adatok rendezésében és az ismétlődések azonosításában, de aligha rövidíti le a tematikus elemzés folyamatát.

Nem könnyű a szakmai szempontok és a kutatás pénzügyi-időbeni korlátai között ésszerű kompromisszumot kiépíteni, ráadásul a kvalitatív módszerek esetében általában többféle módszer alkalmazása mellett kell döntenünk az érvényesség biztosítására (trianguláció). Milyen meglévő adatokra, forrásokra, elérhető módszerekre támaszkodhatunk?

- Korábbi, a területen lezajlott folyamatértékelések eredményei (a tartalmi érvényesség elérését segítő lépés);

- a szervezet terápiás folyamatokkal kapcsolatba hozható dokumentumai (szakmai program, etikai kód, meglévő sztenderdek);
- a hagyományos, időigényesebb megoldások helyett a rekonstitutív etnográfia alkalmazása.

Ellis és Hogard a folyamatértékeléshez a rekonstitutív etnográfia módszerkombinációját ajánlja, ez a kritikus incidens-technika, a konstitutív etnográfia, és a Delfi-módszer triangulatív alkalmazása. (Ellis & Hogard, 2006)

A gyakorlat leképezése gyakran a kritikus incidens-analízis segítségével történik meg, amelynek egyik legfontosabb célja a problémamegoldás során kulcsfontosságúnak ítélt kompetenciák azonosítása. Ellis (1979, idézi Hogard, 2007) szerint a szakemberek tudása, felkészültsége, készségei három forrásból származhatnak:

- empirikus: szisztematikus, szakszerű megfigyelések nyomán;
- analitikus: az alapelvekből levonható következtetések alapján;
- intuitív: ezek a részben hozzáférhető tudáselemek („hallgatólagos tudás”), amelyek lehetővé teszik, hogy a szakember sikeres legyen a gyakorlatban anélkül, hogy explicit módon modellálná azt.

Az értékelés során a szakember praxisát koherens módon, ellentmondásoktól mentesen kell tudunk leírni, és az is fontos, hogy ez a leírás illeszthető legyen a szakember saját reflexióihoz. Maga a kritikus incidens-technika Flanagantól (1954, idézi Hogard, 2007) származik, aki a második világháborúban bevetett pilóták kiképzőinek tett fel a gyakorlat döntő mozzanataira vonatkozó kérdéseket. (Pl. egy tanítványa egyszer nagyon sikeresen, hatékonyan oldotta meg az adott problémát, máskor döntése elhibázott volt stb. – Mi vezetett az adott helyzethez? Pontosan mit csinált ekkor a pilóta? Stb.)

A konstitutív etnográfia a klasszikus, megfigyelésen alapuló módszer kiváltására törekszik, és visszaemlékezéseken alapul. Naplók, feljegyzések, videók elemzésével gazdagítható az interjúzással gyűjtött anyag. Természetesen a technikának megvannak a maga korlátai – utalnánk itt Hänninen (2004) narratív cirkulációs modelljére, amelynek értelmében minden narratívának van egy megélt történeti, egy belső élményszintű, és egy elmondott változata, amelyek teljesen soha nem esnek egybe.

Hogard a gyakorlat megfelelő leképezéséhez lényegében a teoretikus mintavételi eljárást javasolja (Corbin & Strauss, 2008), mert a kialakuló modellt a résztvevőkkel történő konzultáció („steering”) során is tovább alakítják. A modellt ebben a fázisban még hipotetikusnak tekintik, további validálása a Delfi-technika segítségével történik meg, amikor a kialakított modellről külső, anonim szakértői értékelést kérnek, és a kapott véleményeket szükség esetén ütköztetik, kiegészítéseket kérnek mindaddig, míg a szakértők konszenzusra nem jutnak javaslataikat illetően – azaz a modell *telítődik*. (Fontos, hogy e technikával személy/személyek nem értékelhetőek.) *A folyamatértékelés tehát a változás értékelése, segíti a szakmai sztemderdek kialakítását.* A kutatás során a megkérdezett szakemberek reflektálnak saját szakmai gyakorlatukra, ami óhatatlanul fejlesztő hatásokat indukál, létrejön az ún. „*tanuló szervezet*” (Fjellström, 2008) kialakítását és/vagy fejlesztését elősegítő kutatás.

Kockázatviselő felek szempontjai

A kockázatviselő felek érdekközössége azon alapszik, hogy ugyan különböző prioritások szerint, de valamennyien fejlődő, fenntartható programokat szeretnének. (B. Erdős, kézirat) Rövid távon azonban az érdekek hasonlóságát nem mindig sikerül felismerni, így az értékelő kutatásnak az is feladata, hogy az egyes csoportok szempontjainak kifejeződését és kölcsönös megértését elősegítse. A „kockázatviselő” kifejezés azért találóbb, mint a résztvevő, kedvezményezett, vagy célcsoport, mert hangsúlyozza azt a személyes felelősségvállalást és befektetést, ami minden innovatív lépés velejárója, hiszen a célok remélt teljesülésén túl nem várt hatások is érhetik a résztvevőket.

Hazánkban a független értékelő kutatásnak nincsenek hagyományai. A szakemberek akciókutatás jellegű kezdeményezéseitől eltekintve – ilyenkor saját programjukat kutatják, és az eredmények visszacsatolásával finomítják – inkább csak a hatósági ellenőrzés működik. A külső szemmel végzett, független értékelés nagy előnye ehhez képest a komplexitás és a *visszatükrözés*. Az ellenőrzés kétségtelenül fontos tevékenység, ám az már komoly probléma, hogy gyakran ezt a kontrollíngot keverik össze az értékelő kutatással. A független értékelő kutatás egyik legnagyobb társadalmi haszna, hogy képes áthidalni az elmélet, a gyakorlat, és szakpolitika-alkotás, szabályozás közötti szakadékokat, amelyek a működés hatékonyságát rontják.

Irodalom

- Arminen, I. (1998). *Therapeutic interaction: A study of mutual help in the meetings of Alcoholics Anonymous*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- B. Erdős, M. (2010). Értékelő kutatások a szociális szférában: A Trident-módszer. *Szociális Szemle*, 3(1), 30–40.
- B. Erdős, M. (kézirat, megjelenés alatt). Az értékelés értékelése. Egy alkalmazás a szenvedélybeteg-segítés területéről. *Szociálpolitikai Szemle*, 1(5).
- Bloor, D. (1999). A tudásszociológia erős programja. In Forrai G. & Szegedi P. (szerk.), *Tudományfilozófia: Szöveggyűjtemény*. Budapest: Áron Kiadó. Letöltve 2015. 11. 23-án:
http://nyitotttegyetem.phil-inst.hu/tudfil/ktar/forr_ed/bloor.htm
- Cooperrider, D. L. & Whitney, D. (1999). *Appreciative inquiry*. San Francisco: Berrett-Kochler Communications Inc.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research*. 3rd edition. London: Sage.
- Ellis, R. (2013). Policy, Evaluation and Practice. *Szociális Szemle*, 6(1-2), 7–9.
- Ellis, R. (2015). *Evaluating evaluation – The Trident approach. International workshop*. Pécsi Tudományegyetem, 2015. szeptember 24.
- Ellis, R. & Hogard, E. (2006). The Trident: A three-pronged method for evaluating clinical, social and educational innovations. *Evaluation*, 12(3), 372–383.
- Fjellström, M. (2008). A learner-focused evaluation strategy developing medical education through a deliberative dialogue with stakeholders. *Evaluation*, 14(1), 91–106.
- Hänninen, V. (2004). A model of narrative circulation. *Narrative Inquiry*, 14(1), 69–85.
- Hogard, E. (2007). Using consultative methods to investigate professional–client interaction as an aspect of process evaluation. *American Journal of Evaluation*, 28(3), 304–317.
- Hogard, E. & Ellis, R. (2006). Evaluation and communication: Using a communication audit to evaluate organizational communication. *Evaluation Review*, 30(2), 171–187.
- Horányi, Ö. (2007). A kommunikáció participációra alapozott felfogásáról. In Horányi Ö. (szerk.), *A kommunikáció mint participáció* (pp. 246–264). Budapest: AKTI–Typotex.

- Laudet, A. (2007): What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243–56.
- Lilja, J., Wilhelmsen, B. U., Larsson, S., & Hamilton, D. (2003). Evaluation of drug use prevention programs directed at adolescents. *Substance use & misuse*, 38(11-13), 1831–1863.
- Lund, G. E. (é.n.). *Fifth generation evaluation*. Letöltve 2015. 03. 12-én: http://www.haslebo-partnere.dk/dyn/files/normal_items/427-file/Fifth-Generation%20Evaluation%20by%20Gro%20Emmertsen%20Lund.pdf
- NHS–NTA (2012). *The role of residential rehab in an integrated treatment system*. Letöltve 2015. 09. 05-én: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/roleofresi-rehab.pdf>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533–544.
- Rawlings, B. (2001). Evaluative research in therapeutic communities. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic communities for the treatment of drug users* (pp. 209–223). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Topolánszky, Á. (2009). A terápiás közösségek új generációi. In Demetrovics Zs. (szerk.), *Az addiktológia alapjai III.* (385–402). Budapest: ELTE EÖTVÖS Kiadó.

A terápiás közösségek értékelésének kérdései. A TC-k az egészségtanulás szolgálatában

Evaluating therapeutic communities. TCs in the service of health learning

B. ERDŐS MÁRTA, KELEMEN GÁBOR & SZIJJÁRTÓ LINDA

Összefoglalás

Tanulmányunkban először a terápiás közösségek (TC) eredményértékelésének problémáit tekintjük át. Az eredmények értékelése azért jelent különös nehézséget, mert a szokásos módszerek nem működnek a TC-k komplex és individualizált környezetében. A terápiás siker mérése, de még meghatározása is problémát jelenthet. A szerzők új nézőpontot javasolnak, felfogásukban a terápiás siker nem más, mint egy készség kialakítása a józanság élethosszig tartó tanulására. Ezzel összefüggésben áttekintenek néhány konkrét módszert az identitás és az attitűdök változásának mérésére. A folyamatértékelés a legtöbb terápiás környezetben természetes hangsúlyt kap. A folyamatértékelésben a kvalitatív technikáknak, az etnográfiai jellegű kutatásoknak lehet nagy szerepe.

Kulcsszavak: eredményértékelés – folyamatértékelés – terápiás közösség – egészségtanulás

Abstract

In the current paper core problems of evaluating therapeutic communities (TC) are addressed. Evaluating outcomes is a challenge as usual methods grounding evidence-based practice do not work in these complex and individualized contexts. Measuring and even conceptualizing therapeutic success seems a major problem. Authors propose a new perspective, defining therapeutic success in the recovery-oriented culture of therapeutic communities as building clients' recovery competence and prepare them for the lifelong learning of sober lifestyles. Some possible methods to explore changes in clients' identity and attitudes are discussed. Process evaluation is a natural focus in most therapeutic contexts and requires the introduction of qualitative techniques, including ethnographic methods.

Keywords: *outcome evaluation – process evaluation – therapeutic community – health learning*

A terápiás közösségek története és főbb sajátosságai

A terápiás közösség mint módszer lényege, hogy tudatosan megtervezett társas környezetet hoznak létre azzal a céllal, hogy egyfajta életmódlaborban elősegítsék, facilitálják a pszichoszociális változást. Egy általánosan elfogadott definíció szerint: „A terápiás közösség olyan drogmentes környezet, ahol a szenvedélybetegek vagy más problémával küzdő személyek szervezett, strukturált módon élnek együtt azért, hogy elősegítsék a változást és lehetővé tegyék a drogmentes életet a külső társadalomban.” (Broekaert & mtsai., 1993, idézi Vanderplasschen & mtsai., 2014, p. 18)

A terápiás közösségek története a hatvanas években kezdődött: ezek a közösségek a szenvedélybetegek kezelésében az elmúlt ötven évben a világ számos országában mindvégig fontos szerepet játszottak. Létrejöttük egyben az akkoriban elérhető kezelési formák kritikáját jelentette: ez a kritikai jelleg és az önsegítő potenciálok hangsúlyozása bizonyos távolságot teremtett a professzionális főáramtól, ami a szakmai megújulás szükséges feltétele volt. Ugyanakkor ez az elkülönülés teret nyithatott a karizmatikus, de nem mindig konstruktív vezetésnek. Mára e közösségek jól integrálódtak az ellátórendszerbe, fontos új fejleménynek tekinthetők egyes országokban a speciális klienscsoportok igényeinek megfelelő, valamint a börtönökben kialakított terápiás közösségek (modified TC). (Vanderplasschen & mtsai., 2014)

A terápiás közösségek két történetileg kialakult hagyomány szerint csoportosíthatóak:

A konceptuális TC-k jellemzői a következők:

- önsegítés: önmaga felépüléséért a kliens a felelős, a TC többi tagja facilitálja felépülése folyamatát;
- hierarchia: a napi tevékenységek strukturált keretek között zajlanak, a lakók szerepmódként működnek az újonnan csatlakozók számára;
- közösség: a csoport közös élete, az együvé tartozás a terápiás változás és a szociális tanulás legfőbb eszköze;

- konfrontáció: a közösség értékrendjével, normáival össze nem egyeztethető viselkedés megfigyelése és visszajelzése.

A demokratikus TC-k fő vonásai:

- engedékenységek: a tagok szabadon kifejezhetik érzéseiket, gondolataikat, anélkül, hogy ezért elítélnék őket;
- demokratikus jelleg: a közösség életének szervezésében a lakók és a stáb egyenlően¹ vesznek részt;
- közösségiség: a szabad interakció, a közvetlen kommunikáció eredménye az összetartozás élménye;
- a realitás tesztelése: a tagok számára folyamatosan visszatükrözik a többiek, hogy miképpen látják őket.

Maga a kezelés mindenütt viszonylag jól elkülöníthető fázisokra bontható, ezek azonban nem azonosak a felépülés később ismertetésre kerülő fázisaival, mert a felépülés a TC-n kívül is zajlik:

- bevezető szakasz (induction): 1-60 nap;
- elsődleges kezelés (primary treatment): 2-12 hónap;
- kiléptető szakasz (re-entry): 13-24 hónap.

Ezeket az alapvető szakaszokat tovább is tagolhatják az egyes intézmények sajátosságainak megfelelően.

A TC-k általános szabálya, hogy az absztinencia a drogra, az alkoholra és valamilyen formában a szexre is vonatkozik. Az erőszakos viselkedés sem megengedett. A külső kapcsolatok kezdetben erősen korlátozottak, a későbbiekben a kliens felépülési kompetenciáinak, felkészültségének függvényében támogatják ezek kezdeményezését. A felelősségvállalást – egyre növekvő mértékben – a napi élet feladatainak elvégzése során is gyakorolják. A mindennapok erősen strukturáltak, kötött tevékenységekkel, amelyek mindegyike valamilyen módon a felépülés kompetenciáinak fejlesztését szolgálja.

A magyarországi kezdeményezések közül fontos megemlíteni a Portage-modell adaptálását, amely egyike a legfontosabb hazai fejlesztéseknek. (Molnár, 2012) Emellett számos TC tevékenysége erősen kapcsolható a 12-lépéses felépülési modellhez (Minnesota-modell), bár a

¹ Az egyenlőség a legtöbb közösségre jellemző mítosz, eszmény, érték, de nem gyakorlat (Cohen, 1985)

TC-kiindulópontokat eredetileg szolgáltató humanisztikus megközelítés látszólag ezzel ellentétben áll.

A 12-lépéses diskurzus félrevezető lehet, mert olyan tartalmakat képes integrálni, amelyek a hétköznapi beszédben egymással ellentétesként jelennek meg, és olyan értékeket mutat fel, amelyek az értékfosztott állapotból nőnek ki. Mindez segít az élet paradoxonjaival való megbirkózásban, de nem mindig segíti a kifelé való kommunikációt. Ám ezeknek a közösségeknek ez nem is célja. (Davis & Jansen, 1998)

A főként behaviorista gyökerű amerikai TC-hagyományok Európában a szociális tanuláselmélettel, a pszichoanalitikus és családterápiás tradíciókkal gazdagodtak, és az erős önsegítő gyökereket magas szintű szakmaiság erősítette meg. A TC-k pozícióját azonban hátrányosan befolyásolta az utóbbi évek gazdasági válsága-hanyatlása, az ártalomcsökkentő modell elterjedése, a független szervezetek növekvő állami kontrollja, a „bizonyítékokon alapuló gyakorlat” nemegyszer irreális kívánalmi, és a „rutinosan karizmatikus” vezetők problémája. Napjainkban új kihívást jelent a speciális klienscsoportok kezelése és az új pszichoaktív szerek használóinak eltérő szocializációja, pontosabban súlyos szocializációs hiányosságai. Új, bár átmenetinek tűnő fejlemény az ártalomcsökkentő megközelítés háttérbe szorulása és a felépülési modell előretörése. Ennek hátterében az is állt, hogy a politikusok/szakpolitikusok, az adófizetők, de maguk a kliensek sem mindig tudták elfogadni az ártalomcsökkentő kezelés limitált célkitűzéseit, amelyhez képest a felépülés a teljesebb élet reményeit nyújtja. (Vanderplasschen & mtsai., 2014) Nyugat-Európában a két modell integrálásával próbálkoznak, s az inga hol a felépülési paradigma, hol pedig az ártalomcsökkentés irányába lendül ki. (Kelemen, 2015, szóbeli közlés) A korszerű gyakorlatban a TC-k egy folytonos, integratív kezelési rendszer egy elemeként jelennek meg. (Williams, 2014)

A hazai helyzet

Nemzetközi szakirodalmi források alapján a hazánkban működő bentlakásos drogrehabilitációs intézetek mindegyike terápiás közösségként azonosítja magát. (Vanderplasschen & mtsai, 2014) Bár a hazai szakemberek ezt nem látják ilyen egységesen (Topolánszky, 2009; Mándi, 2014), az általunk vizsgált intézmények alapvető sajátosságai szerint terápiás közösségeknek tekinthetők. A terápiás közösségekben folytatott kezelés jelentőségét tekintve a középmezőnyben vagyunk,

európai viszonylatban hazánkban a TC „jól meghonosodott és felépített kezelési módszerek tekinthető”. (Vanderplasschen & mtsai., 2014, p. 26) 2011-ben a 14 működő programban összesen 738 személyt kezeltek 374 férőhelyen: ha ezt az adatot összevetjük a terápia időtartamával, akkor megállapítható, hogy a kezelés idő előtti megszakítása figyelmet érdemlő probléma, ám az adat nem mutat lényeges eltérést a nemzetközi tapasztalatoktól. (pl.: NHS–NTA, 2012; Vanderplasschen & mtsai., 2014)

Magyarországon az első programok 1986-ban jelentek meg, a második nagyobb léptékű fejlődés 1997 körül következett el. Topolánszky, Felvinczi, Paksi és Arnold (2009) végezték el a magyarországi drogterápiás intézetek átfogó vizsgálatát. E vizsgálat célja az intézmények működésének, tevékenységének strukturált leírása volt, olyan fő dimenziók mentén, mint a klienskör, a célkitűzések, valamint a terápiás technikák. A vizsgálat kitért a 13 vizsgált intézet szervezeti jellemzőinek, humán erőforrás ellátottságának, a drogprobléma kezelésére irányuló intézményrendszerbe való beágyazottságának és a kliensek terápiával kapcsolatos vélekedéseinek feltérképezésére. A kutatásban az egyes intézetek munkatársai és 245 kliens vett részt – ez egy megközelítőleg 70%-os arány az intézetek befogadóképességéhez viszonyítva. A vizsgálat megvalósításához a kutatók egy terápiás intézeti kérdőívet használtak eszközként, amelynek alapjául az EMCDDA 1997-es ajánlása, hét ország Fókuszpontjának szakembereiből álló munkacsoport által kidolgozott mérőeszköz, valamint az OSAP 1202-es kérdőív szolgált. A kérdésblokkok a következők voltak:

- a terápiás program strukturális jellemzői, a drogprobléma kezelésére irányuló intézményrendszerbe való szerkezeti beágyazottság;
- az intézet kapacitása;
- a kliensek szerhasználati és szociokulturális jellemzői;
- a kliensek felmérése;
- terápiás célkitűzések;
- terápiás technikák, eszközök;
- a kezelés befejezése;
- a programok humán erőforrás hátterére és finanszírozására vonatkozó információk;
- a programot működtető szervezet jellemzőire vonatkozó információk.

Adatfelvételi eljárásként a kutatók a személyes találkozás során történő kérdőíves adatfelvételt választották, esetenként csoportosan végezték el a vizsgálatot. A vizsgálat helyszínéül minden esetben az adott terápiás intézetet szolgált.

Szervezeti formáját tekintve a 13 intézetből 4 állami/önkormányzati és 9 nem-kormányzati szervezet volt. A vizsgált intézetek kétharmadát a civil szektorba tartozó szervezet működtette. Fő tevékenységi körét tekintve a 13 intézetből 8 szenvedélybetegek rehabilitációs ellátását végezte, kettő szociális ellátást biztosított, további két intézet esetében a gyermekvédelmet, míg egy intézet kapcsán a drogprevenciót jelölték meg fő tevékenységként.

A hazai terápiás intézetek a kutatás évében 353 klienst tudtak befogadni. Az OEP-finanszírozott férőhelyek száma 269, a szociális normatívából finanszírozottaké 340 volt. A férőhelyek száma a vizsgált 13 intézetből 10 esetében 25 fő alatti, de volt olyan intézet, ahol mindössze 10 klienst, míg a legnagyobb akár 100 főt is be tudtak fogadni. A 13 intézetből öt koedukált, hét kizárólag férfiak, egy kizárólag nők számára elérhető. A terápiás intézetbe való bekerülés leggyakoribb okaként az intézetek az *alkoholproblémát* jelölték meg.

A leggyakrabban használt tiltott szerek a kutatás idején az opiátok voltak, a bekerülő kliensek csaknem felének elsődleges szere azonban nem tiltott drog (becsült százalékok: alkohol [34,88%], politoxikomán [16,25%], opiátok [17,58%], kannabisz [10,04%]). Bár a speciális szükségletű csoportokhoz tartozó kliensek (pl. droghasználó anyák, pártfogói felügyelet alatt állók stb.) fogadása sok esetben megoldható, speciális szolgáltatást nem minden intézmény tud számukra nyújtani.

A kutatás alapján az intézetek által megfogalmazott terápiás célok közül a következő három cél kap nagy hangsúlyt: a „szociális készségek, megküzdési stratégiák fejlesztése”, az „önismeret, önbizalom, magabiztosság fejlesztése” és a „tartózkodás bármilyen illegális drogtól”. A célok prioritását vizsgálva a „mindenfajta pszichoaktív szertől való tartózkodás” bizonyult a leghangsúlyosabbnak.

Az alkalmazott terápiás technikák közül az intézetek megítélése szerint a leghangsúlyosabb a csoportterápia, a terápiás közösségi modell, a foglalkozásterápia, a relapszusprevenció valamint a kognitív- és viselkedésterápia. „Inkább nem hangsúlyos” besorolást kapott a biblioterápia, az evangelizáció és a 12 lépéses modell, míg a legkevésbé hangsúlyosnak a gyógyszeres és az averzív terápiás módszereket tartották.

A vizsgált intézetek a klienseknek egészségügyi alapellátást, pszichológiai ellátást, illetve jogi tanácsadást is nyújtottak. Egyes

intézetekben elérhető volt olyan segítségnyújtás, amely munkahely, lakhatási és továbbtanulási lehetőség keresésére irányult. A terápiás intézetek átlagosan 15, leggyakrabban 13 hónaposra tervezték a terápiás programot. Az esetek felében egyéni terápiás időtávot határoztak meg. A vizsgált intézetek mindegyikéről elmondható, hogy minden kliens számára készítettek személyre szabott kezelési tervet, amelynek kialakításakor nemcsak a kliens mentora (és/vagy az esetmegbeszélő csoport), de a kliens is hangsúlyos szerephez jutott. (Topolánszky & mtsai., 2009)

A terápiás közösségek értékelő kutatásának főbb dilemmái

A terápiás közösségek nyújtotta kezelés eredményességének kutatása a pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatok általános problémáiba ütközik. A kezelés komplexitása, az individualizált kezelési formák tovább nehezítik ilyen vizsgálatok tervezését. (Magor-Blatch & mtsai., 2014) A nagyobb léptékű metaanalízisek legfőbb problémája, hogy az egyes vizsgálatok más-más célkitűzésekkel, módszertannal és mintával dolgoztak: ebből adódóan a kapott eredmények is igen eltérőek. Bár általánosságban a random kontroll-módszert tekintik a legjobb értékelő módszernek, a TC-k tevékenységének értékelésére (és általában véve a holisztikus, életmódformáló kezelési módszerek értékelésére) ezek a vizsgálatok alkalmatlanok lehetnek. A random kontroll vizsgálat kiindulópontja ugyanis, hogy tudunk azonosítani egy olyan független változót, amelynek mentén a két csoport világosan megkülönböztethető. Ez lehetne éppen a TC-kezelés, amelynek függvényében alakulna azután a kliensek állapota. A probléma az, hogy a vizsgált csoportok összehasonlításához nem elegendő a főbb demográfiai markereket megfeleltetni, és egyes változók egyáltalán nem, vagy rendkívül nehezen kontrollálhatóak (pl. ilyen a belső motiváció alakulása, ezen belül az adott kezelési modalitás igénybevételére való hajlandóság). A kérdés komplexitása folytán rengeteg változót kellene bevezetni, ami hosszadalmas, a gyakorlatban nehezen kivitelezhető vizsgálati lépéseket jelentene, és a kezelték száma összességében véve is csak nehézkesen tenné lehetővé a statisztikai elemzéseket. Ezért támaszkodnak a vizsgálatokban erőteljesen a kvalitatív módszerekre, a megfigyelésen alapuló, a kliens természetes életkörülményeit vizsgáló eljárásokra, ahol etikai és gyakorlati-megvalósíthatósági akadályokkal, valamint a random kontroll vizsgálatok módszertanából következő korlátokkal nem kell számolni. (Vanderplasschen & mtsai., 2014; B. Erdős, megjelenés alatt)

Az eredményértékelésnél három eltérő lehetőség kínálkozik:

- a kezelték csoportjának összehasonlítása kezelést nem kapó csoportok eredményeivel: itt felmerül a „természetes felépülés”, a „natural recovery” kérdése (Granfield & Cloud, 1999);
- egy bizonyos módon kezelték csoportjának összehasonlítása egy másik bizonyos módon kezelték csoportjának eredményeivel;
- a „bemeneti” és a „kimeneti” mérés közötti különbség. (Magor-Blatch & mtsai., 2014)

Manning és Rawlings (2004, idézi Vanderplasschen & mtsai., 2014) tanulmánya 29 elemzésbe vont vizsgálat (21 nem random, 8 random kontroll vizsgálat [RCT]) alapján arra a következtetésre jut, hogy a TC-alapú kezelés hatékonyabb más intervencióknál, a konceptuális TC pedig hatékonyabb, mint a demokratikus. Ugyanakkor ezt a megállapítást kétségesé teszi, hogy ez utóbbiban súlyosabb állapotú klienseket kezelték, így a két minta aligha összemérhető.

Smith, Gates és Foxcroft (2006) Cochrane-vizsgálata éppen ellentétes következtetésre jut, amikor a TC-ket az ambuláns kezeléssel, a bentlakásos közösségi programokkal és egyéb rövid programokkal veti össze. Az eredmény-indikátorok között a következők szerepeltek:

- a kezelés teljesítése ([Williams, 2014] – ezt inkább folyamatindikátornak tekinthetjük);
- a szerhasználat kedvező változása (kevesebb szer, kevésbé ártalmas szer, kevésbé kockázatos használat);
- a foglalkoztatási helyzet javulása;
- a bűnelkövetés csökkenése.

A szerzők szerint nincs lényegi különbség a TC-k és más bentlakásos kezelési formák hatékonysága között: ugyanakkor az elemzésbe vont tanulmányok száma alacsony, és a vizsgálatok módszertani szempontból a fent említett korlátokat mutatják.

De Leon (2010, idézi Vanderplasschen & mtsai., 2014) átfogó vizsgálata vitatta az előbbi eredményeket, és az észak-amerikai TC-szakirodalom áttekintésének eredményeképpen ismételtlen alátámasztottnak tekintette a TC-módszert. Elemzésébe longitudinális, megfigyelésen alapuló vizsgálatokat is bevont, köztük a TOPS (*Treatment Outcome Prospective Studies*) és a DATOS (*Drug Abuse Treatment Outcome Studies*) elemzéseket, esettanulmányokat, kontrollált

vizsgálatokat, ahol a kontrollcsoportot nem kezelték vagy másként kezelték; statisztikai módszerekkel végzett metaelemzéseket, és gazdaságossági számításokat. A TC-k fölénye – amelynek azonban feltétele volt a kezelésben maradás – a szerhasználat változásában, a bűncselekmények elmaradásában és a foglalkoztatási helyzet javulásában jelentkezett. Ahogyan ez várható, a kezelés sikerét befolyásolta a motiváció, valamint az, hogy a kliens rátalált-e a számára megfelelő típusú TC-re (self-matching).

Malivert és munkatársai (2012) szerint a TC-kezelés hatékonyan csökkentette a szerhasználat mértékét az utánkövetés ideje alatt még azokban az esetekben is, amikor a kliens egy másik nézőpontból – amikor az eredményt az absztinenciával azonosítjuk – visszaesőnek minősülne. A visszaeső kliensek 20-33%-a ismételten kezelésbe lépett. Ugyanakkor a metaelemzésbe bevont tanulmányok nem tértek ki arra, történt-e szerváltás, és eltérő volt a szerhasználat súlyossága is. E vizsgálat kimutatta, hogy a kezelésben maradás és a kezelés teljesítése jelzi legbiztosabban az utánkövetési időszakban az absztinenciát.

A brit National Treatment Agency for Substance Misuse anyagából kiderül, hogy minden tíz bentlakásos terápiára jelentkező személy közül három sikerrel zárja a terápiát a kezelés befejezésekor, egy megszakítja a kezelést, hat fő pedig az integrált közösségi ellátórendszer további elemeire támaszkodik. Közülük később kettő felépül, legalább kettő kezelésben marad, legalább egy pedig kilép a kezelésből. (NHS–NTA, 2012)

Magor-Blatch és munkatársai (2014) kizárólag a kvantitatív kutatási módszerekkel elvégzett, 2000-2012 közötti terápiás hatékonyságot értékelő vizsgálatokra összpontosítottak. Elemzésük során arra törekedtek, hogy minden olyan tanulmányt áttekintsenek, amelynek fókuszában a TC-k hatékonysága állt. Felmérték az egyes kutatások módszertanát, esetleges korlátait, összefoglalták az eredményeket, és magyarázatot kerestek az eredmények közötti eltérésekre is. Az összesen 53 témába vágó tanulmány közül mindössze 11 felelt meg a szerzők által támasztott követelményeknek, így például 21 tanulmányban egyáltalán nem mérték a kiinduló állapotot, hat esetben pedig nem derült ki, TC-e egyáltalán a kezelőhely. A kutatók az általuk választott kritériumoknak megfelelő 11 tanulmány esetében több alkalommal mutattak rá a mérések problematikus voltára: így pl. a kezelésen részt vett személyek komolyabban veszik saját későbbi szerhasználatukat, és beszámolnak róla, míg a kontrollcsoport nem. A metaelemzés végkövetkeztetése, hogy a terápiás közösségek hatékonyan csökkentik a szerhasználatot és a bűnelkövetést, valamint javítják a mentális egészséget és a társadalmi

beilleszkedést (munka, lakhatás, társas kapcsolatok). (Magor-Blatch & mtsai., 2014)

Vanderplasschen és munkatársai (2014) áttekintésébe a random kontroll (RCT) és a kvázi-kísérletes (QES) vizsgálatok mellett a megfigyelésen alapuló vizsgálatok is bekerültek, feltéve, hogy azokban az alábbi indikátorok közül legalább egyet vizsgáltak: kezelésben maradás, a kezelés teljesítése/megszakítása, a szerhasználat jellemzői (absztinencia, visszaesés, ennek súlyossága, a visszaesésig eltelt idő), foglalkoztatás, bűnelkövetés, egészség, jóllét, családi kapcsolatok alakulása, életminőség, halálozás.

A 49 beválasztott tanulmányból 28 kontrollált vizsgálatot, 21 megfigyeléses módszerekkel dolgozott. A kontrollcsoportos vizsgálatok áttekintése alapján a TC-k esetében jelentős probléma a kezelés megszakítása, különösen a hosszú programoknál. Az absztinencia elérése tekintetében a börtön-TC-k kezdeti markáns hatásossága másfél év elteltével jelentősen csökkent, és a kezdeti 85%-os arány kb. 40%-ra mérséklődött. A bentlakásos kezelést kínáló egyéb (nem-börtön-) TC-k esetében viszont egyenletes, tartós, a kontrollcsoportokhoz képest statisztikailag szignifikáns javulás mutatkozott. A börtön-TC-k a bűnelkövetés ismétlődésének kivédése tekintetében hatékonyabbnak bizonyultak, összevetve az egyéb kezelést kapó/kezelést nem kapó elítéltek eredményeivel. A foglalkoztatási és egyéb mutatók (családi funkcionálás, fizikai-testi egészség, halálozás) vonatkozásában a TC-kezelés szintén hatékonyabbnak bizonyult, ha más kezelési formákkal/nem kezelt esetekkel vetették össze a TC-ben kezelték eredményeit.

A kontrollcsoport bevonása nélkül végzett elemzések is a szerhasználat csökkenését mutatták, bár a mérési módszerek, és az alkalmazott kritériumok igen eltérőek voltak, pl. absztinencia, visszaesés súlyossága, a visszaesésig eltelt idő, vagy – egy esetben – az Addikció Súlyossági Index (ASI) kiinduló értékeihez képest mért, hosszú távon is mutatkozó javulás. A bűnelkövetés tekintetében ezek a kutatások kimutatták, hogy a kezelés elvégzése, illetve a kezelés hossza kapcsolatba hozható a javulás mértékével. Hasonlóan változott a foglalkoztatási helyzet is, ám ezzel a kérdéssel csupán a tanulmányok egy része foglalkozott.

A szerzők a metaelemzésekéből azt szűrték le, hogy a TC-k eredményessége alátámasztottnak mondható, és különösen a szerhasználat, illetve a bűnelkövetés mérséklése tekintetében kedvező. Bár a halálozási arány „kemény” indikátor, előfordulása szerencsére elég ritka ahhoz, hogy ennek alapján az eredményességre irányuló

következtetéseket lehessen levonni. Ismétlődő eredmény, hogy a TC-k gyenge pontja a kezelésben tartás (retention), pedig a pozitív eredmények a kezelési program sikeres teljesítése esetén inkább várhatóak. Megjegyeznénk, hogy a börtön-TC-k hosszabb távú eredményei alapján ez nem a pusztán fizikai jelenlét, hanem egyéb tényező (pl. a motiváció, a program és személy közötti illeszkedés stb.) következménye lehet.

Az elemzésbe vont tanulmányok módszertani szempontból távolról sem egységesek, és olyan alapvető kérdésekre nem adnak választ, mint pl. hogy összehasonlítható-e két olyan csoport, amelyek egyike TC-ben kap kezelést, míg a másik egyéb kezelésben részesül, vagy a természetes, kezelés nélküli felépülés útját járja. A szerzők szerint körültekintőbben megalapozott és hosszú távú utánkövetést (az átlag ezekben az esetekben 12-18 hónap volt) alkalmazó vizsgálatokra lenne szükség a továbblépéshez. A számos nehézséggel, és főképpen ellentmondásos, érvénytelen eredményekkel járó hagyományos megközelítések helyett a TC-k értékelésében kivitelezhető módszer lehet a szakmai konszenzuson alapuló értékelés. (Vanderplasschen & mtsai., 2014)

Mi a felépülés?

Az eredményértékelés nehézségei nem kis részben abból fakadnak, hogy a TC-kezelés eredményét nem könnyű meghatározni. Látható, hogy az eredményértékelés során számos indikátor bevezetése felmerült. Köznapi értelmezésben az eredmény az absztinencia lenne (ha a drogos nem drogozik, akkor meggyógyult; ha az alkoholista nem iszik/vagy nem iszik „a kelletténél többet”², akkor meggyógyult). Ez azonban mind a felépülők, mind pedig a segítők konstrukcióitól távol esik.

Ha tehát az eredményességet vizsgáljuk, akkor tudnunk kell: mit tekinthetünk felépülésnek és felépülési kompetenciának? Az első kérdéssel Laudet (2007) behatóan foglalkozik tanulmányában, és többféle perspektívából, kiterjedt empirikus kutatás keretei között vizsgálja a felépülés jelentését. Felfogása szerint az addikció krónikus betegség, és bár köznapi értelemben leggyakrabban valóban az absztinenciát értik felépülés alatt, ez önmagában nem lehet cél, nem fenntartható. A nem-

² Ez a különös kifejezés azt sugallja, hogy van egy bizonyos mennyiség, amit alkoholtól el kell fogyasztani.

fogyasztás ugyanis statikus állapot, míg az emberi élet folyamatos változások és az ezekhez való alkalmazkodás sorozata.³

Laudet (2007) megállapítja, hogy bár a felépülés egyre divatosabb fogalommal válik mind a szakemberek, mind a döntéshozók körében, és ennek nyomán a médiában, nincs konszenzus arra nézve, mit jelent valójában ez a kifejezés. Ez a definíciós probléma megnehezíti a klinikai gyakorlatot és a kutatómunkát, különösen azokat a törekvéseket, amelyek a terápiás programok eredményességének vizsgálatát célozzák. Fontos szempont továbbá, hogy a függőség – az Egyesült Államokban mind az alkohol-, mind a drogfüggőség, hazánkban inkább a drogfüggőség – erősen tematizálódik, és súlyos stigmát jelent, hiszen a szerhasználathoz köznapi értelemben a kontrollvesztés, a krónikus jelleg, a gyógyulásra tett sikertelen kísérletek sokasága, a visszaesések asszociálódnak, sokkal inkább, mint a felépülés lehetősége. Ehhez társulnak azok a korábbi jelentések, amelyek szerint nem krónikus betegségről, hanem morális ügyről, valamilyen rossz választás, döntés eredményeképpen bekövetkező, tehát szabadon megváltoztatható problémáról van szó. Ha sikerül pontosabban meghatározni, mi a felépülés, akkor realisabb elvárásokat tudnak megfogalmazni a kezelést végző intézményekkel és magukkal a felépülőkkel kapcsolatosan. A felépülésre való társadalmi összpontosítás egy további nagy előnyt jelenthet: a felépülő közvetlen környezetében szerepmódként jelenik meg. Christakis és Fowler (2008) a dohányzást vizsgálva megállapították, hogy egy kapcsolati távolságra (one degree of separation) a dohányzás esélye 61%-kal nagyobb; a dohányzás abbahagyása a házastársra nézve 67%-kal, barát esetében 36%-kal csökkentette a dohányzást. A felépülő kultúra egy-egy prominens, ismert személyiségének hatása kimondottan erős lehet (ripple effect; kollektív felépülési tőke), olyan közösségi forrást jelent, amelyet aligha lehet túlbecsülni: mesze túlmutat adott személy szerhasználati problémáinak megoldásán.

A felépülés vizsgálata gazdasági értelemben is jelentős: a társadalom szempontjából a felépülés a problémás szerhasználatból származó kockázatok mérséklődését vagy megszűnését jelenti, így például a szövőődő bűnözés kockázatnak mérséklődését. A felépülés elősegítése az

³ Az illúziót, miszerint az absztinencia a maga statikusságában önmagában cél lehet, feltehetően a kultúra stabilitás-narratívákat preferáló viszonyulása támogatja meg: az emberi egymásrataltság, együttműködés érdekében szeretjük a kiszámíthatóságot, és szeretjük hinni, hogy az élet sajátos, számunkra átlátható szabályok szerint, kiszámíthatóan rendezett. (Gergen & Gergen, 1983)

egészségügyi és szociális kiadások adekvát kezelése, hiszen ezek a kezelések az akut és krónikus állapotok esetében, a szerhasználó és környezete vonatkozásában annál költségesebbek, minél tovább folytatódik a problémás szerhasználat: pl. hepatitisz/HIV/AIDS, a hajléktalanság, munkanélküliség-munkaképtelenség, szegénység miatti ellátások és segélyek. Egy korai vizsgálat (Griffin, 1983, idézi Rawlings, 2001) négy év alatt 9 millió dollár közösségi megtakarítást mutatott ki egyetlen kezelőhely (Gaudenzia House, West Chester, USA) munkájának eredményeképpen. A bentlakásos kezelés összességében költséghatékonyabb, mint a börtön. Egy későbbi vizsgálatban egy másik módszert alkalmaztak: a kezelés előtti év orvosi költségeit vetették össze a kezelés utáni év eredményeivel, és hozzáadták a kezelés költségét. Az eredmény: két éven belüli „megtérülés”. (Rawlings, 2001)

A felépülési folyamat további közvetlen és közvetett nyereségei, hogy a személy képessé válik a társadalom életéhez való hozzájárulásra, kedvező változások történnek a munkavállalás, lakhatás, képzésbe lépés, családi és más kapcsolatok rekonstrukciója terén; megjelenik az igény a mások érdekeit figyelembe vevő, és a közös jövőt is szolgáló cselekvésre, amely adott közösségen belül pozitív mintákat terjeszt el. (B. Erdős & Kiss 2012)

Laudet (2007) megjegyzi, hogy nem elég a tüneteket kezelni, hanem a szövődő problémák megoldását is szükséges elősegíteni, a szerhasználat csökkenése-megszűnése önmagában nagyon kevés. Nem csupán azért, mert egyes elméletek szerint (Khantzian, 2003) a szerhasználat a pszichoszociális nehézségek, pszichiátriai problémák öngyógyítási kísérleteként tartható számon. Azért is, mert akinek saját felfogása szerint nincs (esetleg soha nem is volt) mit veszítenie, az nem fog kitartani a józanságban, ha viszont lesz célja, javul az életminősége, akkor a felépülésben meg akar maradni.

Laudet összefoglalója a *köznapi kommunikációs tartalmakat* vizsgáló korábbi kutatásokra is kitér, és megállapítja, hogy e szférában többnyire a leállásra tett próbálkozásokat értik az alatt, hogy valaki felépülőben (in recovery) van. A vizsgálatban csupán a válaszadók negyedrésze azonosította a felépülést úgy, mint az addikcióktól való szabadságot és az absztinenciát; és csak harmaduk hitte, hogy egész életre szóló változást hozhat a kezelés. Jellemzően úgy gondolják, hogy a felépüléshez mindenképpen szakember segítsége szükséges, és a többszöri próbálkozás és kezelés hozhatja meg az eredményt.

A *médiaüzenetek* két fő csoportja: 1) valamilyen híresség, közéleti szereplő felépülési folyamatának ábrázolása, küzdelmekkel,

viSSzaesésekkel – lényegében a hős történetének mintájára (Gergen & Gergen, 1983); 2) médiakampányok, ahol a szakszerűség dominál az üzenet eladhatóságával szemben, így ezeket kevesebben is nézik, mint a szenzációszámba menő előbbi műsorokat.

Az utóbbi évtizedben *szakmai folyóiratokban* nagy népszerűsége tett szert a felépülés fogalma. Ugyanakkor több tanulmány egyszerűen nem is definiálja, mit ért felépülés alatt – csupán a tanulmány végére derül ki, hogy lényegében az absztinenciát. A felépülés fiziológiai értelemben a fizikai függőség megszűnését, a leromlott testi állapot átmeneti vagy tartós javulását jelenti. Pszichológiai értelemben a pszichés függőség lassú, meghatározott fázisokra tagolható javulása, amelyet az első szakaszban az absztinencia/józanág megtartására való összpontosítás (első egy-másfél év), a második szakaszban a napi élet technikáinak elsajátítása (18-36 hónap), a harmadik szakaszban pedig, a harmadik év felett folyamatosan, erős spirituális orientáció jellemez. A fogalom szervesen kapcsolható a WHO egészségdefiníciójához, amely nem a betegség hiányát (jelen esetben a problémás szerhasználat mint tünet megszűnését) tekinti egészségnek, hanem a fizikai, mentális és szociális-társas jóllét állapotát. E területen a definíciót kiegészíthetjük a WHO által is kutatott spirituális dimenzióval (Laudet & White, 2008; ld. még Glosszárrium). Egy másik konceptualizáció alapján a felépülés olyan önkéntesen fenntartott életstílus, amelyet a józanág, a személyes egészség és az állampolgári részvétel jellemez. (Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007, p. 222, idézi Best & Laudet, 2010) Egy másik meghatározás szerint „önkéntesen fenntartott kontroll a szerhasználat felett, amelynek révén maximalizálható az egészség, a jóllét, és a társadalmi jogok, szerepek, felelősségek vállalása”. (UK Drug Policy Commission, 2008, p. 6) Ez az utóbbi definíció – a paradigmaváltásban kevés következetességet mutatva – mérsékelt sikerrel egyensúlyoz a kontrollfétissel⁴ jellemezhető köznapi tudások és a felépülésre irányuló kutatásokból származó ismeretek között. E kutatások nem távolodnak el ilyen erőteljesen a felépülési kultúrát képviselő kliensek perspektívájától, amelyben a kontroll vágya sokkal inkább az aktív szerhasználat jellemzője. Deegan (1988, idézi Laudet, 2007) egy korai meghatározása a szelf újfajta érzékelését állítja a középpontba, azzal együtt, hogy a felépülés során új életcélok fogalmazódnak meg a betegség keretei között és azon túl. Ám a felépülés maga nem valamiféle végcél, inkább *az életút új folyamata* – ez az egyik oka annak, hogy e területen lényegében nem lehet éles határvonalat húzni az eredmény- és

⁴ Deetz (1992) találó fogalma.

folyamatértékelés közé. Best és Laudet egy saját definíciójában a társadalmi részvétel és befogadás aspektusa nem jelenik meg, hangsúlyos azonban a személyes tapasztalat. A felépülés lényege a jobb életminőség, az empowerment megélt tapasztalata. A felépülés alapelvei a remény, a választás szabadsága és a fejlődésre való törekvés. (Best & Laudet, 2010)

Laudet és White (2008; Laudet, 2007) 354 elérhető, önként jelentkező személyt⁵ vontak be a kérdőívet és kvalitatív interjút/tartalomelemzést alkalmazó vizsgálatba. A szerhasználati problémákat a M.I.N.I. alkáláján mérték. Alkalmazták még az Addikció Súlyossági Index-et, és rákérdeztek a legutolsó használat időpontjára is. Az absztinencia időtartamát tekintve elfogadták a saját bevallás szerinti adatot, de ezt szűrőpróbaszerűen nyálteszttel is ellenőrizték. A résztvevőket a klinikai tapasztalatok alapján négy csoportba sorolták: 1) kevesebb, mint 6 hónap absztinencia; 2) 6-18 hónap; 3) 18-36 hónap; 4) 3 év feletti időtartam. Rákérdeztek a járulékos diagnózisra: diagnosztizáltak-e bármilyen mentális betegséggel, s ha igen, akkor mi volt ez? A kapott kezelési formákat – detoxikálás, metadon fenntartó, TC, 21/28 napos bentlakásos terápia, ambuláns kezelés, börtönben kapott kezelés és egyéb – szintén felmérték, a 12-lépéses csoportok látogatása külön kérdésként szerepelt. Megkérdezték továbbá, hogy a személy felépülőben lévők tartja-e saját magát, és ha igen: mennyi ideje tart a felépülése? Mi illeszkedik legjobban a felépülésről vallott nézeteihez?

- mérsékelt/kontrollált szerhasználat, alkoholfogyasztás
- a bázis-drog (drug of choice) kerülése, egyéb szerek és alkohol mértéktartó használata
- a drogok kerülése, mérsékelt alkoholfogyasztás
- sem drog, sem alkoholfogyasztás
- egyéb

A válaszadókat arról is kérdezték, miképpen határoznák meg a szerhasználatból való felépülést, melyek személyes céljaik a felépüléssel, és mi a jó abban, hogy felépülőben vannak? A felépülésről vallott hiedelmeket az Addiction Belief Inventory felhasználásával vizsgálták. (Luke & Ribisi, 2002, idézi Laudet, 2007)

A statisztikai elemzés eredményei közül érdemes megemlíteni, hogy a minta mindössze 6,4%-a tartozott a „natural recovery”, azaz terápiás segítség nélkül felépülők körébe, és az ő esetükben az addikció

⁵ A vizsgálatban való részvételért fizettek.

súlyossága szignifikánsan alacsonyabb volt: ez az adat pontos következtetések levonására önmagában biztonságosan nem alkalmazható, tekintettel a mintavétel sajátosságaira, ám az adat erősen eltér egyéb becslésektől (pl. Granfield & Cloud, 1999). Ellentmondásnak tűnhet továbbá, hogy a vizsgálatban résztvevő összes személy kb. 40%-a használt valamilyen szert az elmúlt hónapban, de ők ettől még felépülőnek vallották magukat. Ugyanakkor csaknem 90% gondolta az absztinenciát a felépülés feltételének, és az absztinenciát célként is megjelölték. Megjegyeznénk, hogy ez a fellépő kognitív disszonancia a felépülés egy forrása, de akár veszélyeztető stresszforrás is lehet, attól függően, hogy miként sikerül megbirkózni ezzel a disszonanciával. Laudet (2007) a korábbi kutatásokat összefoglalva szintén megállapítja, hogy az absztinenciára építő programok a sikeresebbek.

A felépülés fogalmát a vizsgálat résztvevői a következőkkel határozták meg: egy új élet (22%), jóllét (13%), „dolgozni önmagán” („working on yourself” 11,2%), elfogadni, amit az élet ad (9,6%), önfejlesztés (9%), hogyan élhetünk drogmentesen (8,3%), a probléma felismerése (5,4%) és a segítségkérés képessége (5,1%). Azok nézetei, akik nem tekintették magukat felépülésben levőknek, gyakran a domináns diskurzushoz illeszkedtek. Nem tudták értelmezni, vagy a felépülő közösségek logikáján kívül gondolkodva próbálják értelmezni a fogalmat: „felépültem (recovered), ez több, mint felépülőnek lenni”; „követni a 12-lépéses programot, én nem követem, tehát nem vagyok felépülő”; „azért hívtam felépülésnek, mert az intézmény így hívta.” Figyelmet érdemel egy válasz, amelyet e tanulmányban a szerzők nem értelmeznek, ugyanakkor saját interjú vizsgálatunkban többen hasonló tartalmakat fogalmaznak meg: „az elköteleződés, hogy egyenesen viselkedjünk”. E kérdésre saját eredményeink elemzésekor visszatérünk.

A felépülés hozadéka, eredménye: az új élet, a második esély, az, hogy nincs több tagadás, az élet élvezetének képessége, egészség, anyagi előnyök, szermentes élet, fejlődés, célok, pozitív hozzáállás, jobb anyagi helyzet, életszínvonal, jobb testi és lelki egészség, jobb családi élet, barátok és a támogató háló fejlődése. Csaknem mindenki (97%) egyetértett azzal, hogy a felépülésnek nincs vége, és folyamatos munkát igényel. Több kutatás (pl. Dennis, Scott & Foss, 2007; Laudet & White, 2004) alátámasztotta, hogy az addikció kezelése során ismételt próbálkozásokra van szükség. A felépülés 3-5 év után tekinthető stabilnak – de soha nem tekinthető biztosnak.

Bár köznapi értelemben a helyzet úgy fest, hogy a szerhasználó problémája a szer használata, a szerhasználat megkezdése előtti állapot

viszont megfelelőnek tekinthető, és oda kell visszatérni (re-recovery) egy sikeres kezelés során, ahol a bemeneti állapot a szerhasználat, a kimenet pedig az absztinencia vagy legális szerek kontrollált használata,⁶ a gyakorlatban ez egyáltalán nem így van. Sok esetben a klienseknek nincs hová, nincs miért visszatérnie, egyáltalán nincs vonzó múltbeli állapot, hanem új célokat kell kialakítania. Az is gyakori, főként a „klasszikus” szerek esetében, hogy a szerhasználat miatt minden létező – kapcsolati és egyéb – erőforrásukat kimerítették. Laudet (2007) megjegyzi, hogy a kezelés felvállalását gyakran egy kontemplációs fázis, kognitív felkészülés előzi meg – amennyiben a kezelés nem kényszer hatására történik.

Topolánszky és munkatársai (2009) vizsgálatában a terápia befejezésének sikeressége a vizsgálatba bevont intézetek szerint átlagosan 1,6 kritériumban érhető tetten. A leghangsúlyosabb kritériumoknak a társas/társadalmi környezethez való viszonytal kapcsolatosakat tartották (családi kapcsolatok és a munkaerőpiaci státusz helyreállítása, lakhatási körülmények kialakítása, támogató közösséghez való integrálódás), míg a sikerességhez kevésbé szorosan kapcsolják az olyan individuális készségeket, mint az absztinencia (amely mint terápiás cél prioritásként szerepelt), az önismeret, a szociális készségek elsajátítása és a terápiás időtáv letelte. A kliensek átlagosan több mint kétharmada lemorzsolódik a terápia befejezése előtt – ez megfeleltethető a nemzetközi tapasztalatoknak (pl. NTA–NHS, 2012). A lemorzsolódás a legnagyobb arányban a terápia megkezdését követő egy hónapban történik meg. A megkérdezett kliensek a terápiás intézetek szolgáltatásai közül leginkább a lakhatási támogatással, míg a legkevésbé a munkaerőpiaci tréning és pénzügyi tanácsadás szolgáltatásokkal elégedettek.

A kliensek a leghangsúlyosabbnak két absztinencia-célt tartottak az intézetek terápiás céljai közül: „tartózkodás bármilyen illegális drogtól”, illetve „tartózkodás az alkoholhasználattól”. Hangsúlyosként jelölték meg az olyan célkitűzéseket, mint a mindennapi életvezetési készségek fejlesztése, a szociális készségek, megküzdési stratégiák, valamint az önismeret, önbizalom, magabiztosság fejlesztése, továbbá a droghasználat közvetlen következményeként megjelenő károsodással kapcsolatos célokat. Összevetve az intézetek célkitűzéseivel, elmondható, hogy a kliensek esetében minden cél kisebb hangsúlyt kap, mint az intézetek esetében. A terápia során a kliensek leginkább hangsúlyosként a csoportterápiát és a foglalkozás-terápiát jelölték meg. Kevésbé

⁶ A viselkedéses addikciók a köznapi diskurzusokban ritkán tematizálódnak.

hangsúlyosnak gondolták a hitéleti programokat, a biblioterápiát, a gyógyszeres- és a művészetterápiát.

Az eredményességre vonatkozóan a kliensek a kutatásban vizsgált dimenziók⁷ mindegyikében pozitív elmozdulást érzékeltek saját életükben. Saját meglátásuk szerint különösen az „önismeret, önbizalom, magabiztosság” terén értek el jelentős változást, de javult az egészségi állapotuk, illetve a „mindennapos dolgaik elvégzése” tekintetében is pozitív változásról számoltak be. A legkisebb mértékű változást olyan dimenziók kapcsán észlelték, amelyekre vonatkozó célokat kevésbé éreztek hangsúlyosnak (pl. baráti kapcsolatok rendezése), vagy amelyek fejlesztését célzó szolgáltatásokkal nem voltak megelégedve. Lényeges, hogy a kliensek 80%-a ajánlaná személyes tapasztalatai alapján a terápiát, míg csupán 2%-uk beszélne le róla másokat.

Összefoglalva az eddigieket, a felépülés mint eredmény a laikus társadalom oldaláról:

- az illegális szerek kiiktatása, az ezektől való absztinencia, és a legális szerek (pl. alkohol) akaraterő révén kontrollált használata;
- a társadalmi integráció fontos lépéseinek megtétele (tartós munkavállalás és/vagy képzés, családi kapcsolatok rekonstrukciója, a betegszereptől és a bűnelkövető szerepétől való tartózkodás, biztonságos lakhatás).

A felépülésnek ez a felfogása azonban nem minden, a terápiát sikeresen záró személy számára alkalmas, mert elsőlegesnek tekinthetik az érzelmi-kapcsolati problémák megfelelőbb kezelését és a kialakuló spirituális orientációt. Fontosnak, de inkább csak előfeltételnek tekintik a legális/illegális szerektől való tartózkodást és egy új, megváltozott értékorientációt, amely elvezet a társadalmi integrációhoz, de nem közvetlenül, hanem a sorstárs közösségekbe történő integrálódáson keresztül.

Az eredmény, a kimenet értékelésének nehézségeit áttekintve, a szakirodalmi források összegzése alapján a terápiás közösségek reális céljának tarthatjuk, hogy a felépülési kompetenciák elsajátítását segítsék

⁷ A Trident-modell alapján ez nem eredményértékelés, hanem – nem kevésbé fontos kérdés – a kockázatviselő felek nézőpontjának megismerése. Eredmény akkor lenne, ha az adott indikátor nem lenne a személyes megítélés függvénye (pl. ilyen a lakhatás, foglalkoztatás, iskolázottsági szint változása).

elő, azaz *kialakítsanak egy képességet a józanság élethosszig tartó tanulására*. Ez jelenti a kiindulópontot saját kutatásunk során.

Folyamatértékelés

A folyamat- és eredményértékelés logikai elkülönítésének fontosságára, ugyanakkor már tárgyalt nehézségeire a terápiás közösségek egy meghatározott elemének vizsgálatát hozhatjuk például. A torzítás általában abban áll, hogy folyamatot, vagy kockázatviselői perspektívát értelmeznek „objektív” eredményként. Williams egy 2014-es írásában az amerikai terápiás közösségek egy olyan gyakorlatának értékelésére, körüljárására vállalkozik, amelyet saját kutatócsoportunk is vizsgált a korábbi években: ez a programzáró ünnepség (graduation) gyakorlata. (Seltzer & Kelemen, 2011; Kelemen, B. Erdős & Madácsy, 2007; Kelemen & B. Erdős, 2003) Hasonló ajánlás a Brit Pszichiátriai Társaság drogrehabilitációs intézményekre vonatkozó *Service Standards for Therapeutic Communities for Addictions* sztenderdjei között is szerepel. (3.4.4. „The Community marks an individual leaving with an event or celebration” – [„A közösséget elhagyó /terápiát záró/ tagot megünnepelik”.]) (Paget, Thorne & Das, 2015, p. 16; Márk, 2015, p. 88) Williams írása alapján úgy tűnik, az amerikai intézmények gyakorlatában ez az elem központi szerepet tölt be, és hiányoznak azok a kliens érdekeit szolgáló intézkedések, amelyek mind az európai, mind a hazai gyakorlatban a helyére teszik a programzáró hagyományát. Williams leírásából úgy tűnik, hogy amerikai környezetben a programzáró olyan alkalom, amely lehetővé teszi a múlt „hátrahagyását”, az attól való elszakadást, egyfajta torz „minden vagy semmi” gondolkodás jegyében – paradox módon ez a fajta gondolkodás éppen a fel nem épülő függő sajátja. A programzáró azt jelzi, hogy a kliens elsajátította a józan élet folytatásához szükséges kompetenciákat. A valóságban azonban ilyen elszakadás nem lehetséges, és a józan élet képességének, készségeinek tanulása folyamatos, amelyben nagy szerep van a közösségi erőforrásoknak és a szervezett utógondozásnak. Williams rámutat, hogy az amerikai intézményi gyakorlat túlságosan magabiztossá, akár elbizakodottá teheti, kudarc, visszaesés esetén pedig az intézmény moralizáló megközelítése súlyosan stigmatizálhatja a klienst. Bár az intézmények jó része a sikeres programzárót egyfajta eredmény-indikátornak tekinti, a valódi eredmény-indikátor a józanság megtartása és az életmód megváltozása: a programzáró legfeljebb a folyamatértékelés

része lehetne, ahogyan az intézményi szabályok és normák követése sem tekinthető önmagában eredménynek. (EMCDDA, 2012; Williams, 2014). A szerző ezek mögött az amerikai egészségbiztosítási rendszer anomáliáit gyanítja: „a kliensközpontú kezelés árthat az üzletnek”. (Williams, 2014, p. 454)

Valójában nem tudjuk pontosan, hogy a programzáró vagy a szabálykövető viselkedés miképpen függ össze a józanság elérésével. Saját korábbi kutatásunk eredményei arra utalnak, hogy a bevonódás, az új identitás kialakítása az átmenet döntő tényezője: csak hogy ez sokkal nehezebben mérhető, mint maga a viselkedés. (Kelemen & B. Erdős, 2003) A személyes viselkedést nem csupán maga a személy, hanem a társas környezet is erősen befolyásolja: ezért nem mindegy, hogy pusztán alkalmazkodásról, vagy azonosulásról beszélhetünk. A kezdeti lépés mindenképpen az alkalmazkodás – különösen erős külső kényszer esetében –, de innen tovább kell mozdulni egy döntő változás felé, bárhogyan is nevezzük ezt a fajta változást. (Kelemen & B. Erdős, 2011)

Williams szerint a kezelés mint folyamat kapcsán a következő közkeletű, téves előfeltevésekkel számolhatunk:

- a kezelés vezet a felépüléshez;
- egyedül a kezelés az oka a fejlődésnek, a pozitív változásnak;
- ha a kezelés sikeresen lezajlott, akkor a felépülés önfenntartó folyamat, és nincs már szükség további szakszerű segítségre;
- ha a kezelés nem vezet absztinenciához, akkor az sikertelen.

Ezzel szemben a kezelés inkább csak egyetlen, bár lényeges eleme egy átfogó változási folyamatnak (DiClemente, 2006, idézi Williams, 2014), amely már az intézményen kívül elkezdődik, és nem zárul le a „programzáróval”. A visszaesés, vagy akár a terápiából való idő előtti elbocsátás ebből a nézőpontból felfogható lenne tanulási lehetőségként is, olyan alkalom, amely lehetőséget ad a kliens személyes dinamikájának mélyebb megértésére. A felépülés folytonosságát e szellemben elősegítő utógondozó programok (recovery management programs) – 4-5 éves utánkövetést véve alapul – jelentősen, 15% alá csökkentették a visszaesés arányát. (White & Kelly, 2011, idézi Williams, 2014)

Williams részletesen foglalkozik azokkal a téves feltevésekkel, amelyek a kezelés és a józanság közötti ok-okozati kapcsolatra vonatkoznak. Megállapítja, hogy

- az intézmények is, és maguk a kliensek is valószínűleg tévesen tulajdonítják a pozitív változások összességét a kapott kezelésnek;
- általában eltúlozzák a mélypont jelentőségét, azaz utólag rosszabb állapotról számolnak be, mint amilyenben valójában voltak;
- elhanyagolják az idő múlásából, a személyiség éréséből eredő javulás jelentőségét;
- nem veszik figyelembe, hogy a kliensek rengeteg más forrást is használnak felépülésük folyamán (egyéb terápiás források, esetkezelés, önsegítő csoportok, társas hálózatok stb.);
- nem figyelnek a placebo hatásra, arra, hogy az intervenciók helyettmögött a személyes törődés, a figyelem az, ami hatásos („kezelnek, tehát jobban leszek”);
- figyelmen kívül hagyják a próba-hiba típusú tanulás eredményeit.

Williams kritikája egy hagyományosabb perspektívából teljesen megalapozottnak tekinthető: más nézőpontból azonban nem. Amikor azzal érvel, hogy a programzárón kapott tanúsítványnak csupán annyi a jelentősége, hogy hitelesíti a kezelést („verification of being exposed to treatment”) (2014, p. 454), akkor figyelmen kívül hagyja, hogy a társas kapcsolati rendszerekben az effajta hitelesítésnek fontos és valós terápiás szerepe van: hiszen egy társadalmi intézmény legitim képviselője tanúsítja a lezajlott pozitív változást, azaz *re-szocializál*. (White, 2000; B. Erdős, 2006) Tehát, bár Williams elemzése éppen a programzáró (graduation) jelentéséből indul ki, mélységében nem elemzi, hanem pusztán technikaként tekint a programzáró eseményre. Ugyanakkor számos, a terápiás értékelést segítő szempontot jelenít meg, és ajánlása – a közösségi alapú, felépülést támogató hosszú távú programok bevezetése (community-based continuing care recovery plan) azonban kétségtelenül hasznos javaslat. Akkor is, ha mint később látni fogjuk, a hazai rendszerek – legalábbis az általunk vizsgált intézmények – egyelőre az amerikai problémák egy részétől mentesek.

Hogard (2007) megjegyzi, hogy a pszichoterápia általában véve olyan terület, ahol a folyamatértékelésnek nagy hagyományai vannak. DiClemente és munkatársai (1994, idézi Hogard, 2007) vizsgálata kifejezetten a folyamatértékelésre összpontosított. A szenvedélybetegek kezelőintézményeinek gyakorlatát vizsgálva négy folyamat-összetevőt azonosítottak, amelyek meghatározónak bizonyultak: a kezelés „dózisa” (intenzitása), az üléseken tanúsított aktivitás, a terápiás szövetség és az üléseken kívüli tevékenységek. Ugyanakkor a terápiás tevékenységek részletes leírására e kutatásban nem került sor, így az eredményes

tevékenység modellálása nehézségekbe ütközött. Hogard (2007) egy egészen más kontextusban történő értékelést (Platzer & mtsai., 2000) idéz, amikor a sikeres csoportfolyamat két lényegi összetevőjét, a *támogatást (support)* és a *kihívást (challenge)* azonosítja. Ebben a kutatásban az interakció vizsgálata már nagyobb szerepet játszott, és e két összetevő alkalmas lehet a TC-n belüli folyamatok jellemzésére is.

Hazai kutatók egy általánosabb, a folyamatértékelés során hasznosítható modellje a felépülési kompetencia folyamatát írja le, Chapman (2007) általánosabb modelljére és a Bateson-i (1972) tanuláselméletre támaszkodva. A modell a felépüléshez szükséges identitástanulás lépéseire összpontosít. A kiinduló állapot a nem-tudatos inkompetencia – a személy számára nem ismert, hogy szükség van változásra. Amikor valamilyen hatás következtében már felismeri, hogy változásra van szükség, a tudatos inkompetencia állapotába kerül, azaz tudatában van annak, hogy túl kevés a felkészültsége egy vágyott állapot eléréséhez. Az ezt követő tudatos kompetenciát elérve már sikeres az új készségek gyakorlásában, ám ez erős összpontosítást követel meg tőle. A nem-tudatos kompetencia elérésével rutinossá válik, többé nem kerül különös erőfeszítésbe a tanultak alkalmazása. A reflektív kompetencia szintjén megfogalmazódik számára saját tudása személyes jelentősége. (Kelemen & B. Erdős, 2011)

Laudet (2007, idézi Vaillant, 1995) korai vizsgálatát, amely szerint a sikeres felépülés feltételei: az absztinencia, a helyettesítő szenvedélyek, pozitív következmények a viselkedésben, az állapotban, növekvő remény és önbecsülés, társas támogatás nem-ambivalens személyektől, spiritualitás, belső erő és a vágy, hogy jobb ember legyen. Vaillant néhány kritériuma meglehetősen körvonalazatlan (pl. „belső erő”); több, feltételként szereplő fogalom meghatározása/megítélése pedig a szakmán belül sem egységes (pl. spiritualitás, remény, helyettesítő szenvedélyek). Ám ez a példa jól mutatja, hogy a felépülés, mint élethosszig tartó tanulási folyamat esetében nem mindig lehetséges elkülöníteni, mi az eredmény, és mi a folyamat. (Pl. a növekvő önbecsülés, a pozitív viselkedés, a spirituális orientáció stb. olyan „eredmények”, amelyek mint folyamatok, egyszersem mind további, mélyebb „eredményekhez” vezethetnek.)

Laudet (2007) kutatásából egyértelműen látszik, hogy a fókusz a „drogfüggőség kezeléséről” a „fenntartható felépülés elősegítésére” tevődött át. Ez ismételt felveti az egymáshoz integráltan kapcsolódó kezelési modalitások kialakításának szükségességét. Egy ilyen forma Dennis, Foss és Scott (2007) modellje, amelynek főbb összetevői: a kezelés utáni monitoring és támogatás, aktív kapcsolat a felépülést segítő

csoportokkal (kölcsonös segítés), a felépülési fázisnak megfelelő (pszicho)edukáció és a megcsúszás, visszaesés során a korai intervenció.

Az értékelés egy különleges, nem mindig megválaszolható kérdése, hogy mi lett volna akkor, ha a kezelés elmarad. Már szó esett arról, hogy a felépülés nem feltétlenül igényli szakemberek közreműködését, ám a természetes felépülés egyike a legnehezebben vizsgálható jelenségeknek. Pl. a már idézett vizsgálatban (Laudet, 2007) az így felépülők a minta töredékét adták, és a kevésbé súlyos esetekre korlátozódtak. Az alacsony válaszadói hajlandóság adódhatna abból, hogy e csoport tagjai nem integrálódnak közösségekbe, és nem tartják személyes érdeküknek a válaszadást – de mi magyarázza az alábbi vizsgálatok jóval nagyobb százalékait?

Granfield és Cloud (1999) a természetes felépülés kutatása kapcsán megjegyzik: számos szakirodalom foglalkozik a döntéshelyzettel, amikor a személy eljut szerhasználó karrierjében addig a pontig, hogy bizonyos kezelési lehetőségek igénybevételével a felépülés útjára lép. A szakirodalmak túlnyomó többsége olyan narratívát kínál, amely az addikció betegségmodelljére reflektál, és a függők helyzetét reménytelennek tekinti. Mivel nincs hatalmuk a használt szer fölött, csak akkor tudnak felépülni, ha keresztülmennek a klasszikus kezelési módok valamelyikén. A szerzők szerint ez a széles körben elterjedt nézet nehezen egyeztethető össze azoknak a személyeknek a tapasztalataival, akik kezelés nélkül épülnek fel a függőségükből. Ha egy függő személy hivatalos kezelési lehetőség igénybevétele nélkül épül fel, természetes felépülésről beszélhetünk. A fogalom szinonimájaként a spontán- és autoremisszió kifejezéseket is használják.

Maga a jelenség több mint 200 éve ismert. Elsőként az a Dr. Benjamin Rush dokumentálta, aki az alkoholizmus betegségként való értelmezésének egyik első elméletalkotójaként ismert. Annak, hogy a szakemberek (elsősorban klinikusok) nem vesznek tudomást róla, vagy jobb esetben csupán kevés figyelmet szentelnek a természetes felépülés jelenségének, több oka is van:

- A klinikusok a függőségek értelmezésének betegség-alapú megközelítésére szocializálódtak, elméleti képzésük során pedig kevés szó esik a felépüléshez kapcsolódó alternatív módszerekről.
- Az alkoholizmus betegségkonceptiója az Anonim Alkoholisták és az NCA (National Council of Alcoholism) által tett erőfeszítésekből nőtt ki. Ez utóbbi egy olyan csoport, amely a betegségkonceptiót támogatja, és ezzel párhuzamosan élesen reagál az absztinencia

alapú megközelítés alternatíváira. Ezek a szervezetek, Jellinek munkássága és a Yale Center for Studies of Alcohol kutatómunkájával együtt az alkoholizmus modern betegségelméletét népszerűsítették.

- Az alkohol- és egyéb szerhasználattal való megküzdés konstrukciója egy moralista klíma eredménye, amely azt hangsúlyozza, hogy az absztinencia a függő egyén felelőssége. Ez a nézőpont később átértelmezésre került, és a függőket az alkohol démonának áldozataiként ábrázolta.
- Az addikciók kezelése az egészségipar virágzó ága, amely súlyosan sérülne abban az esetben, ha a természetes felépülés életképes megoldássá lépne elő az alkohol és drogfüggőség esetében.

A természetes felépülés kapcsán három kérdéskört érdemes kiemelni, mindenekelőtt 1) az *előfordulási gyakoriságot*. Számos alkohol és drogfüggőségben szenvedő személy épült fel anélkül, hogy kezelést vett volna igénybe. A Harvard Medical School (1995) kutatása szerint az alkoholfüggő személyek 80%-a kezelés nélkül épül fel, sokuk azt követően, hogy korábban már részt vett sikertelen kezelésen. Sobell és Sobell (1996) kutatása szerint az alkoholfüggők esetében 77%-ra, más kutatások szerint 82 %-ra tehető ez az arány. Az illegális szerek esetében is hasonló a helyzet: Waldorf, Reinerman és Murphy (1991) 71%-ra becsülik azoknak a függőknek az arányát, akik kezelés nélkül épültek fel. A felépülést befolyásoló feltételek közül 2) az *elkerülés-orientált* és 3) *megközelítés-orientált* attitűdöt érdemes kiemelni. Waldorf és munkatársai (1991) álláspontja szerint a kokainhasználók 23-46%-a tapasztalt olyan szociális, egészségügyi, munkahelyi és pénzügyi problémákat, amelyek az elkerülésre motiválhatják. A felépülést befolyásoló megközelítés-orientált okok között találjuk az olyan húzóerőket, mint a stabil munka és stabil élet jövőképe, amelynek része a család, a munka, a házasság, a gyermekvállalás és az új kapcsolatok kiépítése. (Granfield & Cloud, 1999) Ezek fontosságára Laudet és White (2008) az elért eredmények fenntarthatóságával összefüggésben mutatott rá.

Miért nem választja a személy a tradicionális felépülés módjainak egyikét? A természetes felépülést választó személyek közös tulajdonsága, hogy mindegyiküknek van már befejezetlen kezelési kísérlete. Közös bennük a stigmatizációtól vagy a mások előtti megnyílástól való félelem, illetve a meggyőződés arról, hogy saját énjük elégséges a sikeres felépüléshez. (Granfield & Cloud, 1999)

Kérdés, azonban, hogy vajon az előző, „sikertelenként” megélt kezelésnek lehet-e kései hatása? A másik lényeges kérdés, hogy vajon ki és hogyan mérte fel a természetes módon felépülő személyek kezdeti állapotát? Számos okból (pl. etikai kérdések miatt) aligha kutatható, hogy azok, akik a kezelést választják, vajon felépültek volna-e a kezelés nélkül.

A felépülési tőke

A természetes felépülés vizsgálata vezetett egy viszonylag új koncepció, a „felépülési tőke” (Granfield & Cloud, 1999; Laudet & White, 2008; Best & Laudet, 2010) megfogalmazásához és vizsgálatához, amelynek segítségével magyarázható Laudet (2007) vizsgálatának egyik konklúziója: a természetes módon felépülők kiinduló állapota kevésbé súlyos, mint a kezelés révén felépülőké. A felépülési tőke – egy rokon, vele átfedésben lévő fogalommal: a felépülési kompetencia – két módon közelíthető meg. E szemléleti keretben vizsgálható: 1) az intézmény felépülés-központú gyakorlata, 2) a személyes felépülési források.

A felépüléssel kapcsolatos két legfontosabb kérdés, hogy *mi indítja el a felépülés folyamatát, mi kell a változáshoz, és mikortól, milyen feltételek mellett válik ez a folyamat fenntarthatóvá?* A felépülési tőke azoknak a forrásoknak az összessége, amelyek a felépülés folyamatát a kezdetektől fogva alakítják. A szerzők a felépülés-definíciók áttekintését követően megállapítják, hogy a felépülési tőke három fő összetevője a szubjektív jóllét és életminőség fejlődése, a józanság, valamint az állampolgári részvétel.

Granfield és Cloud (2001) arra megállapításra jutnak, hogy azok esetében, akiknél a Bourdieau-i értelemben vett társadalmi tőke nagyobb, *kevésbé intenzív kezelési formákra van szükség – függetlenül a szerhasználat súlyosságától.* Segítő területen ismert, hogy az, akinek van valamilyen korábbi tapasztalata egy jó, pozitív kapcsolatról, van legalább egy személy, akiben megbízott életében, nagyobb eséllyel képes a fejlődésre. (Cooper & Lesser, 2002) Saját korábbi kutatásaink különösen az ún. „gyenge kapcsolatok”, az összekötő (bridging) társadalmi tőke bővülésének fontosságára mutattak rá. (B. Erdős & mtsai., 2011) A társadalmi tőke koncepcióját – mint szociológiai perspektívát – azonban Granfield és Cloud (2001) szűkösnek érezték. A felépülési tőkét úgy határozták meg, mint azoknak a belső és külső forrásoknak a kiterjedését és mélységét, amelyekre a személy a felépülés kezdeményezése és fenntartása során támaszkodhat. Eltekintve a tautológiától (lényegében az

a felépülési tőke, ami a felépülés során forrásként működhet), a koncepciónak lehet gyakorlati haszna. A kezelési modalitás kiválasztása során javasolják a felépülési tőke, mint szempontrendszer mentén meghatározni a személy számára legalkalmasabb, ugyanakkor költséghatékony formákat:

- a magas felépülési tőke kevésbé súlyos problémákkal különböző rövid intervenciókat tesz lehetővé;
- magas felépülési tőke és súlyos problémák esetén választható az ambuláns kezelés, intenzív közösségi támogatással;
- az alacsony felépülési tőke kevésbé súlyos problémák esetében bentlakásos rehabilitációs kezelést igényel, intenzív utánkövetéssel és utógondozással;
- amennyiben a felépülési tőke alacsony, a problémák pedig súlyosak, intenzív kezelési formák kombinációjára lesz szükség.

A felépülési tőke négy összetevője a következő (Granfield & Cloud, 1999):

- Társadalmi/társas tőke: kapcsolati támogatás és kötelezettségek vállalása.
- Fizikai tőke: tulajdon, tőke (pl. el tudjon költözni a pusztuló-pusztító környezetből).
- Humán tőke: készségek, képességek, törekvések, remények, személyes források, intelligencia, műveltség.
- Kulturális tőke: értékek, hiedelmek és attitűdök, amelyek segítik a társadalmi konformitást, a domináns kultúrához való illeszkedést (ez utóbbit vitatnánk: a felépülési kultúra nem fogyasztói jellegű, a felépülők nem izomorfizmust, hanem komplementaritást mutatnak, azaz kialakított értékrendjükben a megtapasztalt társadalmi hiányosságokra és problémákra konstruktívan és újító módon válaszolnak [B. Erdős & mtsai., 2011]).

Granfield és Cloud modelljének statikusságát enyhíti, hogy a felépülési tőke változását a felépülés folyamata jó indikátorának tekintik. A mögöttes, nem reflektált változás-modell azonban a lassú evolúcióra épít, nem vesz tekintetbe sorsformáló, döntéseket segítő tapasztalatokat, így a szerhasználó kapcsolati- és identitáskrizisét (a *mélypont* elérése)⁸, és

⁸ Az általunk korábban és a jelen kutatásban vizsgált személyek egy részének életében nagyon markánsan jelen volt a mélypont jelensége, amelyet mindannyian a felépülési

azoknak a kapcsolódó kutatásoknak az eredményeit, amelyek szerint a felépülés egyfajta átmeneti rítusként is felfogható. Eszerint a felépülő döntő státusz-, szerep- és identitásváltozáson megy keresztül, és a függő életvilága nem lesz összemérhető a felépülő függő életvilágával. (Seltzer & Kelemen, 2011; White, 2000)

Laub és Sampson (2003, idézi Best & Laudet, 2010) hasonló területen, bűnelkövetők reintegrációjával kapcsolatban lefolytatott, meglehetősen ellentmondásos eredményeket hozó kutatása szerint a felépülési tőke növekedése nem a kezelés közvetlen hatása, inkább életesemények, személyes és interperszonális átmenetek hozzák létre. (A kérdés persze, hogy vajon mi mást is célozna meg egy reintegráló kezelés, joggal felvetődhet!) Ilyen átmenetek, változások: egy konvencionális életmódot folytató személyhez való kötődés (pl. házastárs), stabil munkaviszony, a személyes identitás megváltozása, az idősödés és a személyközi, életvezetési, megküzdési készségek fejlődése. A bentlakásos intézmények szerepe, hogy a három legfontosabb komponenst (a biztonságos lakóhelyet, a betegség tüneteire feletti „kontrollt”, az alapvető emberi jogok védelmét, azaz biztonságos, humánus környezetet) biztosítsák. (Best & Laudet, 2010)

A felépülés mérése

A felépülés-orientált gondolkodásmód esetében a társadalmi inklúzióra kerül a hangsúly. A felépülést prioritásként kezelő ellátási formák esetében figyelemmel vannak a kliens személyes adottságaira, választási lehetőségeire, attitűdjeire. A kezelés során partnernek tekintik, ügyelnek a megfelelő kommunikációra, és a felépülés folyamatát értékelik. Az értékelés két fontosabb területe: *a személyes felépülés és az intézmény felépülés-orientált gyakorlata*. A személyes felépülés értékelése azért fontos a kliensek, a terápiát végző team és a finanszírozó számára, mert így egyfelől nyomon kísérhetik a változás folyamatát, másfelől pedig meghatározhatják a további felépülési forrásokat és lehetőségeket. Intézményi oldalról az értékelő folyamat segítheti az ésszerű sztenderdizációt és a szükséges fejlesztési irányok meghatározását. A

folyamat kiindulópontjának, egyfajta feltételének tekintettek. Természetesen lehet ez egyfajta racionalizáció, koherenciateremtési kísérlet, próbálkozás arra, hogy az élet súlyos megpróbáltatásait a személy képes legyen elfogadni – ám az elfogadás pozitív következményei nagyon is valóságosak.

terápiás hatékonyság mérésére több eszköz kínálkozik, ezek egy részét általánosabb célra fejlesztették ki, és a mentális betegségekből történő felépülést mérik, vannak azonban a szenvedélybetegségek terápiája során specifikusan alkalmazott eszközök, tesztek is. (Burgess & mtsai., 2010) Az ausztrál kutatók, a Medline és a Psycinfo adatbázisa alapján áttekintve az elérhető eszközökről írottakat, a következő kritériumok szerint javasolják egy ilyen eszköz kiválasztását vagy kifejlesztését:

- explicit módon mérje a személyes felépüléssel kapcsolatos dimenziókat;
- legyen rövid, a klinikai gyakorlatban könnyen alkalmazható (max. 50 item);
- vegye figyelembe a felhasználók perspektíváját;
- eredményezzen kvantitatív adatokat;
- tudományosan megalapozott mérőmódszer legyen;
- megfelelő pszichometriai tulajdonságai legyenek (pl. belső konzisztencia, érvényesség, megbízhatóság, változás-érzékenység);
- legyen alkalmazható az adott kultúrában;
- legyen elfogadható a felhasználók számára.

A szolgáltatások felépülés-orientált működésének mérésénél az alábbiakat tartották szem előtt:

- a közvetlenül releváns dimenziókat mérje;
- kezelhető legyen, alkalmazása ne jelentsen nehézséget (max. 100 item);
- kifejlesztése, pilot alkalmazása legyen megfelelően dokumentált;
- legyen elfogadható a felhasználók számára, és jelenítse meg az ő nézőpontjukat;
- legyen alkalmazható az adott kultúrában.

Bármilyen módszerről legyen is szó, a szerzők arra figyelmeztetnek, hogy egy új, a terápiás hatékonyságot mérő eszköz bevezetése előtt *széles körben kvalitatív, az érintettek, különösen a felépülő kliensek nézőpontját megjelenítő vizsgálatokat kell végezni*. Ezek lezárulását követően lehet magát az eszközt további vizsgálatok segítségével megfelelően adaptálni, vagy a helyi sajátosságokhoz alkalmazkodva önállóan kifejlesztetni. *Ami nem tűnik kérdésnek, az az, hogy a terápiás hatékonyságot a felépülés-orientált modellekben értékelni volna szükséges.*

Az ausztrál mentálhigiénés szakemberek által áttekintett, a fenti erős kritériumoknak megfelelő, a személyes felépülésre összpontosító eszközök a következők voltak:

- Recovery Assesment Scale (RAS)
- Illness Management and Recovery Scales (IMR)
- Stages of Recovery Instrument (STORI)
- Recovery Process Inventory (RPI)

Egy korábbi, de célzottan a drogrehabilitáció folyamatával foglalkozó szakmai anyagban a CORE-OM (Evans, 2012) kérdőív alkalmazását javasolták, amelynek magyar fordítását a 6. mellékletben közöljük.

Számos kutatásnak (pl. Best & Laudet, 2010; Laudet, 2007) részét képezte olyan általános skálák alkalmazása is, mint az életminőség-skála, vagy az étellel való elégedettség mérése.

A felépülés mérése egyfelől azért nagyon nehéz, mert nehezen tudunk kiszűrni egyéb környezeti hatásokat, különösen egy igen változékony társadalmi környezetben; másfelől nem tudhatjuk, az érési, fejlődési folyamatok merre vezetnek volna (vö. e problémákat a reziliencia-vizsgálatok [Werner, 1998] eredményeivel és az előbbiekben már tárgyalt ún. természetes felépülés rokon jelenségével). Másfelől, ami megfigyelhető, az maga viselkedés, amelyet számos szituatív tényező is befolyásol. A harmadik, hogy egyes szakemberektől nyert információk (pl. Erdős E., 2014, szóbeli közlés), és az identitás alakulásáról, valamint a felépülésről, mint identitástanulásról való ismereteink (Kelemen & B. Erdős, 2011) alapján az identitás, értékrend, attitűdök változása döntő.

Az értékrend, a gondolkodásmód, és az identitás változása mérhető. Mérésének egyik legkorszerűbb, és az adott célhoz, környezethez rugalmasan adaptálható módszere az identitás strukturális analízise. (Weinreich & Saunderson, 2002) Az identitás strukturális analízise (ISA) olyan konceptuális keret, amely az identitás változásának komplex folyamatait segít leképezni, így éppen a felépülés-központú szemléletből következő szempontokat kezeli. A klinikai kérdések mellett a társadalmi-kapcsolathálózati változásokra is reagál, és kulturálisan érzékeny mérést jelent. Erőssége, hogy a más személyekkel vagy társadalmi intézményekkel való azonosulást és az önértékelés alakulását társadalmi-történeti kontextusban méri. Ez az azonosulás a drogrehabilitáció folyamatában kulcsfontosságú, a szerepmoделlek a velük való azonosulás függvényében hatnak.

Maga a mérés az ISA konceptuális keretrendszere szerint felépített Ipeus szoftver segítségével végezhető el. A szoftver működését első lépésben hozzá kell hangolni az adott területhez (customization). Az a kérdés tehát, milyen témákat vizsgálunk, és melyek az e témáknak megfelelő társas területek. Ehhez Weinreich (2010a, 2010b), az ISA és az Ipeus, a hozzá tartozó szoftver kifejlesztője a szakirodalmi kutatást és az etnográfiai terepmunkát javasolja: korábbi és jelen kutatásunk eredményei így lehetővé teszik az Ipeus hangolását.

Az Ipeus alkalmazása fontos többletekkel kecsegtet:

- 1) Mivel kulturálisan érzékeny eszköz, szemben a nyugati életformára, társadalmi-kulturális környezetre szabott kérdőívvel, hazai környezetben is jól értelmezhető kérdéseket tudunk feltenni.
- 2) A rehabilitációs kezelések eredménye nem feltétlenül mutatkozik meg azonnal a viselkedésben (ahogyan saját kutatásunkban több interjúban megfogalmazódott a kezelést végzők részéről: „elrontjuk a drogozást”). Márpedig ebben az esetben olyan eszközre lesz szükség, amely éppen az alakulóban lévő értékrendet és a hiedelmeket képes vizsgálni, és ezt egy felépülő profillal vagy a kezdeti állapottal összemérni.
- 3) Maga a kitöltés, amennyiben az eszközt jól raktuk össze, izgalmas és könnyen értelmezhető, bár nem rövid (kb. egy óra) feladat a vizsgálatban résztvevők számára.
- 4) Az ISA-Ipeus alkalmazása továbbá lehetővé teszi a rugalmas fejlesztést, a kutatás folyamán felmerülő új, előre nem pontosan látható eredmények beépítését. Így az előre eltervezett vizsgálat a folyamatos fejlesztésekkel egyre mélyebb és érvényesebb eredményeket ad.

Kezdetben mindenképpen szükség van arra, hogy a kutatás fő kérdését meg tudjuk fogalmazni. Pl.: „Mennyiben változtatja meg egy komplex terápiás folyamat a felépüléssel kapcsolatos készségeket és értékrendet?” Ahhoz, hogy világosabb kérdéseket tehessünk fel, előzetes etnográfiai kutatási módszerek (interjúk, fókuszcsoporthoz, szisztematikus megfigyelések) révén meg kell határoznunk bizonyos témákat, még hozzá olyanokat, amelyek a vizsgált személyek számára jelentősek. (Felelősség, őszinteség, ártani önmagának/másoknak, mások mint tárgyak vs. személyek, érzelmek kezelése, kontrollhoz való viszony és a felépülés olyan kompetenciái, mint a kockázatos helyzetek azonosítása, a kölcsönösség-motívum, az interdependencia, az állandó fejlődés igénye stb.)

Szükséges még azonosítani bizonyos tartományokat (domains), amelyek az interakció fő kereteit adják. Pl.: segítő kapcsolatban, sorstársakkal, család, munkahely, szórakozás stb; a szelf a legsúlyosabb anyagozás idején; amikor segítséget kér stb. Vannak emellett „kötelező”

domainek, amelyek egyfelől mindenki számára fontos viszonylatokat jelenítenek meg, másfelől az érvényesség biztosítására kerülnek alkalmazásra.

A témákat szavakban, szövegekkel, vagy akár nemverbálisan is kifejezhetjük, fontos, hogy a szövegek tükrözzék a kutatás fő szempontjait. Formailag bipoláris konstrukciókat alkalmazunk, de itt nem logikai ellentétpárokról van szó, hanem a személy hiedelemrendszerét kell reprezentálnunk. (Pl.: „Az emberek vagy jók, vagy rosszak”/ „Minden embernek egyaránt vannak jó és rossz tulajdonságai”; „Nem érdemes őszintének lennem”/ „Ha hazudnék, magamat csapom be a legjobban”). Ezeket a szövegezéseket pontos formájukban az előzetes etnográfiai kutatás alapozza meg.

Tanácsok egy konkrét mérés előkészítéséhez:

1. A vizsgálat céljának és tágabb társas kontextusának pontos ismerete: ismerni kell a kliens életvilágát, tevékenységi körét – azon túl is, amit a konkrét vizsgálat célzó (pl. a felépülőnek van munkahelyi, családi stb. környezete is, nem csupán klinikai vagy sorstársi). E környezetek, kapcsolatok változásait is megjeleníthetjük (pl. „A segítőm, amikor elégedett a fejlődésemmel”).
2. A témák tükrözzék az elemző nézőpontját és a kliensek mindennapi életét. Nagyon fontos, hogy a kontrasztos állításokat (bipoláris konstrukciók) a kliensek saját nyelvén tegyék meg.
3. A szövegezés lehet bármilyen, feltéve, hogy értelmezhető (előírás, feltételes mondat stb.)
4. Tartományok és entitások: a teljes élettörténeti spektrumot át kell fogniuk (a kapcsolatok, jelentős helyek, időpontok). Az ISA kiemelt területei, egyben kötelező tartalmai: az ideális/kontra-ideális szelf, a jelenlegi, múltbeli szelf, a szelf metaperspektívája (pl. „Mások szerint én...”). A csodált és utált személy az érvényesség biztosítására kerül az entitások közé. Hasznos lehet még a szelf megmutatása különböző állapotokban, hangulatokban.

Minimum 50% külső entitásra is szükség van; fontos, hogy negatív entitásokat/kontextusokat is bevonjunk, továbbá, hogy a vizsgálat közvetlen célján túlmutató, az identitás szempontjából releváns konstrukciók/entitások is bekerüljenek (20-30%). A konstrukciókból és az entitásokból így kialakuló mátrix több száz értékelendő állítást

tartalmazhat, ám ez gyorsan zajlik, és az Ipeus felhasználókhöz alkalmazkodó nyelvhasználata miatt nem is megterhelő.

Összegezve a terápiás közösségek eredményességének vizsgálatát és a folyamatértékelések eredményeit, megállapíthatjuk, hogy a kutatás során célszerű a kevert, kvalitatív és kvantitatív módszereket alkalmazni. Összhangban a Trident-módszer ajánlásával, a számszerűsítésnek az eredményértékelésnél, a kvalitatív technikák alkalmazásának pedig a folyamatértékelésnél lehet nagyobb súlya, míg a kockázatviselők perspektíváit vizsgálhatjuk kvalitatív módszerekkel (interjú, fókuszcsoport) vagy skálákat tartalmazó kérdőívvel.

Irodalom

- Bateson, G. (1972/2000). The logical categories of learning and communication. In G. Bateson, *Steps to an Ecology of Mind* (pp. 279–308). Chicago: University of Chicago Press.
- B. Erdős, M. (2006). *A nyelvben élő kapcsolat*. Budapest: Typotex.
- B. Erdős, M., Kelemen, G., Csürke, J. & Borst, J. (Eds.) (2011). *Reflective Recovery*. Budapest: Oriold.
- Erdős, M. (megjelenés alatt). Az értékelés értékelése. Egy alkalmazás a szenvedélybeteg-segítés területéről. *Szociálpolitikai Szemle*, 1(5).
- Best, D. & Laudet, A. (2010). *The potential of recovery capital*. London: Royal Society for the Arts.
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T. & Rosen, A. (2010). *Review of Recovery Measures (Version 1.01)*. Australian Mental Health and Classification Network. Letöltve 2015. 01. 21-én: http://www.mentalhealth.va.gov/communityproviders/docs/review_recovery_measures.pdf
- Chapman, A. (2003-2007). *Conscious competence model*. Letöltve 2008. 03. 21-én: <http://www.businessballs.com>
- Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *The New England Journal of Medicine*, 358(21), 2249–2258.
- Cohen, A. P. (1985). *The symbolic construction of community*. London & New York: Routledge.
- Cooper, M. G. & Lesser J. G. (2002). *Clinical social work practice – An integrated approach*. Boston: Allyn & Bacon.

- Davis, D. R. & Jansen, G. G. (1998). Making meaning of Alcoholics Anonymous for social workers: Myths, metaphors, and realities. *Social Work, 43*(2), 169–182.
- Deetz, S. A. (1992). *Democracy in an Age of Corporate Colonization*. New York: State University of New York Press.
- Dennis, M. L., Foss, M. A. & Scott, C. K. (2007). An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Evaluation Review, 31*(6), 585–612.
- EMCDDA (2012). *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition)*. Lisbon: EMCDDA. Letöltve 2015. 01. 20-án:
http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update
- Evans, C. (2012). The CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) and its derivatives. *Integrating Science and Practice, 2*(2), 12–14.
- Harvard Medical Health Publishing Group (1995). *Treatment of drug abuse and addiction – Part III*. Harvard Mental Health Letter 12.
- Gergen, K. J. & Gergen, M. M. (1983): Narratives of the Self. In T. R. Sarbin & K. E. Scheibe (Eds.), *Studies in Social Identity* (pp. 254–273). New York: Praeger.
- Granfield, R. & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York: New York University Press.
- Kelemen, G. & B. Erdős, M. (2011). Processes of recovery: health learning as identity learning. In B. Erdős M., B., Kelemen G., Csürke J. & J. Borst (Eds.), *Reflective Recovery* (pp. 23–40). Budapest: Oriold.
- Kelemen, G. & B. Erdős, M. (2004). *Craving for sobriety. A unique therapeutic community in Hungary*. Pécs: The Faculty of Humanities, University of Pécs & The Leo Amici 2002 Foundation.
- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuro-Psychoanalysis, 5*(1), 5–21.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 243–56.
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse, 43*(1), 27–54.
- Laudet, A. B., Stanick, V., & Sands, B. (2007). An exploration of the effect of on-site 12-step meetings on post-treatment outcomes among

- polysubstance-dependent outpatient clients. *Evaluation Review*, 31(6), 613–646.
- Magor-Blatch, L., Bhullar, N., Thomson, B., & Thorsteinsson, E. (2014). A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 35(4), 168–184.
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E. & Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European Addiction Research*, 18(1), 1–11.
- Mándi, N. (2014). Az addiktológiai rehabilitáció mint átmeneti tér. *Kapocs*, 13(2), 14–27. Letöltve 2015. 10. 14-én:
ncsszi.hu/download.php?file_id=1529
- Márk, M. (2015). A terápiás közösségek sztenderdjei. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 82–91.
- Molnár, D. (2012). A Portage-modell. *Szociális Szemle*, 5(1), 88–97.
- NHS–NTA (2012): *The role of residential rehab in an integrated treatment system*. Letöltve 2015. 07. 15-én:
<http://www.nta.nhs.uk/uploads/roleofresi-rehab.pdf>
- Paget, S., Thorne, J. & Das, A. (Eds.) (2015). *Service standards for therapeutic communities*. London: The Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement. Letöltve 2015. 09. 20-án:
<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Service%20Standards%20for%20Therapeutic%20Communities%209th%20Ed%20FINAL%20-%20For%20%20Website.pdf>
- Rawlings, B. (2001). Evaluative research in therapeutic communities. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic communities for the treatment of drug users* (pp. 209–223). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Seltzer, M. & Kelemen, G. (2007/2011). Rituals of trust to counteract double legacies of deceit and denial among recovering drug addicts in post-Soviet Hungary: An Experience Report. *International Journal of Self-Help and Self-Care*, 5(4), 317–335, (printed in 2011).
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1996). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Smith, L. A., Gates, S., & Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *The Cochrane Library*.
- Topolánszky, Á. (2009). A terápiás közösségek új generációi. In Demetrovics Zs. (szerk.), *Az addiktológia alapjai III.* (pp. 385–402). Budapest, ELTE EÖTVÖS Kiadó.

- UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group (2008). *A vision of recovery*. London: UKDPC. Letöltve 2015. 01. 20-án:
http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Policy%20report%20-%20A%20vision%20of%20recovery_%20UKDPC%20recovery%20consensus%20group.pdf
- Vanderplasschen, W., Vandavelde, S. & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Waldorf, D., Reinerman, C. & Murphy, S. (1991). *Cocaine changes: the experience of using and quitting*. Philadelphia, PA: Temple University
- Weinreich, P. (2010). *A Guide to the generation of a well-constructed ISA instrument. Guidance for usage of the IPSEUS software*. Dromore: Identity Exploration Ltd. Letöltve 2015. 09. 18-án:
http://www.identityexploration.com/uploads/files/ISA_identity_instrument_guide.pdf
- Weinreich, P. (2010b). *A Guide to the Interpretation of ISA results*. Letöltve 2015. 09. 18-án:
http://www.identityexploration.com/uploads/files/Interpretation_of_ISA_Results.pdf
- Weinreich, P. & Saunderson, W. (Eds.) (2002). *Analysing identity: Cross-cultural, societal and clinical contexts*. London & New York: Routledge.
- Werner, E. E. (1998). Resilience and the life-span perspective. What we have learned – so far. *Resilience in Action*, 3(4), 1–8.
- White, M. (2000). Challenging the culture of consumption. Rites of passage and communities of acknowledgement. In M. White, *Reflections on narrative practice: Essays and interviews* (pp. 25–35). Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, W. & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22–27.
- Williams, I. L. (2014). Drug treatment graduation ceremonies: It's time to put this long-cherished tradition to rest. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 32(4), 445–457.

Minőségfejlesztés a szociális szolgáltatásokban

Quality improvement in social services

BRETTNER ZSUZSANNA

Összefoglalás

A szerző áttekinti a szociális szolgáltatásokban megvalósuló minőségfejlesztő tevékenység alapvető kérdéseit. Tanulmányában kitér e terület sajátos szempontjaira, és a minőségfejlesztő tevékenység, valamint az értékelő kutatások közötti kapcsolódási pontokra.

Kulcsszavak: minőségfejlesztés – szociális szolgáltatások – kliensközpontú megközelítés

Abstract

The author elaborates on basic issues in quality improvement in social services. She discusses special features of the given area and outlines the relations between quality improvement and evaluation research.

Keywords: quality improvement – social services – client-centered approach

Míg a minőségbiztosítás korábbi fogalma alá elsősorban olyan tevékenységek rendeződtek, amelyek visszatekintő perspektívából vizsgálták egy adott szervezet életét, addig a minőségfejlesztés korszerűbb megközelítésében a visszatekintés mellett a szervezet jövőképe, céljainak átgondolása is szerepel. A szociális intézményekben inkább a minőségfejlesztés fogalmát javasolják, hiszen nem egy adott, egyszeri minőséget kell létrehozni, fenntartani, hanem a változó körülményekhez, életutakhoz alkalmazkodva megtalálni a segítség optimális módját. (Varga, 2008) Hazánkban a meglévő kezdeményezések – a minőségellenőrzés rendszerei – az ellenőrző intézmények és az ellenőrzési területek vonatkozásában is egyszerre keverték és széttagoltak, még hiányzik az intézmények szakmai profiljával, tevékenységi spektrumával harmonizáló, specifikus szabályozás, ellenőrzés és minőségfejlesztés világos, működőképes rendszere.

Elmondható ugyanakkor, hogy a minőségi szolgáltatások iránti igény beépült a mindennapokba, a szociális szolgáltatások terén színvonalas, azonos nivójú szolgáltatásokat várnak el kliensek és finanszírozók egyaránt. A személyes szolgáltatást nyújtó szakember és igénybevevője közvetlen kapcsolatban állnak egymással, így a tevékenység során kell a minőség maximális szintjét biztosítani. (Czeglédi, 2011) Bár a szociális szolgáltatások számos erőforrásra támaszkodnak, a személyes jelleg, a kliensi kiszolgáltatottság miatt legfontosabb erőforrásuk az ember, a terápiás közösségek esetében pedig az emberek közötti közösségi kapcsolatok.

A szolgáltatás fogalmának meghatározása nem csupán ezen a területen, hanem általában véve is nehézségekbe ütközik, a szakirodalomban számos megközelítést olvashatunk. (vö. ISO 9004-2; Skaliczki & Zalainé Kovács, 2003; Becser, 2005, 2008) Általános értelemben szolgáltatásnak tekintjük „a vevői igény kielégítése érdekében történő teljesítményeket, folyamatokat, amelyek alapvetően nem fizikai jellegűek és nem okoznak változást a tulajdonviszonyokban”. (Bauer, Berács & Kenesei, 2007, p. 169) Tekintve a terület sajátosságait, különösen pedig a felépülési modellhez való szoros kötődését, az ilyen üzleti jellegű definíciótól távolodva, és a „szolgálat” fogalmához közeledve – ahol nem eladó és vevő, hanem a bajban lévő és a bajban segítő ember találkoznak egymással – megfelelőbb definíciót alkothatunk: e téren szolgáltatás (szolgálat) minden olyan, a terápiás intézmény által nyújtott teljesítmény, amely a személyt a felépülésben segítheti.

Számos általános elgondolás született a szolgáltatási minőség vizsgálhatóságának leírására. Az egyes modellekben a következők szerepelnek:

- fogalom-meghatározás;
- indikátorok, amelyekkel a szolgáltatás minősége leírható;
- az a szolgáltatási szegmens, amelyben az adott módszer használható;
- a vizsgálat során a diszkonformációs vagy performansz-elméleti (teljesítményelvű) keretrendszer;
- a szolgáltatás innovációjára gyakorolt hatás. (Becser, 2005)

A szolgáltatás-elégedettségre irányuló vizsgálatok esetében a leggyakrabban használt paradigma a diszkonformációs, amelynél az igénybevevő elvárásai és a megtapasztalt minőség közötti eltérést határozzák meg. Probléma – és különösen az általunk vizsgált területen –,

hogyan „az elégedettség mint »eredmény« bonyolult pszichikus folyamat végterméke”. (Mihályi, 2008, p. 61) A rés-modell (GAP-model) azonosította azokat a pontokat, amelyeket érdemes lehet vizsgálni:

- eltérés az igénybevevők elvárásai és az elvárások felismerése között;
- eltérés az elvárások felismerése és a minőség specifikációja között;
- eltérés a specifikált [tervezett] és nyújtott szolgáltatás között;
- eltérés a szolgáltató által nyújtott és ígért szolgáltatás között;
- eltérés az elvárt és tapasztalt szolgáltatás között. (Mihályi, 2008, p. 62)

Ugyanakkor a szociális szolgáltatások igénybe vevői nem mindig tudják megfogalmazni, mire van szükségük, hiszen éppen az élethelyzetükből fakadó hiányok, nehézségek következtében nem ismerik fel saját valós érdekeiket és szükségleteiket. Megeshet, hogy a hosszabb távon hatékony intervenció éppen pillanatnyi „elégedetlenséget” vált ki (Varga, 2008) „Nem tudom megmondani, hogy milyen a »minőségi szociális szolgáltatás«, de felismerem, ha látom. Nem tudom megmondani, hogy mi a »minőség« a szociális ellátás során, de felismerem a hiányát”. (Hajnal, 2008, p. 14) Veres (1998) Gröngöss megállapítására is felhívja a figyelmet, mely szerint a szolgáltatásokkal való elégedettség megítélésére jelentős hatást gyakorolnak a személyek korábbi tapasztalatai is.

Szabványok, sztenderdek és protokollok

A szociális szolgáltatások a szakmai döntéseket igénylő tevékenységek körébe sorolhatóak (Földesi, 1999), így a fő dilemmák a következők: milyen mértékben szabályozható, milyen módon rendezhető folyamatokba a személyre szabott ellátás? A fenntartók, a pályázati anyagokat elbírálók a szociális szolgáltatások területén mind jelentősebb hangsúlyt helyeznek az adott szervezet átláthatóságára, elszámoltathatóságára, a források hatékony felhasználására, valamint egyre gyakrabban merül fel a minőségbiztosítás/minőségfejlesztés kérdésköre is. A szociális szolgáltatások esetében sem hagyhatók figyelmen kívül az igénybevevők és érdekképviselői fórumaik elgondolásai, javaslatai, bár kétségtelenül többleterőfeszítést igényel a javaslatok összegyűjtése és értékelése. A kliensek visszajelzései, igényei szolgáltatásfejlesztési-átalakítási folyamatokat indukálhatnak, melyek az

elvárásaikhoz közelítő, jobb minőségű szolgáltatás megvalósítása irányába történő elmozdulást segítik elő.

„A korszerű minőségügy értelmezése szerint a szociális szolgáltatás minősége a szociális szolgáltatásban érdekelték, így elsősorban a szolgáltatást igénybevevő ügyfél, a szociális szolgáltatásért felelős intézmény, a szociális szolgáltatást nyújtó szolgáltató, továbbá a szociális szolgáltatást működtető intézmények, valamint a társadalom elégedettsége, azaz az igényeik kielégítése által átadott érték.” (Veress, 2004, p. 9) Ez annál is fontosabb, mert e területen az üzleti életben a minőségfejlesztés irányába ható versengés nem működik, általában a kliensek nincsenek abban a helyzetben, hogy válogathassanak a szolgáltatók között. (Hajnal, 2008) Varga (2008) az érdekeltség kapcsán felteszi a kérdést, hogy ki a minőségfejlesztés, mint tevékenység kliense? A szolgáltatás igénybevevője? A vele kapcsolatban állók, pl. családtagok? A szolgáltató maga? A fenntartó?

A szolgáltatás minőségének értékelése lehet tehát többoldalú, megtörténhet a szolgáltatók és az igénybevevők oldaláról is. A szolgáltatók az előírt követelményeknek, míg az igénybevevők az elvárásaiknak való megfelelést értékelik. A szakirodalom a minőség-mutatókat – a szolgáltatások esetében – „soft” és „hard” mutatók csoportba sorolja, az első komponenshez tartozónak tekintik többek között az empátiát, a figyelmességet, a határidők betartását, míg a második csoportot képviseli például a megközelíthetőség, a szolgáltatás elérhetősége, a nyitvatartás rugalmassága. (Skaliczki & Zalainé Kovács, 2003) A szociális szolgáltatások „eredménye” nehezen konkretizálható: amennyiben kísérletet teszünk a meghatározására, a kliensekben lezajlott és folyamatosan zajló változások tekinthetők indikátornak; szolgáltatást igénybevevők élethelyzetének, állapotának változása azonban – többek között annak egyedisége miatt – nehezen határozható meg. (Veress, 2004)

„Ha a munkanélküli nem talál munkát, az alkoholista tovább iszik, a drogos továbbra is él a szerrel, a pártfogás alatt lévő bűncselekményt követ el, az iskolakerülő gyermek továbbra is csavarog, akkor a szociális munkás megfelelően végezte-e a munkáját? A sikertelenség milyen mértékben a szociális munkás felelőssége? Ha különféle szabályozott eljárásokat végigviszünk a szociális munka során, ezáltal a minőség létrejön? Akkor is, ha a kliens helyzete nem javul?” (Varga, 2008, p. 14)

Az olyan szabványok, mint az ISO, hátránya, hogy ezeket jóval nehezebb ezeken az összetett, „soft” mutatókban bővelkedő területeken alkalmazni, ahol ráadásul e mutatóknak jelentős szerepe van a szolgáltatás

minősége megítélésében, sőt az eredményesség terén. (Szabó, Olesen & Huber, 2002, p. 295–296)

A SZOLID projekt (2004) keretében születtek javaslatok, hogy a különböző szociális szolgáltatások esetében mely minőségirányítási rendszert érdemes bevezetni. A szociális szolgáltatások minőségének meghatározására a termelő ágazattól eltérő minőségirányítási rendszerek bevezetését célravezetőbbnek tekintették, így „a helyi fejlesztésre, öndefinícióra és önértékelésre építő módszerek (EFQM, dialógus-alapú, akciókutatás-alapú, stb.)” bevezetésére tettek javaslatot. (Hegyesi, 2004 p. 9)

A szociális szolgáltatások minőségfejlesztési szempontjaihoz járuló sajátos szervezeti többlet, az altruista jelleg, mint újabb „soft” mutató a szervezet küldetésnyilatkozatában fejeződik ki, amelyet a szervezet fejlesztési stratégiája egészíthet ki olyan módon, hogy a szervezet a piaci realitásokhoz alkalmazkodni tudjon. (Hajnal, 2008) Hajnal továbbá megállapítja, hogy a szociális szféra ellenérdekelt a működését akadályozó túlszabályozásban, ugyanakkor a sztenderdek és a protokollok ésszerű bevezetése védi a klienseket a színvonal csökkenésétől, a munkavállalókat pedig a túlterheléstől és a kiégéstől. Ami lényeges: a jogszabálycentrikus megközelítést kliensközpontú hozzáállásnak kell felváltania.

Irodalom

- Bauer, A., Berács, N. & Kenesei, Zs. (2007). *Marketing alapismeretek*. Budapest: Aula Kiadó.
- Becser, N. (2005). A szolgáltatásminőség-fejlesztés új lehetősége. *Magyar Minőség*, 8(9), 29–36.
- Becser, N. (2008). *Szolgáltatásminőség modellek. Műhelytanulmány*. Budapest: Vállalatgazdaságtan Intézet.
- Czeglédi, L. (2011). *Minőségmenedzsment*. Eger: Eszterházy Károly Főiskola. Letöltve 2015. 06. 15-én:
http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0005_42_minosegmenedzsment_scorm_06/adatok.html
- Földesi, T. (1999). Megfontolások az EU-ban a terméktanúsítás területén. *Minőség és megbízhatóság*, 33(4), 190–191.
- Hajnal, M. (2008). A szociális szolgáltatások minőségfejlesztésének speciális problémái – összevetve az egészségügy hasonló tevékenységével. *Kapocs*, 7(3). Letöltve 2015. 06. 15-én:

- <http://www.ncsszi.hu/kiadvanyok/kapocs-letoltheto--lapszamai/kapocs-2008/86/news>
- Hegyesi, G. (2004). *A szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos minőségpolitika a megreformált szociális törvényben.* (A SZOLID Projekt Minőségbiztosítási Vegyes Bizottsága anyagainak a felhasználásával.) Letöltve 2015. 06. 15-én: <http://szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=1779>
- Mihályi, N. (2008). *Hallgatói elégedettség kritériumai a tömegoktatás feltételei között. Doktori értekezés.* Szeged: Szegedi Tudományegyetem, Gazdaságtudományi Kar, Gazdálkodástudományi Doktori iskola, Gazdaságpszichológia alprogram.
- Skaliczki, J. & Zalainé Kovács, É. (2003). *Minőségmenedzsment a könyvtárban.* Veszprém & Budapest: Veszprémi Egyetemi Kiadó.
- Varga, I. (2008). Lehetséges-e a „minőségbiztosítás” a szociális szférában? *Kapocs*, 7(3). Letöltve 2015. 06. 15-én: <http://www.ncsszi.hu/kiadvanyok/kapocs-letoltheto--lapszamai/kapocs-2008/86/news>
- Veres, Z. (1998). *Szolgáltatásmarketing.* Budapest: Műszaki Könyvkiadó.
- Veress, G. (2004). *A szociális szolgáltatások minőségbiztosítása.* Háttéranyag a szociális törvény megújításához. Letöltve 2015. 06. 17-én: <http://szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=1818>

A terápiás közösségek sztenderdjei. Lépések a minőségfejlesztés felé

Standards for addiction therapeutic communities as a means of quality improvement

MÁRK MÓNIKA

Összefoglalás

Jelen írás a Royal College of Psychiatrists és az Association of Therapeutic Communities szerveződések által vezetett network keretében – európai és ausztrál terápiás közösségek közreműködésével – összeállított, az addiktológiai terápiás közösségek számára iránymutatást nyújtó sztenderdeket mutatja be. Az elmúlt bő két évtizedben e terápiás közösségek komoly erőfeszítéseket tettek azért, hogy tevékenységük tudományos hitelét növeljék. Az addiktológiai terápiás közösségek sztenderdjeinek felsorakoztatása a szerzők reményei szerint e fejlődési perspektíva irányában tett fontos lépésnek tekinthető.

Kulcsszavak: addiktológiai terápiás közösség – sztenderdek – minőségfejlesztés

Abstract

In the current paper, service standards for addiction therapeutic communities, a result of a collaboration between the Royal College of Psychiatrists, the Association of Therapeutic Communities, and representatives of therapeutic communities from Europe and Australia are summarized and commented. In the past two decades, addiction TCs worked hard to establish the scientific credibility of their practice. The author regards these standards as an important step, opening new perspectives in therapy.

Keywords: therapeutic community for addictions – standards – quality improvement

A terápiás közösségek (TC) sztenderdjei mögött meghúzódó értékek a következők:

- az egészséges kötődés a fejlődés alapja minden ember számára, így alapvető emberi jogként tekintünk rá;
- a fejlődés, változás csak egészséges és biztonságos környezetben lehetséges;
- az egészség feltétele, hogy a személyt tiszteljék és értékeljék. Senkit sem szabad csupán a problémája szerint megítélni;
- minden viselkedésformának jelentése van, amelyet érdemes értelmezni;
- a személy pszichoszociális jólléte azon alapszik, hogy képes-e olyan kapcsolatokat kialakítani, amelyben egymás szükségleteit kölcsönösen elismerik;
- ha sikerül megérteni, miként kapcsolódik a személy a többiekhez, és azok hozzá, akkor javulnak a bensőséges kapcsolatok, a családi, társas és munkahelyi viszonyok;
- a pszichoszociális jóllét alapja a képesség, hogy befolyásoljuk saját környezetünk alakulását és kapcsolatainkat. A bevonódás a döntéshozatalba a részvétel, a felelősségvállalás alapja: így érzi a személy magáénak a programot;
- nincs mindig jó válasz: hasznosabb a személynek, a csoportnak, vagy a nagyobb szervezetnek, ha reflektál, és csak azután cselekszik;
- az egészséges személyes, csoport- és közösségi fejlődéshez a pozitív és a negatív tapasztalatok egyaránt hozzátartoznak;
- minden személy felel a csoportért, ahogyan a csoport is felel minden tagjáért. (Paget & mtsai., 2015, p. 28)

E sztenderdek központi értékeken alapulnak – látható azonban, hogy az értékek megfogalmazásánál ugyancsak tág tere nyílik a szubjektivitásnak, mert az „egészséges”, az „értékelés”, a „bevonódás” a „pozitív”, a „negatív” és a hasonló fogalmak mást és mást jelenthetnek az érintett személyek számára.

A *Service Standards for Addiction Therapeutic Communities* című kiadvány első kiadása a Royal Colleges of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement (CCQI) és az Association of Therapeutic Communities (ATC) együttműködésével, illetve a Community of Addiction Therapeutic Communities (CATC) network szervezet bevonásával valósult meg. Alapjául a *Service Standards for Therapeutic Communities 5. kiadása*

szolgált (www.communityofcommunities.org.uk). A *Service Standards for Addiction Therapeutic Communities* első munkaverzióját 120 terápiás közösségnek küldték meg, azzal, hogy a standardokat osztályozzák „nem fontos”, „fontos” és „nagyon fontos” kategóriák szerint. Arra is megkérték őket, hogy javasoljanak új sztenderdeket. A válaszok írásos kommenteket is tartalmaztak. A kérdéses elemekről egy tanácsadói csoport határozott.

Sztenderdek (7 fő szekcióba szerveződnek):

1. alap-sztenderdek,
2. fizikai környezet,
3. stáb,
4. felvétel és távozás,
5. terápiás atmoszféra,
6. terápiás program,
7. külső kapcsolatok.

Az alap-sztenderdek a TC-k alapvető követelményei fogalmazódnak meg, míg a másik hat szekció elemei az addiktológiai TC-k sajátosságai.

1. Alap-sztenderdek

- a teljes közösség rendszeresen találkozik;
- a közösség tagjai egymással közösen dolgoznak a napi feladatokon;
- a közösség tagjai szabadidejüket együtt töltik;
- a közösség tagjai közösen étkeznek;
- a közösség tagjai különböző szerepeket és felelősségeket viselnek;
- a mindennapok informális aspektusai szerves részét képezik a közösség életének;
- a közösség minden tagja beszélhet az élet bármilyen aspektusáról a közösségben;
- a közösség minden tagja rendszeresen megvizsgálja viselkedését és érzéseit a közösség többi tagja irányában;
- a közösség tagjai egymásért felelősséget vállalnak;
- a közösség minden tagjának felelőssége egy emocionálisan biztonságos környezet megteremtése a közösség működése érdekében;

- a közösség tagjai részt vesznek az új stábtagok kiválasztásának folyamatában;
- a közösség tagjai részt vesznek az új kliensek felvételi folyamatában;
- a programot befejezők a közösség tagjainak bevonásával készítik el a jövőre irányuló terveiket;
- a közösség megértő és toleráns a zavart viselkedéssel és hullámzó érzelmekkel szemben;
- a pozitív kihívások alapvető elemei a változás folyamatának;
- a TC keretei és szabályai világosak és minden tag által elfogadottak.

2. Fizikai környezet

- A belső és külső fizikai környezet egyaránt kényelmes és barátságos: a környezet tiszta és karbantartott.
- A TC megfelelő felszereltséggel rendelkezik: a közösségi összejövetelekhez rendelkezésre áll egy megfelelő méretű helyiség, rendelkezésre áll az ételek elkészítésére alkalmas konyha, az étkező helyiség mérete elég nagy ahhoz, hogy a közösség összes tagja és a látogatók együtt elférjenek, rendelkezésre áll egy pihenésre alkalmas fedett helyiség, valamint egy szabadtéri rekreációs tér.
- A kliensek személyes terét tiszteletben tartják, biztonságukat garantálják: a privát szféra biztosítására alkalmas szobák állnak rendelkezésre, a kliensek privát mosdót használhatnak, rendelkezésre állnak nyugalmas, csendes helyek az intézményben.
- A közösség tagjai részt vesznek a fizikai környezet rendben tartásában: a közösség felépítésére vonatkozó információk egy mindenki által látható hirdetőtáblán megtalálhatók.

3. Stáb

- A hatékony működéshez szükséges méretű stábbal rendelkezik a terápiás közösség: az informális és formális közösségi aktivitásoknál a közösség legalább egy „senior” tagja is jelen van és szükség esetén mások is elérhetőek; éjszaka legalább egy stábtag elérhető.

- A megüresedett helyeket amilyen gyorsan csak lehetséges, újra betöltik egy képzett és gyakorlott jelentkezővel; az új stábtag kiválasztása világos kritériumrendszer mentén történik; a stáb megfelelő arányban rendelkezik képzett szakemberekkel.
- A közösség új tagját a „senior” tagok monitorozzák hat hónapon keresztül: bevezető tréninget tartanak az állandó és átmeneti tagok számára, beleértve a diákokat és önkénteseket, mielőtt felügyelet nélkül kapcsolatba lépnének a kliensekkel.
- Azok a stábtagok, akik részt vesznek a közvetlen terápiás munkában, rendszeresen részesülnek egy arra kiképzett személy által vezetett csoport- és egyéni szupervízióban: a szupervízió célja az elméleti, gyakorlati és tapasztalati tanulás integrálása.
- A stábtagok rendszeres időközönként megtartott fórumokon reflektálhatnak munkatapasztalataikra: rendszeres meetingeken vizsgálják meg a terápiás közösség aktuális eseményeit és témáit; rendszeresen tartanak az ügyvezetés kérdéseit érintő stábmegbeszéléseket; napi átadási procedúra zajlik; a terápiás stáb számára külön reflektív jellegű meetingek folynak; „debriefing” (kikérdezés) jellegű stábmegbeszéléseket tartanak a terápiás csoportokat követően; „debriefing” jellegű stábmegbeszéléseket tartanak a kritikus eseményeket követően.
- A terápiás stáb hatékonyan team-munkát képes végezni: a terápiás stáb megvizsgálja és erősíteni kívánja a stábtagok közötti kapcsolatokat; a stábtagok olyan csoportként képesek működni, amely tolerálja a közöttük lévő konfliktusok felszínre hozását; a stáb igényt tart tagjai megfigyeléseinek megismerésére a TC-ben zajló eseményekkel kapcsolatosan és dolgozik azon, hogy megértse az eltéréseket; a stáb megvizsgálja az őt alkalmazó szervezettel és a külső szakemberekkel való kapcsolatát.
- A stáb olyan módon működik, amely összhangban van a TC filozófiájával és gyakorlatával: a stábtagok minden esetben pozitív szerepmódként szolgálnak.
- A stábtagok megfelelően képzettek: megfelelő összeg áll rendelkezésre a terápiás munka hatékonyságát növelő képzések finanszírozására; a stábtagok képzési igényei a szupervízió és más értékelések alkalmával kerülnek megállapításra; a terápiás stáb készségeinek értékelése rendszeresen megtörténik; minden stábtag folyamatosan részt vesz szakmai képzéseken; az adminisztratív stáb is megfelelő támogatásban és képzésben

részesül; a stáb számára elérhetőek a különféle adathordozókon rögzített szakmai anyagok.

- A stábtagek a TC-ben betöltött szerepüknek megfelelő elméleti képzésben részesülnek: ez magában foglalja a TC mint módszer elméleti megközelítéseit, a TC-k történetét és alapelveit.
- A stábtagek a TC-ben betöltött szerepüknek megfelelő klinikai képzésben részesülnek: a képzés érinti a terápiás intervenciók fajtáit; a terápiás intervenciók elméleti és gyakorlati alátámasztottságát; a csoport-facilitációs készségeket; a gyógyszeralkalmazás hatásait (amennyiben gyógyszeres kezelést folytatnak a közösségben); a kockázatértékelést és kockázatmenedzselést; az erőszak és agresszió kezelését; a kémiai szer indukálta viselkedés tüneteinek és hatásainak azonosítását.
- A stábtagek a TC-ben betöltött szerepüknek megfelelő tapasztalati képzésben részesülnek: a stábtageknek lehetőségük van megtapasztalni, hogy milyen kliensként élni a TC-ben; a stábnak lehetősége van részt venni más TC-vel közös csereprogramokban.
- A stáb képzésében használt módszerek hatékonysága és minősége megfelelő: a trénernek rendelkeznie kell a szükséges képzettséggel és szakmai tapasztalattal (pl. szociális munkás, pszichiáter); a képzési kritériumok világosak és összhangban vannak az elérni kívánt eredményekkel.

4. Felvétel és távozás

- A közösség tagjai gondoskodnak a TC-t ismertető írásos anyagokról, amelyek tájékoztatják a jövőbeli klienseket és szakmabelieket: az írásos ismertető egyszerű, világos leírást adnak a TC filozófiájáról és elveiről, a TC céljairól, programjairól és a terápiás modalitásokról; a felvételi kritériumok írásban is elérhetőek.
- A leendő klienseket bevonják a felvételi folyamatba, és saját maga határozhat arról, hogy kéri-e felvételét a TC-be: a leendő kliens látogatást tehet a TC-ben, mielőtt felvételét kérné.
- A felvételi folyamat és a TC-hez történő csatlakozás menete írásban rögzített és elérhető minden új tag számára: minden új taggal ismertetik a jogait és a kötelességeit; az új kliens átvizsgálásakor méltóságát tiszteletben kell tartani, és biztonságát garantálni kell az egész eljárás alatt; minden kliens rendelkezik bizonyos

alapjogokkal, a további privilégiumok a terápiás hierarchiában történő előrehaladás függvényében nyerhetők el.

- A közösség tagjainak közös felelőssége segíteni az újonnan jövőt a beilleszkedésben: a TC tagjai segítik az újonnan érkezőt a TC kultúrájához és gyakorlatához való alkalmazkodásban; minden TC-taggal ismertetik a TC történetét és alapelveit; az új klienst „mentor” segíti.
- Az új kliensekkel írásos szerződést kötnek: a szerződés tartalmazza a legfontosabb szabályokat és megszegésük következményeit.
- Minden kliens esetében terápiás szükségletfelmérést végeznek: a szükségletfelmérés számba veszi és írásban rögzíti a releváns múltbéli eseményeket, a problémákat, a veszélyeket; a szükségletfelmérés a kliens együttműködésével történik.
- A TC-ből történő távozást rögzítik (beleértve az idő előtt történő távozásokat is): a TC hatékony, működő intézményi kapcsolatokkal rendelkezik, amelyek szükség esetén támogatják a távozást.
- A TC rítusaihoz tartozik a programzárás és egyéb fontos események megünneplése: a TC biztosítja a kliens biztonságos távozását: a TC tagjai megbeszélik a program megszakításával történő távozást; az idő előtt távozót ellátják a szükséges információkkal; ismertetik vele az alternatív kezelési lehetőségeket és a TC-be történő visszatérés lehetőségeit.
- A TC tagjait bátorítják a közösséggel történő jövőbeli kapcsolattartásra: a programot befejezett, drogmentes életmódot folytató tagokat örömmel fogadják a jövőben.

5. Terápiás atmoszféra

- A TC tagjai tisztelettel bánnak egymással: a közösség megfelelő érzékenységgel kezeli a bármilyen fajta „másság” kérdését, és tiszteletben tartja a vallásos meggyőződést.
- A TC támogatja a kulturális nyitottságot: biztosítja a nyitott és őszinte visszajelzések feltételeit; a problémákat és a lehetséges megoldásokat megvitatják, mielőtt cselekednének; a potenciálisan nehéz témák is nyílttá tehetők; a TC tagjait érintő management ügyeket megosztják a közösséggel.
- A TC panasztételi eljárásának módja írásban rögzített, és mindenki előtt ismert: a panaszok orvoslása elsősorban a közösség feladata.

- A közösség tagjai bevonódnak a napi feladatokba: részt vesznek a feladatok és szerepek elosztásában; a döntéshozatali eljárásokban; módosításokat kezdeményezhetnek a TC nem alapvető szabályait illetően.
- A közösség tagjai bátorítva vannak, hogy gondolataikat, érzéseiket szavakba öntsék: a közösség tagjait támogatják abban, hogy a mindennapok során felmerülő témákkal kapcsolatos erős érzéseiket megfogalmazzák, továbbá, hogy azonosítsák a hasonlóságokat kapcsolataik, viselkedésük és érzéseik vonatkozásában a „külvilágban” és a TC-ben átélt szituációkban.
- A TC tagjai bevonódnak egymás kezelési folyamatának értékelésébe: a tagok a rájuk vonatkozó döntések meghozatalának aktív részesei; a tagok segítik egymást a problémákra adott konstruktív megoldások megtalálásában és a frusztrációkkal történő megküzdésben; bátorítják egymást abban, hogy tapasztalataikat osszák meg a közösséggel; a kockázatok és terápiás lehetőségek közötti feszültség a közösség biztonságos közegében menedzselhetővé válik, és tanulási lehetőséggé formálható.
- A közösség drogmentes környezetet biztosít, kivéve az orvos által előírt szereket: nem fogyasztanak rekreációs céllal használt drogokat, és nem támogatják azok szedését; a külső személyekkel történő kapcsolattartást korlátozzák és felügyelik; jól működő dokumentációs rendszerben rögzítik a bentlakók mozgását (távozás és visszatérés rögzítése).
- Rendszeresen felülvizsgálják a TC terápiás eljárásainak minőségét és hatékonyságát: az átnézésbe külső személyeket is bevonnak (pl. családtagok, multidiszciplináris team-ek stb.); az átvizsgálás eredményeit írásban is rögzítik.

6. Terápiás program

- A TC rendelkezik terápiás programmal: a program legalább három fő részre bomlik, bevezető, terápiás és befejező szakaszra; mindhárom szakasz leírható a célok, cselekvések és várakozások mentén; a szakaszok végét rituális zárás jelöli.
- A napi program strukturált: terápiás csoportok, különféle tevékenységek és szabadidő a napi program elemei; a TC program encounter- vagy konfliktus-csoportot is tartalmaz.
- Minden TC tag írásban elkészített terápiás tervvel rendelkezik.

- A TC célja a szélesebb társadalomba történő integrálódás elősegítése: a TC szervezhet különféle edukációs aktivitásokat, relapszusmegelőző tréningeket, az egészségtudatos magatartás fejlesztésére irányuló képzéseket.
- A TC hierarchikus struktúrájú szerveződés: a felelősségi- és munkakörök egymásra épülnek; az idősebb terápiások felelősek az újabb tagokért.
- Az egyes privilégiumok az elért eredményekhez kapcsolódnak: a nem kívánatos viselkedés szankciókat von maga után (pl. privilégiumok megvonása); a privilégiumok és szankciók rendszere világos és mindenki által elfogadott; a TC-ben megalázó és fizikai szankcionálás nem alkalmazható.
- A TC felelős tagjai testi egészségének fejlesztéséért: egészséges ételt, szükség esetén diétát, orvosi ellátást biztosít, lehetőséget teremt a testedzésre.
- A metadont biztosító TC-k írásos dokumentációt vezetnek a kezelésről: a kezelés protokollok mentén zajlik.

7. Külső kapcsolatok

- a TC elősegíti a multidiszciplináris szemlélet szerinti network kialakulását a kezelési szinterek között;
- a TC tagjai népszerűsítik a TC módszerét és munkáját;
- a TC csatlakozik a terápiás közösségek nemzetközi szervezeteihez;
- a TC gyakorlati helyet biztosít diákok és posztgraduális képzésben résztvevők számára;
- a TC menedzsmentje vagy fenntartója támogatja a TC-ben zajló kutatásokat: részt vesz a TC hatékonyságát vizsgáló kutatásokban; megfelelő minőségű és a kutatások számára hozzáférhető adatokat gyűjt a kliensekről; az adatgyűjtés során használja a rendelkezésre álló kérdőíveket (pl. EuropASI); a stáb legalább egy tagját megbízzák a kutatásokban való közreműködéssel; a TC részt vesz a nemzetközi kutatási network programokban.

Irodalom

- Paget, S., Thorne, J. & Das, A. (Eds.) (2015). *Service standards for therapeutic communities*. London: The Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement. Letöltve 2015. 09. 20-án:
<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Service%20Standards%20for%20Therapeutic%20Communities%209th%20Ed%20FINAL%20%20For%20%20Website.pdf>
- Shaah, D. & Paget, S. (2006). *Service standards for addiction therapeutic communities*. London: The Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement. Letöltve 2015. 05. 20-án:
file:///C:/Users/BeaJoci/AppData/Local/Temp/INT05_Service%20Standards%20for%20Addiction%20Therapeutic%20Communities%201st%20edition%202006.pdf

Szervezeti sajátosságok vizsgálata: vezetői interjúk és a SEEQ kérdőív

Organizational characteristics: leaders' perspectives and the SEEQ

B. ERDŐS MÁRTA, MADÁCSY JÓZSEF, BRETTNER ZSUZSANNA & SZIJJÁRTÓ LINDA

Összefoglalás

A szerzők három terápiás közösség vezetőjével vették fel a SHEU International független értékelő kutatásoknál használatos nyitó kérdőívét, amelyet a kontextushoz adaptáltak. Ezt a kérdőívet a Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ) használatával egészítették ki, amely a terápiás közösségek alapvető sajátosságait, az ezeknek való megfelelést vizsgálja. A válaszadók a szakmai autonómiát hangsúlyozták, és a felépülést úgy határozták meg, mint a kliens értékrendjében, attitűdjében bekövetkező változásokat.

Kulcsszavak: értékelő kutatás – kezdeti elvárások – TC-működésmód

Abstract

Authors explore three therapeutic communities using an initial questionnaire for independent evaluation by Social and Health Evaluation Unit, adapted for the context, to determine basic directions of independent evaluation. The questionnaire is complemented by Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ), which focuses on key features of therapeutic communities. Respondents have highlighted professional autonomy and conceived recovery as a change in clients' value system and attitudes.

Keywords: evaluation – initial expectations – TC-mode

A vezetői nézőpont és tapasztalatok megismerése fontos lépése az értékelő kutatásnak. A *Social and Health Evaluation Unit* nyitó kérdéssorának (Ellis & Hogard, 2006) célja az alapvető tájékozódáson túl a kutatásban kialakítandó kapcsolat meghatározása. Az eredeti kérdéssorból két olyan kérdést hagytunk ki, amely ebben a kontextusban nem volt

értelmezhető, megválaszolható.¹ Úgy döntöttünk, hogy a független értékelő kutatások viszonylagos ismeretlensége miatt célszerűbb interjút készíteni, mint az egyébként szokásos módon a kérdéssort online megküldeni. Így saját szerepünk meghatározására is könnyebben sort keríthettünk: eszerint külső értékelőként lépünk kapcsolatba a szervezetekkel. Felfogásunkban a programot az ismerheti a legteljesebben, aki a munkát végzi, aki a tevékenységekkel azonosul, és a terápiás közösség értékrendje szerint él. Fontos feladatunknak tartottuk azonban, hogy a szakmai reflexiók kialakulását segítsük, a tudásokat felszínre hozzuk, megvitathatóvá tegyük.

Vezetői interjúk

Az interjúkat három helyszínen – egy egyházi fenntartású, egy nem egyházi fenntartású, de „atmoszféráját” tekintve keresztyén szellemiséggel áthatott és egy Minnesota-modell szerint működő rehabilitációs intézményben – személyesen vettük fel (az interjúvázlatot ld. az 1. mellékletben), egy határon túli magyar, ugyancsak keresztyén lelkeséggel működő intézménynél pedig a Skype segítségével történt a beszélgetés. (Az utóbbi interjút külön, ugyanebben a lapszámban közöljük.)

Az értékeléssel kapcsolatos előzetes elvárások, elképzelések terén a vezetők a következőket fogalmazták meg:

- Alakuljon ki egy olyan elképzelés, amelynek alapján egyértelműen meghatározható, mit tekintünk Magyarországon eredményes szakmai munkának a bentlakásos drogrehabilitációs intézetekben.
- A kutatás legyen elfogulatlan, és fontos, hogy a vizsgálatba minél több érintettet sikerüljön bevonni.
- Megfogalmazódtak félelmek, kételyek: Vajon milyen következményei lehetnek a kutatásnak, miképpen kerülhetnek felhasználásra az eredmények? Segítenek-e eldönteni, hogy a különböző potenciális kliensek milyen ellátási formát vegyenek igénybe? Alapjául szolgálnak-e szakmai pályázatoknak? Hatással lehetnek-e szakmapolitikai döntésekre?

¹ Tartalmi változtatások: a program és egyéb hasonló célú/típusú programok költségeinek összehasonlítása; a korábbi és új programok eredményességének összehasonlítása. Nem érhetőek el ilyen adatok.

Az egyik vezető szerint az eredmény a kezdeti állapot és a terápia befejezésekor meghatározható állapot különbsége, fontos tehát, hogy ki kerül be az intézetbe. Megfelelő indikátornak tekinthető a rehabilitációs intézetből kikerülő személy értékrendjének változása. Az egyik legfontosabb eredménynek ebben az intézményben az agresszivitás csökkentését illetve megszüntetését tartják. Egy másik válaszadó szintén az értékrend változását, az értékváltás igényét emelte ki, hozzátéve, hogy ez a változás kiindulópontja, maga a folyamat a terápia zárását követően tovább zajlik. Véleménye szerint sok esetben nem működik a teljes absztinencia. Minőségi változásnak tekinthető azonban, ha a rossz fizikai és mentális állapot javuló tendenciát mutat, különösen fontos ez utóbbi a designer drogokat használó személyek esetében. A befejezett terápia célja egyfajta közös társadalmi norma működtetése: munkavállalás, tanulás, a családi kapcsolatok normalizálódása, párkapcsolat kialakítása és a szabadidő konstruktív eltöltése, valamint a szermentesség.

Egy másik intézményben mindezt egy fogalomba sűrítve, mint *józanágot* emelik ki. Lényegesnek tartják, hogy a kliensek elsajátítsák a pozitív gondolkodást, a problémákhoz való konstruktív hozzáállást, a működőképes társas mintákat. A józanág tartalma, fontosabb, mérhető indikátorai – az absztinencia mellett – a fejlődésre való képesség, a stabil párkapcsolat vagy családi élet, a munkahely megléte és tartóssága, az önfenntartás, a szabadidős vagy közösségi-társadalmi tevékenységek végzése és az elégedettség, a produktív életstílus, a pozitív kapcsolatok, továbbá az, hogy a személy a józanágot segítő egészségügyi vagy szociális ellátásokkal tartja a kapcsolatot. Mivel magas a rehabilitációba valós motiváció nélkül érkező kliensek száma, gyakran már a józanágra való sikeres motiválás is eredményként értékelhető. További szempont, hogy a kliens szociális-jogi helyzete is rendezésre kerülhet.

A válaszadók szerint az olyan ellátási formák, mint a nappali vagy közösségi ellátás, amelyekben a józanág nem alapkritérium, alkalmatlanok a rehabilitációs intézményekkel való összehasonlításra, a kórházi programok, az egyéni pszichoterápia egyes formái, és az önszolgáltató csoportokban zajló munka részben lehetővé teszik az összehasonlítást.

A kliensek utánkövetése egyelőre mindenütt inkább informális csatornákon keresztül történik: kliensi visszajelzéseken, a korábbi kliensek számára szervezett intézményi találkozókra beszerzett információkon alapul. További visszajelzéseket adhat az NA és más önszolgáltató közösségek, és információkat nyújt a Facebook is. Az intézményvezetők tervezik a szervezettebb utánkövetést, ám a kapacitáshiány és a felépülő, de különösen a visszaeső csoportok nehézkes elérhetősége problémát jelent.

A terápia sajátos vonásának tekintik az egyik egyházi intézményben a keresztény szemléletet és a szereteten alapuló hozzáállást. A szeretet mellett nagy hangsúlyt kap az elfogadás, mint érték. Az intézmény munkatársai kerülni igyekeznek a konfrontációt és a tekintélyelvű viszonyt a lakókkal. A durvaságot elutasító atmoszférában az agresszivitást kizárással büntetik, ez egyaránt érinti az agresszivitást alkalmazó és elszenvedő személyt is. Ebben az intézet vezetősége következetes. Bár ritkán van rá precedens, hogy ilyen intézkedést kelljen hozni, ha megtörténik, igyekeznek szeretetben elbúcsúzni a lakóktól. Lényeges még, hogy segíteni nem erővel, hanem a gyengeséggel lehet, vagyis azzal, ha a segítők megmutatják, felfedik saját gyengeségeiket a lakók előtt.

Egy másik intézménynél a hitet, a vallás gyakorlását nem tekintik a program elemének. A keresztyén szellemiség hozzájárul a terápia hangulatához, atmoszférájához, de hangsúlyozzák, hogy a szakmai program nem ezen alapul. A józanodás folyamata nincs a hitbeli folyamatokra ráépítve, azzal összekapcsolva, a kettő párhuzamosan zajlik. Specialitásuk a szenvedélybetegség széleskörű horizontális kezelése. Míg a 12-lépéses programok a függőséget kezelik, és a betegségtudatot viszik mélyebbre, addig itt a szociális és egyéb készségfejlesztésre, jogi tanácsadásra, munkahelykeresési ismeretekre esik a nagyobb hangsúly. Markáns terápiás elem a kliensek erősségeire való fókuszálás, a megoldásközpontúság, a problémamegoldó képességek fejlesztése. Ezekkel szemben elutasítják a hibakereső fókuszot, a megoldás nélküli konfrontációt. Nem a múltbeli hibák megismétlődésének kivédésére törekkenek, hanem az új célok, és az azokhoz való alkalmazkodás az, amit meg kívánnak valósítani. A családokkal végzett havi rendszerességű munka is jelentős, különösen az intézmény szemléletének, értékeinek átadása a szülők felé. E szintéren is kerülik a megbélyegzést, például nem használják a kodependencia kifejezést. Lényeges terápiás elvnek tartják, hogy a kliens nőjön fel a döntésképes, önmagáért felelős életvitelhez. Nincs azonban „vezetett vonal”, ami előre megmondja, hogy a kliensnek mit kell, és mit nem kell tennie.

A vizsgálatba bevont harmadik rehabilitációs intézet vezetője szerint őket a progresszivitás különbözteti meg az ország többi rehabilitációs intézetétől, valamint az, hogy érzékenyen reagálnak az ellátottak igényeire. Fontos továbbá a stáb összetétele: a kollégák józan tapasztalati szakértőként (felépülő függőként) és szakemberként működnek együtt a lakókkal. Az elmúlt évek során számos újítással próbálkoztak, saját modelljük e folyamatos tapasztalati tanulás eredménye.

Az eredeti kérdőívben szereplő kérdést („Melyek a program eddigi tanulságai?”) kiegészítettük, hogy konkretizáljuk a válaszokat, és kiemeljük a saját tapasztalatok fontosságát. (Milyen tanácsokat adna egy hasonló program kezdeményezőinek?) Elhangzik, hogy a tolerancia túlértékelése nem vezet sehová, mert a tolerancia nem mindenható. A túl nagy szabadság, ha nincsenek értékek, és az azokat védő korlátok, akadályozhatja a fejlődést. Az egyensúly értő megvalósításához azonban nagyfokú rugalmasságra van szükség a segítők részéről. Elhangzik még, hogy számos különböző, jól működő modell van, ám a kezdeti lépéseket követően a kiválasztott modellt a gyakorlat alakítja. Ugyanakkor a vezetőnek nagy szabadsága van az intézmény működtetésének irányításában.

Másutt kiemelik a csoportfolyamatokat, annak fontosságát, hogy közösséget hozzanak létre, illetve tisztázzák az egyéni terápia és a közösségi terápia viszonyát. Alapvetően a csoportfolyamatok dominálnak, ezt a segítőknek is szem előtt kell tartani, mert gyakran hajlamosak az egyénre fókuszálni. Lényeges a segítő személyiségének háttérbe szorítása: tudjon programban, elvekben is gondolkodni. A segítő egyéni képességei, rutinja nem elegendő, a csoportfolyamatok jelentik a terápiás hatás alapját. Különösen lényeges a megfelelő struktúra és az egymásra épülő folyamatok kiépítése. „Az, hogy egy kliens a terápia első napjától hova akarunk eljuttatni, ez átlátható, világos legyen, a kliens számára is érthető legyen, értékelésekkel. Mindebben megvan a struktúra napra, hétre, hónapra, fázisra, évre lebontva. Tehát a kliens nem egy véletlenben van, nem egy csodavárásban van...” Fontos, hogy az előrelépést mindig valamilyen teljesítmény előzze meg. Ez az elv érvényesüljön minden rendszerben, a kliens és a munkatárs esetében egyaránt, hogy a folyamatok minél átláthatóbbak, objektívebbek, kiszámíthatóbbak legyenek. Ennek a terápiás programban kidolgozott protokollja van (teljesítési kritériumok, azok értékelése, az egész közösség számára átlátható és követhető módon).

Fontos korábbi *újításként* az egyik intézményben egyértelműen a Portage-modell több mint tíz évvel ezelőtti bevezetését említik. A modellt pár nap alatt adaptálták, minden különösebb nehézség nélkül. Nagy különbséget jelentett, hogy sok olyan feladatot kellett átadni a klienseknek, ami korábban a segítőkhöz volt rendelve – ehhez nagyon nagy bizalom kellett. Jelenleg is a Portage-modellt követik, de a „saját képükre formálva”. Minden évben van továbbá három hét, amely a sportprogramokról szól. Ez közös utazást, kirándulást jelent; a szabadidő

konstruktív eltöltésére tanító programokon az intézmény lakói és a segítők közösen vesznek részt.

Egy másik intézmény korábbi újítása, hogy kétévente felülvizsgálják a programot. Négy évvel ezelőtt minden kliens-előmeneteli fázishoz követelményrendszert rendeltek, meghatározták a kompetenciákat, az elvárásokat, és az ezekhez vezető terápiás eszközrendszert. Két éve a munkahelyi, munkatársi előmeneteli rendszer kidolgozása történt meg. 2015-ben a megnövekedett klienslétszám és a csoportok kezelése jelentett kihívást: hogyan tudnak hatékony csoportmunkát végezni bővített klienslétszámmal?

A program közvetett kockázatviselőinek körét tágan határozzák meg: a hozzátartozókon kívül a munkáltatók, a társintézmények, az önszolgáltató csoportok és más, kapcsolódó problémára szerveződő szakellátások (pl. pártfogó felügyelet) képviselői tartozhatnak e csoportokhoz.

A terápiás működés lényegi elemei: a SEEQ

A vezetőkkal készített első interjúval egyidejűleg került sor három intézménynél a SEEQ (*Survey of Essential Elements Questionnaire*) (Melnick & De Leon, 1999) kérdőív rövidített változatának felvételére. E kérdőív a terápiás közösségek (TC) működésének alapelvei szerinti működést és az egyes terápiás tényezők súlyozását méri – a kérdőív felvételét azért tartottuk szükségesnek, mert a kezdeti beszélgetésekben az egyik intézményvezető megjegyezte, hogy bár a hazai bentlakásos drogterápiás intézmények mindegyike terápiás közösségként azonosítja magát, a valóságban ez nincs így. Maga a SEEQ – az egyes kérdéscsoportokhoz tartozó itemekkel – a 7. mellékletben található, itt csak a főbb témákat említjük:

- I. TC-nézőpont
- II. A közösség mint terápiás tényező
- III. Az intézmény: a kezelés megközelítésmódja, struktúrája
- IV. Oktatás, nevelés és munka
- V. Formális terápiás elemek
- VI. Folyamat

Az eredmények alapján e kérdőív részben alkalmas a hazai intézmények vizsgálatára. A válaszok összességében a TC-működéssel való

összhangot erősítették meg (az adott programelemek, folyamatok fontosságának megítélése a maximumhoz képest 84%, 92% és 96%). A TC-nézőpont következetes érvényre juttatása tekintetében nincs számottevő különbség az intézmények között, ezt mindannyian lényegesnek tekintik. Változatosabb a kép a közösség mint terápiás tényező megítélésben, ahol a legnagyobb eltérés a két egyházi fenntartású intézmény között mutatkozik. E különbség adódhat a kérdés eltérő értelmezéséből is (az egyházi intézményeknél a spiritualitás szerepe igen jelentős, ám erre vonatkozó kérdés a kérdőívben nem szerepel). A megközelítésmódok, struktúrák tekintetében nagyobb különbség ismét a két egyházi fenntartású intézmény között jelent meg. Az oktatás, nevelés és munka mindenütt fontos, de az egyes területek hangsúlya eltér. A formális terápiás elemek fontosságának megítélése is hasonló. Az egyes kezelési fázisok céljának és fontosságának tekintetében nem volt különbség az egyes intézmények között. Egyéb eredményeinkkel összevetve, a SEEQ rövidített formája hasznos, az önértékelést segítő eszköz, de önmagában kevés a működés modellezéséhez.

Irodalom

- Ellis, R. & Hogard, E. (2006). The Trident: A three-pronged method for evaluating clinical, social and educational innovations. *Evaluation*, 12(3), 372–383.
- Melnick, G. & De Leon, G. (1999). Clarifying the nature of therapeutic community treatment: The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 301–313.

Beszélgetés Horváth Máriával

An interview with Mária Horváth

SZIJJÁRTÓ LINDA

Szijjártó Linda: Az első kérdésem az lenne Önhöz¹, hogy milyen előzetes elképzelése van a kutatással kapcsolatban?

Horváth Mária: Annyira részletesen nem tudok róla, amit tudok, hogy a rehabilitációs központok hatékonyságát szeretnék Önök kutatni, felmérni.

Sz. L.: Igen. A kutatás során azt vizsgálánk, hogy mely tényezők befolyásolhatják a sikerességet, a felépülés sikerességét? A kérdés arra vonatkozna, hogy van-e valamilyen elképzelése, elvárása a szóban forgó kutatás kapcsán, mi az, amit Ön várna egy ilyen kutatástól?

H. M.: Talán az, hogy mivel Önök több programot megvizsgálnak, számunkra is hasznos lehet beletekinteni abba, hogy egy-egy programnak milyen a sikeressége. Akár olyanként is, hogy változtatni, vagy egy hatékonyabb programból átvenni elemeket – amelyeket úgy tűnik, hogy érdemes, és van hatékonysága a felépülésre nézve.

Sz. L.: Megkérhetem, elmondaná, hogy összességében melyek azok az eredmények, melyeket a rehabilitáció során szeretnének elérni?

H. M.: Holisztikus szemlélettel közelítjük meg a felépülést. Ami azt jelenti, hogy nem csak annyi a célunk, hogy valaki tiszta legyen, hanem hogy az élete funkcionális legyen, hogy öröm legyen neki, hogy tiszta, a kapcsolatai helyreálljanak, sőt annál több, fejlődjenek. A terápia során a viselkedésváltozás, a személyiségfejlődés, a támogató szociális háló kiépítése mellett a kliens értékrendváltását is megcélizzuk.

Sz. L.: Milyen kapcsolatokra lehet itt gondolni?

¹ Horváth Mária szociális munkás, a Bonus Pastor Alapítvány magyarórdi drogterápiás otthonának munkatársa.

H. M.: Elsősorban a felépülést támogató kapcsolatokra gondolok, akár családi, akár baráti kapcsolatok. Nálunk az Otthonban nem csak fiatalok vannak, hanem olyan kliensek is vannak, akik már családot alapítottak, gyerekeik vannak. Családból jönnek, még megvan a családjuk. Ezekben az esetekben kiemelkedően fontosnak tartjuk a családdal való munkát, hogy a család vissza tudja fogadni a szenvedélybeteget, sőt be tudjon lépni a felépülés folyamatába. Volt olyan esetünk, amikor a hozzátartozó a terápia ideje alatt adta be a válókeresetet, és elvált a tőle. Kimenetel után kemény küzdelmet járt végig a férj, a volt férj, de mint mondja, megérte: egy év után újra együtt volt a család és együtt vannak mind a mai napig.

Sz. L.: Ez egyfajta sikernek tekinthető.

H. M.: Igen, mindenképpen.

Sz. L.: Mi az, amit még eredménynek tekintenek Önök a felépülés során?

H. M.: Azt hiszem, az a legfontosabb, hogy valakinek funkcionális legyen az élete, hogy munkahelye legyen, dolgozzon, baráti köre legyen, megpróbálja az életét úgy élni tovább, hogy nem használ drogot vagy alkoholt, és öröme legyen az életben. Most ezek jutnak eszembe.

Sz. L.: Mit gondol, hogyan lehetne ezeket az eredményeket mérhetővé tenni?

H. M.: Amivel mi próbáljuk mérni, az addikció súlyosságát felmérő teszt (ASI), amit elvégzünk a bejövételükkor és néha a kimenetelükkor. Persze jó lenne felmérni fél év után, egy év után is. Ez nem mindig sikerül, nem csak amiatt, hogy nem elérhetőek a volt lakóink, hanem mert túl sok minden van, és kevesen vagyunk munkatársak. Viszont van egy elég masszív utógondozói programunk, amit én nagyon fontosnak tartok, és talán ezért is láthatjuk az ő életüket utána. Évente van 3 utógondozói konferenciánk, péntektől vasárnapig tartó előadások, csoportok, egyéni beszélgetések vannak a programban. Van minden nyáron egy egyhetes tábor, ahova tulajdonképpen olyanok jöhetnek, akik minimum 6 hónapja tiszták. Nagyon intenzív csoportmunka folyik itt, és az életük aktuális problémáival foglalkozunk; családterápiás, pszichodramás elemeket használunk ezeken a csoportokon.

Sz. L.: Mennyien szoktak visszajönni ilyen programokra?

H. M.: Átlag, egy nyári táborban 100-120 körül van a létszám, és a konferenciákon is 100 körül.

Sz. L.: *A konferencia programját hogyan képzeljük el?*

H. M.: Mivel mi egy keresztény alapítvány vagyunk, egy áhítattal kezdődik, majd utána kicsit ismerkedős, mert mindig újak is jönnek. Ismerkedős csoport van első este, aztán második nap előadás, kiscsoportos munka, ami 10-15 fős csoportokat jelent. Délután még egy előadás, és újra kiscsoport, este egy áhítat zárja a napot, és vasárnap délelőtt istentisztelet, majd vége is van. Gyakorlatilag 2 előadás, és 2-3 kiscsoport. Az előadások témáját igyekszünk úgy megválasztani, hogy a résztvevők aktuális problémáihoz kapcsolódó legyen.

Sz. L.: *Önök hányan vesznek részt a konferencián?*

H. M.: Változó, általában öten szoktunk részt venni.

Sz. L.: *Ennek az utógondozói programnak része a tábor és a konferencia. Vannak még esetleg egyéb programok?*

H. M.: Van még öregfiú találkozó, ami a hosszú távú terápián részt vetteknek szól, és az bent a rehabban van. Ezt évente kétszer rendezzük meg, tavasszal és ősszel. Úgy van a programunk felépítve, hogy 3 havonta van valamilyen alkalom, ahová, ha valaki fel akar tölteni, vagy találkozni akar emberekkel, eljöhet.

Sz. L.: *Viszonylag állandó azok személye, akik részt vesznek?*

H. M.: Van egy mag, akik évről évre visszatérnek, de mindig vannak olyanok, akik először jönnek, mert most jöttek ki a programból. Vannak olyanok, akik nem minden alkalmon vannak ott, de egy évben egyszer-kétszer eljönnek.

Sz. L.: *Meg szokták beszélni, miért tartják fontosnak, hogy eljöjjenek a programokra?*

H. M.: Azt mondják, hogy tanulnak, feltöltődnek. Fejlődnek. Amit én személyesen látok, hogy ezekre a programokra hozzátartozókkal együtt jönnek. Feleség, gyerekek is jöhetnek. Határozottan eszembe is jutott néhány eset, mikor szemmel láthatóan évről évre fejlődött a kapcsolata a

házaspárnak, és a feleség, aki nyilván nem terápiázott, ő is saját magával elkezdett dolgozni, és látható volt a fejlődés. Azt gondolom, hogy ez mindenkinek jó, az egész családnak.

Sz. L.: Ez vajon miért lehet jó a gyerekeknek, milyen hatást gyakorol a gyerekekre?

H. M.: A családban, ha jobb a hangulat, ha jobb a kommunikáció, a megértés, a szeretetnek a közlése, az érinti a gyerekeket is. A nyári egy hetes utógondozói táborba gyakran gyerekekkel együtt jön a család, akiknek külön programot szervezünk. Ezekben a táborokban is van minden nap egy előadás, de a hangsúly inkább a csoportmunkára esik, ahol a résztvevők aktuális problémáival dolgozunk.

Sz. L.: Például ezek az utógondozói programok lehetőséget biztosítanak arra, hogy közvetetten fel tudják mérni a változást.

H. M.: Mindenképpen.

Sz. L.: Van még valami, amiből le lehet mérni a változást?

H. M.: A kliens terápia utáni foglalkoztatását vizsgálva szintén kaphatunk információt a változásra. Több olyan eset is volt, amikor valakit úgy küldött el a munkaadója, hogy amennyiben részt vesz egy terápiás programon, visszavárja, ha nem, akkor elbocsájtja. Az egyik ilyen esetben a kliensünk a terápia után visszamenve újságíróként kezdte, és rövid idő után főszerkesztőként dolgozott. Egy másik kliensünket a rohammentős szolgálatba várták vissza terápia után. Jelenleg a megyei koordinátora a mentős szolgálatnak. Mindketten felfele ívelő karrieren indultak el. Ha a volt kliens befejezi a tanulmányait, képzéseket, egyetemet végez, szintén a változás kézzelfogható jele.

Sz. L.: Mit gondol, ezeket az eredményeket lehetséges összevetni más intézmények eredményeivel?

H. M.: Azt gondolom, ha van egy közös felmérési eszköz, lehetséges, és számunkra is hasznos lenne.

Sz. L.: Korábban erre akkor nem került sor.

H. M.: Nem igazán. Amit néztünk, az a visszaesésnek az aránya. Mi a Portage-moddal dolgozunk a rehabban, és azt láttuk, hogy világszerte kb. ugyanolyan százalékban absztinensek a kliensek, akik a program teljes egészén végigmentek.

Sz. L.: *Melyek lehetnek azok a lényegi vonások, melyek az önök rehabilitációját megkülönböztetik a többitől?*

H. M.: Azt hiszem, az utógondozói programjaink színessége, hogy ugyanaz az a szervezet végzi az utógondozást is, mint a terápiát. A kliensnek ugyanabban a keretben lehetősége van az utógondozásra is. A rehabilitációs időszak alatt már részt vesznek klienseink az utógondozói programokon, így könnyebb beépülni azokba. Erdély-szerte utógondozói csoportjaink is működnek. A ráckeresztúri és zsbriki rehabilitációs otthonokkal van szorosabb kapcsolatunk, ők is a Portage-modellt alkalmazzák. Sok eszközünk hasonló vagy ugyanaz. Talán az utógondozás, ami nálunk kihangsúlyozottabb. Egy másik különbség talán a rövid távú terápiás programunk.

Sz. L.: *Mesélne a rövid távú programokról?*

H. M.: Ezeknek a programoknak a hatékonysága nyilván jóval kisebb. 12 nap egy ilyen rövid távú program. A magyarországi Református Mentő Missziónál néztük meg a programot '93-ban, mikor itt, Erdélyben elindítottuk a munkát a szenvedélybetegek között a dömösi program alapján, kicsit „magunkra szabva” azt. Ez egy nagyon intenzív, reggeltől estig tartó program. Jelen van a programban a csoportos és egyéni terápia, a szenvedélybetegséggel, felépüléssel, visszaeséssel kapcsolatos ismeretek átadása. Számomra nagy élmény látni a változást, ami a 12 nap alatt a résztvevőkben végbemegy. A 12 napos program után, a józanság megmaradására nézve, a résztvevőknek létfontosságú bekapcsolódnia az utógondozói programokba, csoportokba.

Sz. L.: *A rövid programnak egyik lényege, hogy motiválni tudja a leendő felépülőket. Bepillantást nyerjenek abba, mi várhat rájuk a teljes programban.*

H. M.: Talán egy kicsit több ennél. Van köztük olyan, aki soha nem fog részt venni a hosszú távú programon, mégis elindul a felépülése az utógondozói programokba, csoportokba való bekapcsolódás által. És igen, vannak, akik

újra elkezdenek anyagozni, és visszajönnek a hosszú távú, 9 hónapos programba.

Sz. L.: Vannak, akiknek a rövid program ajánlott?

H. M.: Elsősorban azoknak ajánljuk, akiknek munkahelyük, családjuk van, és nem tudnak, vagy nagyon nagy áldozat árán tudnának hosszabb időre eljönni. Esetleg elveszítené a munkahelyét, családját. Viszont az a tapasztalatunk, hogy droghasználók esetében, különösen a fiatalabb korosztálynál, akik primér drogfogyasztók, 12 nap nagyon kevés. Ilyen esetben már a felvételi interjún a hosszú programot ajánljuk. Mivel a hosszú, bentlakásos programunkban életkorhatár is van (elsősorban a program intenzív, tanulási jellege miatt), az ötven év feletti, minket megkereső, segítséget kérő klienseinknek is a 12 napos rövid távú terápiát ajánljuk.

Sz. L.: Picit visszakanyarodva, azt említette, hogy az utógondozói program megkülönbözteti az önök rehabilitációját a többitől. Mi az, ami még eszébe jutna különbségként?

H. M.: A Bonus Pastor Alapítvány egy keresztyén alapítvány, az Erdélyi Református Egyház ernyője alatt működik. Talán az egyik sajátossága, ahogyan ez a KIMM-nek is Magyarországon, hogy az egészségügyi világszervezet (WHO) által elfogadott Portage- modellbe beépítette a keresztyén értékeket. Nem sokkal a Terápiás Otthon hosszú programjának elindulása után, a Kanadában élő Vámos Péter – a Portage-modell elindítója – meglátogatott minket, mintegy befogadva a Portage családba. Szerinte a keresztyén lelkiség hozzáadása a Portage-modellhez egy plusz felajánlás a klienseink felé.

Sz. L.: Milyen tanácsot adna egy most induló rehabilitációs intézetnek?

H. M.: Én nagyon szeretem a Portage-t. Mert azt gondolom, hogy nagyon széles skálán érinti meg, és öleli fel az indulást, a felépülés lépéseit. Ezért természetesen azt ajánlanám, hogy a Portage-modellt használják. Persze sok mindentől függ, hogy milyen modellt alkalmazunk. A hosszú távú programok jóval költségesebbek. Ez különösen akkor nehéz, mikor az állami kasszákból szinte egyáltalán nem kapunk támogatást. Romániában a drogprobléma a belügyminisztériumhoz tartozik, és mind a mai napig nem indult el egy állami finanszírozású rehabilitációs otthon, még román nyelvű

sem. A 12 napos program költséghatékonyabb, de a felépülés hatékonysága jóval kisebb. Fontosnak tartom a rehabilitációban dolgozó munkatársak „karbantartását”: csapatépítést, szupervíziós, intervíziós lehetőség biztosítását, a felépült szenvedélybeteg jelenlétét a munkatársi csapatban.

Sz. L.: A csapatépítést folytonosan gondolja?

H. M.: Amíg évi egy alkalommal egy néhány napos képzésen, csapatépítésen vett részt a munkatársi csapatunk, egyértelműen jobb volt a munkatársi együttműködés. Azt gondolom, a klienseink is profitálnak abból, ha a munkatárs helyén érzi magát a munkájában, és jó abban, amit csinál. Egyik addiktológiai képzőmtől gyakran hallottam egy mondatot: „minden ember (a kliens is) csak annyit tud változni, amennyi változásra ott, akkor éppen kész.” Lehet, én mentorként látom azokat a lépéseket, változtatásokat, amiket még meg kellene tegyen a kliens, motiválom is rá, de mégsem tudja akkor, ott megtenni. A munkám során nagyon fontos volt megtanulnom elengedni a klienst.

Sz. L.: Az elengedés kapcsán, mi az, ami önnek segíthet megérteni, hogy van olyan pont, amikor el kell engedni?

H. M.: A pályafutásom elején nagy lelkesedéssel, és néha motiváltabban álltam hozzá, a felépüléshez, mint a klienseim. Meg kellett tanulnom azt, hogy a felelősség az életéért az a kliensé elsősorban, és a döntéseiért is ő felel. Én segíthetek, útjelző, keret lehetek, motiváló lehetek, de neki kell a lépéseket megtenni a felépülésében.

Sz. L.: Ez nem lehet könnyű.

H. M.: Nem, bár ebben is segít a tisztelet-, szabadság-adás a kliens felé. Valóban nem könnyű, különösen akkor, mikor megszakítja a programot a kliens, abbahagyja a terápiát, és minden bizonnyal vissza fog esni. Ilyenkor úgy engedjük el, hogy tudja, bármikor arra a pontra érkezik, hogy változni, változtatni szeretne az életén, visszavárjuk. Ajánljuk az utógondozói programjainkat, csoportjainkat is. A bentlakókat mindig elvisszük ezekre a programjainkra, hogy megkönnyítsük nekik az utógondozásba való belépést.

Sz. L.: Ha jól gondolom, ez növeli a hajlandóságot is, hogy ezekben a programokban részt vegyenek.

H. M.: Igen, mert már ismernek embereket, akik az utógondozói programokra járnak, pozitív élményük is van már akár.

Sz. L.: Voltak-e az elmúlt években jelentős újítások a program kapcsán?

H. M.: Mivel voltak a segítséget kereső klienseink között, akik csak rövidebb időre tudtak jönni, kidolgoztunk egy 3 hónapos programcsomagot. Ebben szintén a Portage alapelemeit használjuk. Felmerült annak a lehetősége is, hogy más modellt alkalmazzunk, elsősorban az anyagi nehézségeink miatt. Voltak lépések erre nézve is: három kollégám meglátogatott néhány rehabilitációs otthont Magyarországon, de végül úgy döntöttünk, még mindig a Portage-modell áll hozzánk a legközelebb, így maradt a Portage. Szintén az anyagi nehézségeink miatt próbálkoztunk a munkatársi csapat létszámának, a munkaprogramnak a változtatásával is.

Sz. L.: A munkatársak vonatkozásában milyen változásokra gondol?

H. M.: Az eddigi két délutános munkatárs helyett most csak egy munkatárs van szolgálatban egész nap. Ennek előnyei, hátrányai is vannak.

Sz. L.: Ez egyfajta költségmegtakarítás?

H. M.: Igen, egy minél költséghatékonyabb munkaprogramot próbáltunk kitalálni, több-kevesebb sikerrel. Elsősorban az anyagi nehézségeink miatt kényszerültünk erre a megoldásra. Időről időre felmerült annak a kérdése, hogy anyagi háttér hiányában meddig tudjuk fenntartani a rehabilitációs otthont.

Sz. L.: Említette, hogy a finanszírozást nem az állam segítségével oldják meg.

H. M.: Sajnos nem, mert Erdélyben erre nincs lehetőség.

Sz. L.: Az utolsó kérdésem arra vonatkozna, hogy mit gondol, ha a felépülés sikerességéről beszélünk, arról a felépülő körről, akiket elérhetünk: kiket lehetne még bevonni a kutatásba, hogy teljes képet kapjunk, hogy a felépülés sikeres-e az adott személy tekintetében?

H. M.: Én azt gondolom, hogy mindenkit, aki elérhető, és aki nyitott arra, hogy belépjen. Azokat is érdemes lenne meghallgatni a felépülésről, akik megszakították a terápiájukat, és nem sikerült absztinensnek maradniuk. Azt látom, a visszaeső, terápiába visszatérő klienseknél, hogy úgymond sikertelen az előző terápiájuk, mégis, saját megfogalmazásuk szerint „nem tudtak terápia után ugyanúgy élni, mint előtte”. Azt hiszem, a terápia élményét, tudatosító erejét nem lehet kitörölni.

Sz. L.: *Érdemes például a családot bevonni, vagy a közvetlen környezetből kiket érdemes még megkérdezni?*

H. M.: A családot mindenképpen, hiszen akik legelőször megérik, megélik a változást, azok a családtagok. Az utógondozói programjainkon gyakran kapunk visszajelzést – pozitívat is, negatívat is – a hozzátartozóktól. És ez rendben van, hiszen a terápia a felépülésnek egy nagy lépése, de a további lépéseket is járni kell. Sokszor a gyerekektől is kapunk visszajelzést, hogy más az élet, más otthon, jó otthon. Ha nyitott rá, mint ahogy volt erre példa, a munkaadót is érdemes kérdezni.

Sz. L.: *Ha például egy házastársat vagy egy gyermeket kérdezzük meg, akkor milyen kérdést érdemes feltenni ahhoz, hogy ez tetten érhető legyen, ez a pozitív változás?*

H. M.: Mindenképpen olyat kérdeznék, ami a kapcsolatukat érinti, hogy is vannak ők együtt. Hogyan élik a mindennapjaikat. Mi változott, változott-e valami.

Sz. L.: *Vajon elég-e arra rákérdezni, ha érdekel, hogy sikeres-e a folyamat, hogy dolgozik-e az egyén, vagy inkább egyéb kérdések fontosak, pl. hogy jár-e rendszeresen a munkába?*

H. M.: Mindenképpen érdemes a részletekbe menni. Nyilván az is kérdés, mire nyitott a munkáltató, ha valaki megkeresi őt. Vagy végső soron lehetne magát a klienst is kérdezni, hogy elkésik-e, vagy jelen van. Milyen pozícióban dolgozik? Az is beszédes, hogy valakinek van-e egy ív a karrierjében, vagy egyáltalán ugyanazon a munkahelyen dolgozik-e még? Ha valaki 2 év után még mindig ugyanott dolgozik, valószínűleg meg vannak elégedve vele.

Sz. L.: Ez a karrier ív – az újságíróból főszerkesztő.

H. M.: Például. Mindenképpen fontosnak tartom a munkaviszonyt mint felépülés-mutatót. Azoknak, akik a hosszú távú programot választják, általában már nincs munkaviszonyuk. Van köztük olyan is, akinek már évek óta nincs munkahelye. Emiatt is fontos része a munkaterápia a programnak. Az Otthon körüli birtokon a lakóknak van lehetőségük, akár egymástól is megtanulni, ellesni a szakmát.

Sz. L.: Van még valaki, akit be lehetne vonni?

H. M.: Mondhatnám a családorvost, de nem igazán működik, legalábbis itt, Erdélyben, hogy a családorvos úgy kövesse a páciense életét, hogy szükség esetén ő maga javasolja a segítségkérést a páciens függősége kapcsán – bár e téren is vannak kivételek.

Sz. L.: Ennek mi lehet az oka?

H. M.: Azt hiszem, bátorság kell ahhoz, hogy a függőségről nyíltan beszéljünk a függővel. Sokan azt gondolják, nem tehetik ezt meg, mert bántanáuk vele. Viszont van olyan belgyógyász ismerősöm, aki nyíltan beszél az érintett pácienseinek a függőségről, szórólapot is ad nekik az elérhetőségeinkkel. Persze ennek az ellenkezője is áll, amikor, bár egyértelmű az alkoholfüggőség, senki nem beszél róla.

SZL: Nem is lenne több kérdésem. Köszönöm a válaszokat. Hasznos volt.

Beszélgetés Mihaldinecz Csabával

An interview with Csaba Mihaldinecz

KELEMEN GÁBOR

Kelemen Gábor: Két évtizeden át voltál programvezetője, illetve intézetvezetője az ország első civil kezdeményezésű bentlakásos drogrehabilitációs intézetének. 2012-ben aztán karriert váltottál, visszatértél első szakmai vonzódásodhoz, a közösségi pszichiátriához. Majd 2015-ben csatlakoztál a drogrehabilitációs programok értékelő kutatását végző csapathoz. Mi a véleményed a kutatási jelentésről?¹

Mihaldinecz Csaba: Hadd kezdjem azzal, hogy karrierváltás helyett inkább azt mondanám, hogy továbbléptem. Egyrészt szívesen fejlesztettem volna tovább az intézményünket olyanná, mely alkalmas ún. kettős diagnózisú (pszichiátriai és szenvedélybeteg) kliensek kezelésére, másrészt úgy véltem, hogy a menedzsment (stratégiai tervezés, tevékenységi körök integrációja, költségvetés és az üzleti modell) korszerűsítésre szorul, de ennek az átalakításnak nem találtam meg a módját. Szeretem azt gondolni magamról, hogy hasznos, lendületes és kreatív segítő szakember vagyok, aki nyitott a folyamatos transzformációra, az új kihívásokra. Nem szeretek behúzott kézfékkal dolgozni. Szívesen bátorítom és támogatom a munkatársaimat arra, hogy tűzzünk magas célokat magunk elé, olyat, ami az egyes ember számára szinte elérhetetlennek látszik, de bátor, minőségi munkára és folyamatos megújulásra törekvő, összehangolt közösség elérheti.

Ez a kutatás, melynek törekvése egy értékelő kutató modell kidolgozása, véleményem szerint nemcsak hazai, de nemzetközi viszonylatban is nagy jelentőségű.

¹ A PTE BTK Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék jelen lapszámában bemutatott, drogrehabilitációs programok értékelésének modelljét kidolgozó kutatási projektjéről (2015) van szó. Az említett jelentés: Kelemen, G., B. Erdős, M., Márk, M., Szijjártó, L., Molnár, D., Mihaldinecz, Cs., Madácsy, J. & Brettner, Zs. (2015). *Rehabilitációs programok értékelő kutatása, mint a projektekben testet öltő jó gyakorlat kulcseleme. Addiktológiai rehabilitációs intézmények értékelő modelljének kidolgozása. (Kézirat.)* Pécs: 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület.

K. G.: Miben áll a jelentősége?

M. Cs.: Az utóbbi négy évtizedben számos kutatást végeztek és publikáltak világszerte a drogterápiás közösségek eredményeiről. A jelen kutatás célja nem az, hogy az előzetesen felállított teljesítménymutatóknak való megfelelést vizsgálja, hanem olyan értékelő modell kidolgozása, melynek birtokában a hazai rehabilitációs intézmények gyakorlata, és a drogrehabilitációs programok eredményessége a korábbinál jobban vizsgálható. Egy 2006-os, hét kutatást összegző Cochrane- vizsgálat szerint az addiktokat kezelő bentlakásos terápiás közösségek (TC) eredményei nem jobbak, mint a kevésbé költséges kezeléseket, pl. nappali ellátást alkalmazó intézmények sikerei. Más kutatók, pl. George De Leon ellenben azt találták, hogy a bentlakásos TC egyes alcsoportok esetében, ahol különösen fontos a személyiség és életstílus változás segítése, nemcsak kiemelkedően hatásos, de költséghatékony is. E speciális alcsoportok közé tartoznak az ún. komorbid (kettős diagnózisú) kliensek is. Egy olyan terápiás kultúrának a jövője tehát a tét, melyet nehéz felépíteni, ám könnyű lerombolni.

K. G.: Milyen más speciális alcsoportokat tudnál említeni?

M. Cs.: Súlyos drogfüggők, komplex (pl. kriminális múlt, prostituálódás, többféle drog tartós intravénás használata, eredménytelen kezelések hosszú sora) problémákkal. A TC-ben a felvételi állapotfelmérés alapvető, hiszen itt dől el, kinek a számára a legmegfelelőbb ez a terápiás modalitás.

K. G.: Mi jellemzi a jól működő TC kultúráját, s milyen készségeket kell kifejleszteniük a TC-ben dolgozóknak?

M. Cs.: A vizsgálat nagyon találóan leírja, hogy a szervezetnek „tanulónak” kell lennie. A tanulás fórumai, alkalmai a rendszeres napi stábülések, a heti esetmegbeszélések és szupervíziók, ahol elfogadó és nyitott a légkör, nyíltan lehet beszélni a kritikus incidensekről és a sikeres és majdnem elrontott intervenciókról. Midőn programvezető voltam, a mi TC-nkben az ön-fenékenrúgás politikájának neveztük azt, amikor erény bejelentést tenni a saját tévedéseidről, tapasztalatlan megnyilvánulásaidról, s másoknak is visszajelezni mindazt, amit hiábavalónak vagy értelmetlennek látunk a tevékenységében. Természetesen ismételtlen megerősítettük egymást abban, ami jól ment. Majdnem ugyanannyit beszélgettünk a stábüléseken a kliensekről és a munkánkról, mint amennyit közvetlenül a

kliensekkel kommunikáltunk. A vizsgálat említi az önzetlenséget, mint a TC-be került kliensek új, pozitív tapasztalatát a közösség tagjainak hozzáállásáról. Nálunk mindig kiemelt jelentősége volt az önkéntességnek, mely az önzetlenség egyik megnyilvánulása. Szinte minden fizetett munkatárs fizetetlen önkéntesként kezdte a pályafutását, és sok Alcoholics Anonymous (AA) és Narcotics Anonymous (NA) tag fordult meg rendszeresen a TC-ben önkéntes szolgálatot teljesíteni. Az odaadás, a segítőkészség és a szolidaritás a TC-ben az alapvető erények közé tartozik.

A TC-k közvetlenül vagy közvetve sokat tanultak a 12-lépéses felépülési programot követő spirituális önsegítő csoportoktól. A 10. lépés pl. az érzések, érzelmek, fantáziák, cselekvések rendszeres monitorozására szólít fel, abból kiindulva, hogy mindenki hibázik, s tanulhatunk a hibáinkból. Ez az egyik módja az önmagunkkal törődésnek.

K. G.: Mi a különbség a 12-lépéses önsegítő csoportok és a TC között?

M. Cs.: A kutatási összefoglalóban az olvasható, hogy a 12-lépéses csoportokban a történetek inkább a szerhasználatról szólnak, nem pedig a felépülésről. Nem vagyok biztos abban, hogy ez valóban tény, vagy csak a megkérdezettek véleménye. Mindenesetre a TC-ben módszeresen a felépülésre irányul a figyelem. A TC egyfajta jó értelemben vett terápiás gettó, mely egy időre kivonja a klienst a környező fogyasztásra orientált világ felépülést aláásó hatásai alól. A felépülés nem állapot, hanem cselekvés. Produktív életstílusról, folyamatos fejlődéssel összekötött szermentességről van szó. Ahogy ez a kutatási jelentésből is kitűnik, az élet újratanulása, illetve a józan élet megtanulása a feladat. Ez függ attól, hogy léteznek-e hiteles, élő reményt nyújtó minták, józan közösségekhez tartozó, felépült függők. A felépülés jelentéstartománya nem foglalja magába a jeges, zord, lehangolt, bátortalan, érzéketlen, keserű józanság fogalmát. A kutatásban az is olvasható, hogy a megkérdezettek aránylag ritkán indokolták rossz társaságba keveredéssel a droghasználatukat. Felépülés viszont nincs a felépülők jó társasága nélkül. A TC-ben ez a felelősségre nevelő, bizalomkeltő, a hibáinkkal való együttélést, az érzelmeink választását és irányítását tanító hiteles jó társaság folyamatosan és kikerülhetetlenül jelen van.

K. G.: Gyakorta nevezték ellenben diszfunkcionálisnak a saját gyermekkori családjukat.

M. Cs.: Ebben a felfogásukban, meggyőződésükben nem kételkedem, ám ebből semmilyen következtetést nem lehet levonni arra nézve, hogy valóban diszfunkcionálisabb volt-e a családjuk azokhoz a családokhoz képest, ahol nem válnak drogfüggővé az emberek. Ez valószínűleg csak a drogfüggők ama alcsoportja esetében mondható el, ahol a droghasználat a családi működészavar tüneteként jelent meg. Mindamellett, az addikciók esetén gyakori az intergenerációs átörökítés (aminek egyaránt lehetnek szociokulturális és genetikai komponensei), de ez nem jelenti azt, hogy a probléma tudatosul a családtagokban. Valaha, amikor az orvostudomány még nem rendelkezett olyan gyógyszerekkel, melyek képesek voltak felszámolni valamely betegség kórokozóját, az adott betegség természettörténetének leírása, a prognózis megállapítása és a gondozás, érzelmi támogatás volt a fő törekvés. A szer- és viselkedési függőség „kórokozóját” egyelőre még azonosítani sem tudtuk, nem hogy eliminálni, így a természettörténet körülírása továbbra is nagy fontosságú. Ezen a téren a magyar származású E. M. Jellinek végzett úttörő munkát az 1940-es években. Később az ugyancsak magyar származású Thomas Szasz az 1960-as években azt állította, hogy az alkoholizmus, a szerfüggőség, továbbá az elmebaj nem betegség, ezért sem egészségügyi kezelése, sem természettörténete nem létezik. George Vaillant 1984-ben publikált, több évtizedes követési vizsgálaton alapuló könyve felújította és továbbfejlesztette a természettörténet leírásának jellineki hagyományát. Vaillant azt találta, hogy a boldogtalannak felfogott gyermekkor, a diszfunkcionálisnak érzékelt gyermekkori család nem előrejelzője a később megjelenő alkoholizmusnak. (Ez az eredmény minden bizonnyal kiterjeszthető a többi szenvedélybetegségre is.) Inkább az látszik valószínűnek, hogy családjukba és az életbe rosszul illeszkedő gyermekek a társadalmi normák szempontjából normális szülők karmai közé kerültek, s mivel nem a várt módon reagáltak, a szülők egyre zavartabbá, nyugtalanabbá váltak, s egyre kevésbé tudtak hozzáillő módon válaszolni gyermekük érzelmi igényeire. Egyébként az interjúból az derül ki, hogy a gyermekkori család működészavarára való hivatkozás a koherenciateremtés kezdeti lépése, ami később átformálódik, ha a felépülés előbbre halad.

K. G.: A kutatási jelentés szerint a TC-kben a gyógyszerek nem preferáltak.

M. Cs.: A szerfüggőket kezelő orvosok alkoholizmus esetén gyakran szeretik „elérhetővé tenni” a kliensek számára a kezelési protokollok által javasolt deterrens, sóvárgást csökkentő vagy a jutalmazó receptorokat

gátló szereket. Heroinfüggőség esetében létezik opiát-helyettesítő terápia. Ez utóbbi (metadon és buprenorfin) bizonyítottan csökkenti a heroinhasználók halálos túladagolásának kockázatát. A drogok közt, a halálozás szempontjából, a heroinhasználat a legveszélyesebb. Az opiát-helyettesítő terápia tehát életmentő. Az ártalomcsökkentő megközelítés éppen azáltal nyert impulzust, hogy Marie Nyswader és Vincent Dole az 1960-as évek közepén bevezette a metadon-fenntartó kezelést. Amíg a járóbeteg-ellátásban a heroinfüggők opiát-helyettesítő terápiája hasznos és nélkülözhetetlen, a bentlakásos TC-kben ezek a szerek legfeljebb palliatív hatással bírnak, ugyanakkor a gyógyszerelés jelentős személyi forrásokat, fejlesztéseket követel. A TC-be érkező kliensek hajlamosak terápiájuk korábbi, metadon-fenntartó kezelési szakaszát leértékelni, elfecsérelt időként emlegetni. Ez a hozzáállás indokolatlan, hiszen éppen ez segítette őket ahhoz, hogy életben maradjanak, hogy túléljenek. A rendszerváltás kezdetén a TC-k és az ártalomcsökkentés szinte egy időben jelentek meg a hazai addiktológiában. Talán ebből ered, hogy az a látszat, mintha rivális irányzatok lennének. Pedig nem versenytársak, hanem egymás kiegészítői. A TC-ben a cél több mint a túlélés. A TC megtanít egészségesen élni. Az egészség ugyanis a modern társadalomban nem természet adta adottság, hanem teljesítmény. TC-ben a kliensek elkezdnek törődni magukkal. Szerek nélkül felfedezik az apró életesemények, a takarítás, az étkezés, a történetmondás, a színház, az intimitás, az elköteleződés szociális báját. Fokozatosan egyre bonyolultabb, kihívóbb, kreativitásukat és spontaneitásukat mozgásba hozó feladatokat kapnak. Mindenkinek kialakulnak a feladatkörei, amit a kliens teljes felelősséggel végez. A szerfüggő problémája nem a szer, hanem az élethez való hozzáállása, az értékei. Jól fejlett, kritikusan gondolkodó, manipulációra kész agyát nehezen tudja összehangolni az érzelmeivel, a testével. Hosszú út vezet az agytól a szívig, vagy pontosabban az agykéregtől, a kéreg alatti rétegekig. Nem véletlenül jelenik meg a kutatási jelentésben a „lassan siess” elve.

K. G.: A TC-kben előszeretettel használnak, idéznek szállóigévé vált szlogeneket, mondásokat.

M. Cs.: Gyakorta az intézmény egész filozófiája kiolvasható azokból a szólásokból melyeket minduntalan ismételvek. Ahol én működtem, ott pl. a „lassan siess” eszménye kiegészült a „repülj alacsonyán” buzdítással, ami a mértéktartó kockázatvállalásra, a saját lehetőségeink felmérésére hív fel. A csoportüléseken ismételten tettük fel a „hány oldala van az

éremnek?” kérdést, melyre a válasz az volt, hogy három, felhívva a figyelmet arra, hogy a harmadik oldal az, amelyik gurul, előre mozog, „utazik”, ahogy a felépülő is. Számos szlogent vettünk át a 12-lépéses programoktól, pl. a „csak a mai nap”-elv különféle változatait, s minden egyes napot egyfajta jelenre összpontosító spirituális ráhangolódással, meditációval kezdtünk. A színházterápia intenzív időszakaiban, amikor a két-három héten át tartó folyamatos, napi több órás megfeszített próbák után mindig elő is adtuk a betanult darabot, magától értetődően a „Mi dobogtatja a közösség szívét?” volt a reggeli meditáció visszatérő kérdése. Erre még viccből sem adtak mást választ, mint „a színház”-at, mert ebben élték át talán a legintenzívebben az értékeket és ideálokat adó, náluk több, nagyobb, s őket feltétel nélkül befogadó közösséghez tartozást.

K. G.: A színházterápia többször szóba kerül kutatási jelentésben.

M. Cs.: Ez a hazai intézmények egyik üdítő színfoltja és értéke. A nemzetközi gyakorlatban csak szórványosan fordul elő. A zene- és színházterápia a hazai TC-kben nem a közösségi terápia független módszere, hanem célszerűen kapcsolódik a többi terápiás formához. A színházterápiás munka közben világossá válik, hogy az elvonási tünetektől való félelem a drogfüggőknek csak a kisebb problémája. Az egyéni katasztrófájuk az, hogy elvesztették belső harmóniájukat, nem tudják honnan hova tartanak, és hol állnak. A terápiásan alkalmazott színház és zene pozitív energiává változtathatja a reménytelenséget, a fájdalmat, a szégyent, a félelmet és a szorongásokat. Az őszinte és nyílt kommunikációt tanulni kell, s a színház erre igen jó terep. Számos lehetőséget ad arra, hogy hiteles legyél. A zene- és színházterápia nemcsak „keserves” terápiás műhelymunka, hiszen színi és zenés előadások készülnek. Leírhatatlan élmény, amikor felgördül a függöny és elkezdődik az előadás a zsúfolásig megtelt nézőtér előtt. Előadás közben időnként elsírják magukat a nézők. Végül pedig vastapsot kapnak a darabot játszó drogfüggők, akik számára talán évek óta ez az első alkalom arra, hogy kilépjenek a külvilágba, vállalják önmagukat, miközben valami igen pozitív, lélekemelő dolgot cselekszenek.

K. G.: A sport is megjelenik az anyagban.

M. Cs.: Itt elsősorban csapatsportról, csapatjátékról van szó. Az általam vezetett TC-ben még a kitartást és erőnlétet növelő hosszútávfutás is mindig csoportban történt. Persze kellett hozzá egy tréner, aki akkoriban

történetesen az intézet orvosa volt. A legkedveltebb sporttevékenység a hazai TC-kben a foci. A sport játék, öröm, s egyúttal az önhatékonyság, valamint az önbecsülés növelésének eszköze. A kliensek gyakorolják a kitartó, következetes helytállást, a kölcsönösséget, az egyetértésre törekvést, az edző utasításainak betartását, az edzésterv követését. Mindez sok kölcsönös törődéssel, visszajelzéssel, dicsérettel, spontán érzényilvánítással, baráti öleléssel jár. A durva belemenések, beszólások utólagos megbeszélése, a jóvátétel, a bocsánatkérés a sportterápia elengedhetetlen tartozéka. Az utánkövetés azt mutatja, ahogy az önkéntes szolgálat, úgy a sport is a terápiát befejezők többségénél az élet része marad a bentlakásos intézet elhagyása után.

K. G.: Mit emelnél még ki kutatási jelentésből?

M. Cs.: Lényeges, hogy hangsúlyozza az intézmények önértékelésre, aktív felelősségvállalásra való képességét, és írott segédanyagot nyújt ennek a készségnek a fejlesztéséhez. Ugyancsak fontosnak tartom azt, hogy felhívja a figyelmet az új pszichoaktív szereket használó, eltérő szocializációjú, illetve súlyos szocializációs deficittel jellemezhető klienscsoport sajátos terápiás szükségleteire. A TC-knek több specializált formája ismert, s a specializálódás nem áll meg, hiszen a droghasználó populáció változása követi a modern élet, a technika, az ipar, az interakciós formák változásait.

K. G.: 20 éven át töltöttél be vezető pozíciót egy bentlakásos drogrehabilitációs intézetben. Kialakítottál-e valamiféle vezetési ars poeticát?

M. Cs.: Mindig igyekeztem magamnál jobb munkaerőt alkalmazni, a legkiválóbbakat kiválasztani magam köré. Ez bevált. Nehézségem azokkal az emberekkel volt, akik csak papíron voltak nálam képzetebbek.

Mindig megakadályoztam, hogy olyat tegyünk, ami manipulatív vagy felesleges szenvedést okoz.

A stábnak egyetértésben kell lennie az alapvető elveket illetően, mert akkor látják a kliensek és partnereink az erőnket, és helyezik belénk a bizalmukat. A stábon belüli feszültségek nem befolyásolhatják a kliensek felépülési tempóját.

Igyekeztem csírájában elfojtani az értékeink, misszióink és céljaink szempontjából destruktív jelenségeket. Ilyen pl. a munkahelyi romantikus kapcsolat, a hálapénz, a terrorizálás. Amikor ez előfordult, akkor kérlelhetetlen voltam az elbocsátásban. Nem kevertem össze a vezetést a

mediálással. Azt vallom, hogy a jó vezető feje hűvös, a szíve meleg, a keze dolgos.

Arra törekedtem, hogy soha ne döntsek indulatból. Megpróbáltam előbb alaposan átgondolni, hogy hasznos-e és fontos-e az, amit őszintén meg akarok mondani. Amennyiben azt találtam, hogy a szókimondásnak az adott esetben se haszna, se fontossága nincs, úgy inkább hallgattam, s gyakoroltam a cselekvés egyik alapvető formáját, a nem cselekvést.

Tovább nem sorolom, maradjon valami üzleti titkom is.

K. G.: Köszönöm a beszélgetést!

A felépülés folyamata és értékelése kliensek, valamint segítők részéről. Kvalitatív vizsgálatok

Processes and perspectives of recovery. A qualitative approach

B. ERDŐS MÁRTA, SZIJJÁRTÓ LINDA, MÁRK MÓNIKA, MADÁCSY JÓZSEF & MIHALDINECZ CSABA

Összefoglalás

A szerzők a felépülés folyamatait és perspektíváit terápiás közösségek korábbi és jelenlegi klienseinek, valamint segítőknek bevonásával vizsgálják. Tartós felépülésben és a felépülés korai szakaszában lévő személyekkel, főként polidrog-használókkal interjúztak. A kritikus incidens-elemzés módszerét hivatásos („normi”) és/vagy tapasztalati (felépülő függő) segítők szakemberekkel készült interjúkban alkalmazták. A kiilleszkedő szerhasználó útja a „számkivetett” állapottól vezethet a terápiás közösségbe való befogadásig. A mélypont tapasztalata gyakori, de nem feltétele a józanság felé tett lépéseknek. A terápiás közösség biztonságos környezetet nyújt, amely elősegíti a szociális tanulást, a felépülésért való fokozatos felelősségvállalást, miközben megkérdőjelezi a korábbi identitáselemeket. A segítők saját élettapasztalata és kölcsönös fejlődésre való hajlandósága a siker fontos feltétele. Problémát jelent, ha egy kliens idő előtt hagyja el a közösséget – ezeknek az eseteknek a tanulmányozása hozzájárulhat a terápiás programok továbbfejlesztéséhez.

Kulcsszavak: terápiás közösség – felépülés – befogadás – szociális tanulás – kihívások – együttes fejlődés

Abstract

Authors explore processes and perspectives of recovery as seen by clients and helpers in therapeutic communities. Interviews were made with clients – mostly polydrug users – in stable and early recovery. Critical incident analyses were conducted with professional helpers and experts of experience. For the person with substance use disorder whose social disintegration has gone far and has reached an „outcast” state, therapeutic communities open the road for inclusion. The experience of “hitting the bottom” is a common but not necessary precondition for the

clients to begin their journey to sobriety. The therapeutic community provides a safe atmosphere which facilitates taking responsibility for one's own recovery, promotes social learning, and challenges previous identity-elements. Helpers' own life experiences and willingness for joint development are core elements of success. Cases when a client leaves the community without completing the programme emerged as problematic areas, the study of which may contribute to the development of therapeutic programs.

Keywords: therapeutic community – recovery – inclusion – social learning – challenges – joint development

A vizsgálat célkitűzései, fő kérdései

Kvalitatív vizsgálatunk átfogó célja, hogy azonosítsuk azokat a forrásokat, amelyek a személyt a felépülés felé vezetik, és a felépülésben megtartják. Tanulmányunkban három eltérő perspektívából, a trianguláció alkalmazásával (Denzin, 2006; Ellis & Hogard, 2006) vizsgáljuk meg a felépülés folyamatát a kulcsszereplők perspektívájából: a programot hosszabb ideje lezárt „alumni” felépülők, a bentlakásos terápiás intézményben felépülésük első szakaszában lévő személyek, és az őket kezelő segítők – „normi” és „felépülő függő” terapeuták – segítségével. Vizsgálatunk fő kérdései a következők:

- Mi a felépülés az érintettek nézőpontjából, szemszögéből?
- Miképpen érvényesek a szakirodalmi háttérkutatásból megismert (B. Erdős, Kelemen & Szijjártó, 2015) összefüggések a vizsgált minta, azaz a felsorolt intézmények vonatkozásában?
- Hol vannak azok a lehetséges beavatkozási pontok, amelyek révén fejleszthető az ellátás, hatékonyabbá, fenntarthatóbbá tehető maga a kezelés?
- Amennyiben sikerül új pszichoaktív szert használó klienssel interjút készíteni, milyen hasonlóságokat és különbségeket sikerül felfedezni a használat módjában?

I. „Alumni” felépülők

Vizsgálatunk során az ún. maximum variációs mintavételi eljárást követtük (Palinkas & mtsai., 2015), tehát arra törekedtünk, hogy a szakirodalmi feldolgozás alapján megismert szempontrendszer minden általunk ismert elemét képviseljük. (A felépülők populációjának pontos demográfiai összetétele, egyéb jellemzői hazánkban nem ismertek).

Ezek a szempontok a következők voltak: a nem, az életkor, a józanság időtartama, a szerhasználat jellege, egyházi vagy világi terápiás közösségben végzett terápia. Két nővel és hat férfival készítettünk interjút, közülük ketten segítőként is dolgoznak. Az interjúra vállalkozó személyekre jellemző, hogy szerhasználatuk korán kezdődött, 12-13 éves korban, általában az alkohollal, amelyet többnyire gyorsan követtek az illegális szerek, néhány esetben az új pszichoaktív szerek is. A szerhasználat időtartama néhány évtől két-három évtizedig terjedt. A józanon töltött idő (egy esetben a megkérdezett nem definiálta magát józanként, alkalmi könnyűdrog-használó) 6 hónaptól 12 évig terjedt. A félig strukturált interjúk kérdéssora a 2. mellékletben olvasható. Az interjúk szó szerinti átírásra kerültek, az elemzés az ATLAS.ti4.2 szoftver alkalmazásával történt. A kódok kialakítása részben elméleti konstrukciókra támaszkodva, részben pedig a megalapozott elmélet megközelítése szerint induktíve történt. Ilyenkor a kezdeti, „nyílt” kódolási fázisban „mindent elhiszünk és semmit sem”, azaz „szabadon lebegő” figyelemmel követjük a jelentések alakulását, jegyezve, de még nem kiemelve a lényegesnek tűnő mozzanatokot. Ezt a fázist az axiális kódolás követi, amelyben már a jelentések csomópontjaira, az ismétlődésekre irányul a kutató figyelme. Végül a szelektív kódolás következik: az előző fázisok alapján döntő szövegelemek, összefüggések ellenőrzése, kiemelése. Az elemzés egysége ebben az esetben tehát a jelentés, egy szövegrészlethez rendszerint egynél több kód tartozik. (Gelencsér, 2003; Corbin & Strauss, 2008)

Az elemzéshez a nyílt kódolás során meglehetősen sok kódot alkalmaztunk, amelyből csupán néhány bizonyult minden felépülő esetében relevánsnak: ezek a felépülés közös, minden kontextusban érvényes tényezői. A ritkábban, egy-két esetben előforduló jelentésektől sem tekinthetünk el azonban, ezek a kevésbé ismert felépülési folyamat egy-egy fontos aspektusát világítják meg mélyebben, árnyalva, értelmezve a közös sajátosságokat. Ezek között vannak olyan kódok is, ahol a jelentések átfedésben vannak, azaz a kódok egy nagyobb *kódcsaláddhoz* tartoznak, a kódok összevonása azonban nem indokolt, mert az értelmezés komplexitása sérülne. Néhány esetben az etnográfiai megközelítés

jegyében a Code in Vivo opciót is alkalmaztuk, egy-egy jellegzetes szófordulatot kiemelve (ilyenkor a jellegzetes szófordulat maga válik kóddá, tehát a kód egyben a szövegidézet is).

Az alábbiakban először az elemzésbe bevezetett kódok listáját és rövid magyarázatát adjuk meg. A terjedelmi korlátok nem teszik lehetővé, hogy minden kódot idézzel illusztráljunk, a teljes anyagot a kutatási jelentés (Kelemen & mtsai., 2015) tartalmazza. A kódokat abc sorrendben adjuk meg, az idézőjeles Code in Vivo változatokkal kezdve. Egyes hosszabb szövegrészeket alkalmasak több kód egyidejű bemutatására és a kódok közötti összefüggések felvázolására is. A kódok nevét a sor elején *dőlt betűvel* jelöljük.

1. *„a heroint egy ördögnek”*: ez a Code in Vivo (kód és idézet egyben) a spirituális változás vallási formáját jellemzi. Az ördög a szer, amellyel szemben Isten segíti a személyt.

2. *„ezt kerestem világéletemben”*: ez a Code in Vivo a szerhez való intenzív kötődést igen jól reprezentálja.

3. *„én vagyok felelős”*: szintén Code in Vivo, a felépülés egyik kulcsfontosságú lépése a felelősségről való gondolkodás. A felelősség felvállalása előremutató lépés, míg a bűntudat, ami a szerhasználat során folytatott életmódból fakad, akadályozná a felépülést. A vallásos világnép szerint a bűn megvallása, elutasítása és az ezt követő feloldozás, a 12-lépéses csoportokban pedig a betegségkoncepció oldja meg ezt a kérdést, váltja fel a természetlen önvádásokat és a felelősségvállalás elutasítását. Jellegzetesnek találtuk a felelősség családra helyezését – ez egy ideig segíti a felépülés folyamatát. (Következetesebben végiggondolva, a család éppúgy beteg, mint maga a szerhasználati zavarral küzdő.)

4. *„kicsit embernek érezni magam”*: Code in Vivo-ként a terápiás fázis kezdeti szakaszának jellemző élménye.

5. *„miért pont én?”*: a beszélő saját kapcsolatrendszerén belül saját sorsát kivételesként, *nehezen magyarázhatóként* éli meg, akár pozitív, akár negatív értelemben:

Ők féltettek engem. A szándék az jó volt, de nem volt jó a megoldás. Ilyen formában, ha belegondolok, megvoltak a kamaszkori csibészségek, de nem voltak olyan dolgok, hogy rossz lettem volna, visszagondolva én voltam az, aki csonka családban nőtt fel, és egyedül én maradtam benne a szerhasználatban, hogy nekem tönkrement az életem, a többieknek nem. Én voltam a legjobban, aki a leginkább tiltva voltam, nem akartam beleállni a sorba, és mégis nekem csúszott el leginkább az életem.

6. „odaszenteltem volna az anyagnak”: ez a Code in Vivo a „spiritus contra spiritum” jungi terápiás javaslatának egyik változata (ld. bővebben a *spiritualitás* kódnál).

7. „soha többé?”: az általunk vizsgált felépülők többsége úgy vélte, éles különbség van szerhasználó és függő között. A függők felépülése azzal veszi kezdetét, hogy felismerik: az adott szert „soha többé” nem használhatják, akár legális, akár illegális szerről van szó, mert ez mindig visszaeséshez fog vezetni. Az egyik felépülő e folyamatot gyászfolyamatként jellemzi, a szerektől való elszakadás, a régi identitás feladása és elgyászolása a változás első lépése.

Elgyászolni a szereket, hogy nem fogok többet anyagozni. Anyagozni rohadt jó volt, de akkoriban az volt a mindenem. Azt elgyászolni, az nagyon nehéz volt.

8. „szerencsés véletlen”: olyan esemény, ami segíti a felépülés folyamatát, de a személy és segítői törekvéseitől jórészt függetlennek tekinthető. A spiritualitással gyakran szoros összefüggést mutató kód, hiszen ezeknek az eseményeknek a direkcionálitása, célvezéreltsége egyébként kérdéses lenne. Az identitás koherenciája a narratíva koherenciáját feltételezi, itt pedig fontos a célvezéreltség, az, hogy az élet eseményei elvárható módon történjenek. (Antonovsky, 1987)

Én azt hittem, hogy nekem nincs más lehetőségem, csak ott maradni. Volt egy számlám, amiről nem tudtam, elfelejtettem. Mikor kijöttem a terápiáról, akkor tudtam meg, hogy azon volt 90.000 Ft. Ha ezt tudtam volna, akkor nem megyek terápiára. Kiderült, hogy a tesómnál voltak a bankszámláim. Hála a jó Istennek, nem tudtam erről.

9. „megmérgezi” az anyagozást: a felépülés egy fontos kezdeti lépése. Itt a terápia értékelésének egy fontos problémáját látjuk kibomlani: a szerhasználat folytatódhat a terápia zárását követően is, mégis elindult valamiféle változás. Érdeemes figyelni arra, hogy a beszélő nem elégedett a gondolkodásbeli, tudásbeli változással: ami megváltozik, az az események elővételezésének módja.

Azt gondolom, hogy mi szoktuk azt mondani, hogy a rehabilitáció „megmérgezi” az anyagozást. Azt mondják a srácok, akik visszaestek, hogy már nem tudtak úgy anyagozni. Mert a rehabilitációban összeszedett

gondolatok, tudás, megmérgezte a szerhasználatot. Talán a felelősség mérgezte meg, mert már tudja, hogy mi fog történni.

10. „zökkenett ki a komfortzónából”: ez a Code in Vivo a terápia két fő összetevője – biztonság és kihívás – közül (Hogard, 2007!) a másodikra utal. A biztonságos, begyakorlott cselekvések körén túlmerészkedni az identitástanulás elengedhetetlen lépése.

11. *a józanság szabadsága*: annak felismerése, hogy döntéseket hozhat, amelyek révén tovább tudja változtatni az életét. E szabadság háttérében a szorongásoktól, félelmektől való megszabadulás is áll.

Igen, és szabad vagyok a döntésekben. Most már dönthetek, és ez nagyon nagy öröm, hogy tudok dönteni, hogy használok, vagy nem használok. Hogy bemegyek reggel munkahelyre vagy sem. Hogy hazudok vagy sem. Ez egy szabadság. Miközben az összes aktív szerhasználó azt mondja, hogy a szer szabadságot ad.

12. *a másság szabadsága*: a szerhasználat kezdeti időszakára vonatkozó élmény. A felépülés szempontjából azért fontos, mert részben egybecseng a magyarázattal, amely szerint a szerhasználat egyfajta öngyógyítási kísérletnek is tekinthető (Khantzian, 2003), másfelől, a félelem és a szorongás időnkénti átélése a normális emberi élet része.

A nyugtató volt, ami végig elkísért. Mindenhez használtam. Nem voltam gátlásos, szorongó tőle.

13. *a senki, a kívülálló*: e gyakran előforduló kód részben kötődik az előzőhöz (*a másság szabadsága*), ám itt kifejezetten a negatív következmények, a mélypontközeli állapot jellemzői kerülnek előtérbe. A hajléktalanság, a munkanélküliség állapotától a kapcsolatnélküliségig jutnak el, olyan állapotba, ami már *a hajléktalanok vagy a szerhasználó társak nézőpontjából sem elfogadható*. A felépülés egyik első kérdése: van-e még hely, közösség, amelyik befogadja ebben az állapotban? *A felépülés tehát leírható úgy is, mint a kívülálló, a kiközösített befogadásának folyamata*. A kód jellemzően társul a *szégyen, a sorsfordító válság és az öngyilkosság/halálközeli állapot* kódokhoz.

Fizikailag, mentálisan biztos látták rajtam, hogy gond van velem. Én azt gondoltam magamról akkor, hogy egy senki vagyok, egy kutya. A végén már éreztem, hogy mást szeretnék, de nem tudtam. Volt szégyenérzet, büntudat.

A városon keresztül menni, vagy rokonok szemébe nézni, már nem ment. Kellott az, hogy vegyek tudomást arról, hogy miben vagyok. Tükörbe nézve láttam, hogy nem akarom ezt. De nem tudtam kilépni ebből.

Eléggé mélyen voltam. Voltam vagy 50 kiló (most 61). Teljesen ki volt fordulva a személyiségem. Ittam kannás bort, minden toltam magamba, hogy ne tudjam, mi van körülöttem. Mindenféle ügyek felhalmozódtak, folyamatosan kiraboltak, mozgó szerencsétlenség voltam. Hajléktalanokkal barátkoztam, de ők is már a végén azt mondták, hogy ne menjek oda, túl sok vagyok. Ők azért úgy benne vannak abban, hogy hajléktalanok, eléldegélnek, de annál nem akarnak lejjebb kerülni. Nekem meg mindegy volt.

14. *agresszió*: az agresszió ennek az életmódnak a kísérőjelensége, a személy az anyag megszerzésére törekedve maga válik agresszívvé, vagy éppen agresszió áldozatává:

Megszűntek a kapcsolataim, elvoltam magamban. Voltak dühkitöréseim, főleg magamat bántottam. Önsajnálát.

Igen. Tudatosan terveztem én ezt. Azt az évet még így... felhívtam az [intézményvezetőt], hogy mikor lehet menni. (...) Apám nem is tudta mi van velem. Én hívtam fel [a rehabot]. Utolsó percig kianyagoztam magam. Nem tudom mi volt. Ösztönösen. Szépen le is zártam... anyagiak se voltak már úgy. Már mindent zártak előlem. Már nem tudtam úgy fenntartani az anyagozást, se testileg, se fizikailag, anyagilag. Félttem, hogy megölök valakit, már padkáztam meg minden. Akkor kezdtem szívni a biofüveket, meg a... ez tett nagyon oda.

15. *alternatív közösség*: egyetlen esetben említi egy interjúalany, hogy egy jógázó közösség segíti őt. A többi felépülő a 12-lépéses csoportokat vagy a gyülekezetet jelöli meg, mint számára fontos csoportot.

16. *ambivalencia a változással*: a változás, annak ellenére, hogy a mélypont bizonyos értelemben fordulópontot jelent, lassú és fokozatos folyamat, a régítől való elszakadás nem egyik pillanatról a másikra történik, bár minden egyes terápiás szint ezt a fajta tudatos változást erősíti.

Igen, megpróbáltam őszinte lenni, de akkor még nagyon nem tudtam összeszedni a gondolataimat. Akkor még nem nagyon hittem a józanságban. Azokat írtam, hogy szeretném megismerni a terápiás programot, megismerni az embereket, nem tudtam mást írni. Hazugságokat nem

akartam. Annyira idegen volt nekem eleinte ott minden. A próbaidős fázisom teljesen erre ment el, a program megismerésére, a közösség megismerésére. Azért kellett egy testi-lelki megérkezés a rehabra. Az legalább 2 hónap volt.

17. áldozat: a szerhasználat éveiben a személy bűncselekmény áldozatává válik, vagy egy kapcsolatban áldozatszerepbe kerül:

Tavaly mikor kimentem [külföldre], 3 hónapig sikerült házasságban élnem, majd bekerültem egy rossz társaságba. Tavaly volt egy pont, ahol megerőszkoltak, 3 napig voltam egy szobában, ahol 3 nap után tértem magamhoz, összeverve, meztelenül. Elég nehezen jutottam ki.

18. belátás: a teljes felépülést végigkíséri, kezdve az állapot súlyosságának belátásától annak belátásáig, hogy nem a szer, hanem a szerhez való viszonyulás jelenti a problémát, amelyet pedig a másokhoz/önmagához való viszonyulás nehézségeire lehet visszavezetni.

I: Volt-e olyan feladat, ami nagy próbatétel volt?

A: Ha mondhatnám, az egész terápia az. Változni, szembesülni a visszajelzésekkel, mert 2 hónap, mire elmúlik az elvonás, mire megértettem, mire megjön a biztonságérzet, utána elmúlik a szerhasználat. Az én esetemben is nagyon felerősödnek azok a jellembeli hiányosságok, amiket a szerhasználat torzítja, és nagyon kevés [volt az] önismerettel való befogadás. Változni. Megérteni a saját magunk működését. Nekem a legnagyobb felismerésem, hogy micsoda vak voltam. A rehabilitáció segített a szerhasználatból kilépésből, de hogy mennyire vakon jártam, azt csodálatos élmény volt megtapasztalni. Nem elég csak letenni az anyagot, mert akkor még csak tiszta vagyok. Az is nagyon jó lépés, ha a 12 lépéses programot nézzük, ha leteszem és beismerem, hogy tehetetlen vagyok. De ezt megélni, ez kevés. Én azt hittem, hogy majd ha leteszem a kábítószer, akkor majd szépen csiripelnek a madarak, süt a nap. De nem így van. Kívülállók csak azt gondolják, hogy ennyi elég, hogy letenni a szert. De ezek tévhit.

19. bűncselekmény, erkölcsi probléma: egyértelmű a jelentés akkor, amikor a személy valamilyen súlyos szabálysértésről, bűncselekményről beszél, de itt kódoltuk azokat a tartalmakat is, amelyek olyan viselkedést írnak le, ami a személy saját megítélése szerinti morális probléma. E kód gyakori előfordulása arra hívja fel a figyelmet, hogy a felépülés egyik legfontosabb eredménye – és saját kutatásunk szempontjából a

rehabilitáció eredményességének mutatója is – az emberi tragédiák mellett rengeteg társadalmi költséggel járó bűnelkövetés abbamaradása. A bűnelkövetés lehet azonos a szerhasználattal; az esetek jó részében instrumentális jellegű (pénz, vagy közvetlenül az anyag megszerzése); de megjelenik az indulatkezelési nehézségekre visszavezethető bűncselekmény is. Egy sajátos eset, amikor valaki más (szerhasználó társ, családtag stb.) adekvát segítése marad el – az alábbi egyik idézetben ez vezet a szerhasználó partner halálához.

Egyetlenegy ügyem volt, ami bíróságig ment, az egy verekedés volt. Súlyos testi sértésből lett garázdaság. Felfüggesztett börtönbüntetés lett.

Ott valami koszos cipőben, kicsit szakadt nadrágban, általában volt nálam válltáska, mert abba bele tudtam tenni a bort, és akkor így ott mászkálok, és kéregetek. Tulajdonképpen ennyi volt egy napom. Látszik a mozgásomon, hogy eléggé nem uralom a helyzetet. Hát, külsőre talán ez, és akkor közben meg botránkozó emberek mindenhol. [A kéregetés] egy darabig működött, de amikor már véres volt a szám, merthogy, mit tudom én, egy sarokkal odébb beverték nekem, és még úgy próbáltam tovább menni, akkor nyilván nem. (...) Mélypont, az inkább azok voltak, hogy folyamatosan... a végére elvittek a rendőrök, de mindig. Szóval bolti lopás, és akkor ez a kétségbeesett menekülés, hogy ne kapjanak el, csak most az egyszer ne vegyék föl azt a jegyzőkönyvet, mert le fognak csukni. Persze elkaptak minden alkalommal. Hál' Istennek sokszor nem csuktak le. Mindegy, sokadik alkalom után elkaptak, és akkor bezártak. Azért azok a képek is megvannak, hogy másnap felkelek, és nem tudom, hogy mi történt. De azt látom, hogy nagyon-nagyon koszos vagyok. Vagy otthon, vagy kórházban [ébredtem]. (...) Félelmet [éreztem ilyenkor]. Félelmet, hogy mi történt. Egy kétségbeesést, hogy honnan lesz még anyag, hogy valahogy el tudjam tompítani ezt az egész érzést. Aztán jött a döbbenet, a szégyen, meg a büntudat, amikor valaki mondta, hogy mit csináltam. Ez a ledöbbenés mindig megvolt, annyira rá tudtam csodálkozni, hogy már megint ezt csináltam.

Dacban voltam, köcsög rendőrök, de utána volt az, hogy (...) én ebben a kapcsolatban verekedtem, nem tudtam semmit, hogy mi van. Nagyon kilátástalanságban voltam. Nekem se fért bele, hogy árulni. Jó az, hogy magamnak, de nem akartam másnak árulni. Meg van már annyi pénzünk... ő már ült előtte 4 évet. Ő nem akarta abbahagyni. Én nem szeretek másnak ártani. Ebben segítettek, hogy ennek legyen vége. Sovány voltam, alárendelve, kihasználva. 2013-ban kezdtem ismét szintetikus anyagokat

használni. Jártam közben elvonóra, de a kidobóval anyagoztam. Anyu látta, hogy ugyanazt csinálom, bújom ezeket a blogokat, nem alszom. Látta, hogy mi van. M. mondta, hogy rehab kellene. Nagyon ellenállásban voltam. Aztán, na jól van. Anyu elvitt, anyu meg a párja [egy rehabra], de ott nem maradtam, jöttem is velük vissza. Nem teljes elköteleződésből mentem oda. Kapálni kellett volna ott, meg ilyenek. Felvételi után egyből eljöttem anyuékkal. Aztán volt egy használatom, S-val (...), rosszul lett, május 28-án, agyvérzést kapott, nem vettem észre, és meghalt. Hívtam a mentőket. Az volt egy mélypont. A mentősök nekem jöttek, hogy nem vettem észre. Ott volt egy olyan érzés, hogy ettől meg lehet halni?!

20. *carefronting*: a szeretetteljes konfrontálás a TC működésmód egyik fontos eleme. Ezekben az interjúkban alig fordul elő, amelynek háttérében az állhat, hogy az alumni kliensek számára ez a terápia kezdetén tematizálódik, a későbbiekben már természetes (ld. a hazugsággal-őszinteséggel kapcsolatos egyéb idézeteket is).

Annyira jó volt, hogy szeretettel fogadtak, de objektívan azt mondták, hogy figyelj ide, elmehetsz rehabra is, elmehetsz máshova is, de ha innen elmész, akkor nagyon fogjuk sajnálni, de nem tudunk mit tenni, és sajnálunk. Elindult 2006-ban a felépülésem.

21. *család másra figyel*: Bár egyetlen egyértelmű előfordulás, mégis érdemes felfigyelni arra, hogy a felépülés folyamatát, a kezelésbe lépést éppen a nem-odafigyelés indítja el: ebben a családban a gyerekekre – felfogása szerint legalábbis – a szerhasználat miatt figyeltek. (Egy másik esetben az anya halála hasonló, döntő mozzanat.)

Érdektelenség felém, a családban. Már nem kérdeztek, hogy nem mentem a ballagásra. Nem kerestek unokatesómék. Tesómmal abszolút megszakadt a kapcsolat. Vele voltak elfoglalva, mert volt a balesete (...).

22. *családi kapcsolatok helyreállítása*: ez az interjúk és a szakirodalmakban tárgyaltak szerint is nehéz kérdés. A szerhasználati zavart családi betegségnek tekintik, ahol a szerhasználat mint tünet abbamaradása még nem gyógyítja meg a családot. E folyamat évekre telik, ha egyáltalán sikeres. A szülők mellett a partnerrel, a gyermekekkel való kapcsolat is súlyosan sérül. Bár kétségtelenül pozitívum, ha ezeknek a kapcsolatoknak a kielégítő rendezése megtörténik, nem tekinthető a felépülés általánosan elvárható összetevőjének, hiszen a terápiás közösség családra gyakorolt hatását számos külső tényező befolyásolja.

I: Ha onnan fentről lenézne, mit látna?

A: Nagyon büszke lenne. Fájó pont a mai napig, hogy amikor szerhasználó lettem, a börtön, anyám már utána meg is halt, de csak ezt látta. Hogy pusztítom az életemet. Azt meg nem látta, amikor már büszke lehetett volna rám. Voltunk múltkor a temetőben anyámnál. Nekem ez megnyugvás volt, hogy odavitettem a gyerekeimet. Nem tudom, hogy lát-e? Kicsit magam miatt is, békesség volt bennem. Jó lenne, ha látná. Ha az anyám nem hal meg, akkor nem tudtam volna, lehet, kijózanodni. Nem dolgoztam, követelőztem, miért nincs kaja, megloptam őt. Ő meg nagyon rosszul viszonyult hozzám. Nagyon majomszeretettel nevelt fel.

Nagyon nehéz, de mindenképpen pozitívan. Mindenki részéről nehéz. Apám részéről elkezdett kialakulni egy kapcsolat, boldogsággal tölt el, és nagyon örülök. Anyámmal nagyon nehéz, a múltbeli eseményeket nagyon nehéz feldolgozni. Nagyon szeretném őt szeretni, de úgy érzem, hogy nehéz. Ha velem van, akkor nem tudom úgy átélni, de mikor nincs itt, akkor hiányzik. Látják, hogy mióta felépültem, anyagilag is könnyebb. Vágyom velük egy lelki kapcsolatra. Időbe telik, tudom, de csak az idő nem fogja meghozni a változást. Nekem is fáj, én is halogatom, hogy beszéljünk dolgokról, hogy megbocsássunk dolgokat.

23. diszfunkcionális család: ez a kód bizonyult a leggyakoribbnak. Megjegyeznénk, hogy míg a médiában ritkán tematizálódik a család felelőssége, a súlyos szerhasználati zavarral küzdő személyek többségének ez jelentette a magyarázatot, az eszközt saját viselkedése értelmezéséhez. Jellegzetesek a szerhasználatra adott, a tehetetlenségből fakadó és a szerhasználatot ugyanakkor fenntartó családi reakciók. Általában megjelenik valamilyen *függőség, mint szülői minta* (külön is kódolva).

Régen tartoztam családhoz. Alapjáraton már olyan családba születtem, ahol [anyám] szerintem azért jött össze apukámmal, hogy bosszantsa a saját szüleit.

Anyám alkoholista volt. Huszonéves voltam mikor meghalt. A húgom árult be neki engem, hogy kábszeres vagyok. Kaptam tőle egy pofont, de nem nagyon érdekelt. Nem volt túl jó a kapcsolatunk. Ahogy a nevelőapám meghalt, 6 év alatt anyám teljesen leitta magát, tudatlan volt, iskolázatlan volt, nem volt tisztában a dolgokkal. Mikor én gimnáziumba kerültem, nem értette, hogy miért kerültem kollégiumba. Nem tudta azt se elolvasni, hogy valójában intézetbe kerülök. Nem volt tisztában a dolgokkal. Elég

sérülékeny is volt. Sok mindent nem tudok róla, nem beszélt nagyon magáról. Az apámtól elvált 6 éves koromban, és apám le is írt. Volt egy húgom, akivel már 5 éve nem beszélünk. Józanságom hetedik évétől. Láttam a felépülésem, láttam a küzdésemet, és mondta, hogy ő is beteg, ő társfüggő, „nekem egy pasi mindig kell”. Ő nem nyúlt kábyszerhez. De a függősége az kijött, ezt a társfüggőséget, én meg anyámtól a szerhasználatot örököltem, mint függőség. Volt egy komoly beszélgetésünk [a húgommal], amikor azt gondolta, hogy biztos, hogy be vagyok kábítószerrel. Akkor én ezen megbántódtam. Azóta nem hívott. Néha nézegetem a Facebookon. Szerintem neki kellene megkeresni engem. De most nem. Volt egy öcsém, az meg öngyilkos lett. Féltestvérünk volt. Együtt nőttünk fel, nevelőapánktól volt. Nevelőapánk normális volt végül is. Az öcsém 31 évesen felakasztotta magát. Nem bírta feldolgozni az apja halálát. 54 évesen meghalt. Az öcsém nem bírta feldolgozni, hogy ő nevelőotthonba került.

24. *dizájner*: a vizsgált mintában több szerhasználó alkalmazta az új pszichoaktív szereket – ám ezek számukra is kiszámíthatatlan, kaotikus tapasztalatokat hoztak. A szerek nem „klasszikusak”, de a tünetek és beszámolóikban a klasszikus pszichiátriai kórképeket, tüneteket idézik (paranoid pszichózis, szorongásos állapot, mániás állapot, impulzuskontroll-zavar, pontosabban -hiány). A Khantzian-i elgondolás (szerhasználat az öngyógyítás céljával) itt mintha a visszájára fordulna: az *öndestrukció a közös vonás*. Természetesen erős kapcsolatban áll a fizikai, pszichológiai és szociális értelemben vett *súlyos állapot* kóddal, amely azonban a *sorsfordító válság*-gal szemben (még) nem vezet a változtatáshoz. Több közös előfordulás adódik még a *filmszakadás, kieső idő* kóddal, amely ezeknél a szereknél jellegzetes, alapvető időélménye a szerhasználónak. A másik a *káosz*, amely a krízisre emlékeztető pánik-állapot, önmagában nem indítja el a reflektálás folyamatát.

Klasszikusokat használva jobban ki tudtam tárni a határokat, lehet, hogy nem adott eszméletlen érzést, de el lehetett velük létezni, inkább szociálisabb voltam. A dizájner drogok meg adtak egy olyan érzést, amit nem tudtam hova tenni. Semmihez nem tudtam hasonlítani. Ezért is volt teljesen szokatlan és furcsa. Vonzott a használata. Elég volt pár hónap ezekből a szerekből, és már elkezdtek a mellékhatások felerősödni, hallucináltam stb. Nem bírtam abbahagyni, tudtam, hogy nem lesz jó, de nem bírtam nem kérni többet. Volt intravénásan is szerhasználat, de a végén már kezdtem ezt feladni, és inkább csak nyugtatókat szedtem ismét, de bennem volt a kísértés, ha tudtam valahonnan beszerezni drogot, akkor mindenképpen használtam.

I: Tudsz valamilyen példát mondani valamilyen dizájneres „bekattanásra”?

A: Volt, hogy fél napot bujkáltam egy lépcsőházban, meg rohagáltam lefelé, azt hittem, jönnek a rendőrök. Folyamatosan rendőrök követtek. Volt, hogy teljesen elvesztettem a valósággal a kapcsolatot. Rengetegszer azt hittem, hogy követnek. Mondtam másoknak is, de nem hitték el. Én meg nem értettem, mások miért nem hiszik el, hogy követnek.

Igen. Semmi betegségtudat nem volt bennem. Ekkor jöttek be a dizájner drogok. Bejött a kati, kis kapszulából mindig is szívtam. Nem volt erkölcsi normám, megcsaltam ezt a srácot is, kettős életet éltem. Az volt a lényeg, hogy mindig bulizzak. De suliba is jártam, épphogy csak meglett az érettségim, mert sokat lógtam. Aztán jött be az MDPV, ettől megkattantam. Elhoztak erről a bulihelyről, mindig oda akartam visszamenni, de a srác se akart már foglalkozni velem, mert anyu tett róla. Anyu felhívta, hogy fel fogja jelenteni. Napi szinten szívtam az MDPV-t. Gyalogoltam kilométereket, azt se tudtam hova megyek, 5-6 km-eket. A szalagtűző táncot is úgy táncoltam végig, a gyakorlás alatt is, azt se tudtam merre vagyok.

A fűtől rendes kellemes érzésem volt. Az első két cigimtől nagyon vártam a nevetést. Az a különbség, hogy a fűt nem lehet túlszívni, de a bio után, az elsőnél nagyon dobogott a szívem utána. Magány, meg minden volt akkor eleve. Meg is ijedtem tőle. Mikor azt szívtam, nem tudtam aludni. Kocsiban is mindig. Nem tudtam rendet tartani magam után. Izzadtam, fáztam, kaotikus volt. Az indított meg olyasmit, hogy kipróbáltam az intravénásat is, valamilyen dizájnert. Életemben kétszer szúrtam. Míg vártam az egy hónapot a terápiára. De utána felvettek terápiára. Előtte 3-4 hónappal kezdtem a biot.

A: Igen, nagyon más most. A segítői hozzáállást is megváltoztatta, másképp kell foglalkozni ma, mint régen. Nagy különbségek a bemenetnél. Valamikor fél év kell ahhoz, hogy valakivel érdemben tudjak úgy beszélni, hogy lássam, hogy érti. Ezek [az új] pszichoaktív szerek nem is tudom, mit csinálnak. Annyira megbolondítják ezek a szerek az embert. Ami még probléma, az én időszakomban én 16 évig használtam szert, mire rehabra kerültem. Most azt látom, hogy másfél-két év alatt bekerül valaki már a rehabra. Mindig az van bennem kérdés, hogy megvan-e a mélypontja az illetőnek, ilyen rövid idő után. Hamar berakják őket, akár család, akár mások. Belső motivációkból nem nagyon kerülnek be a rehabra a fiatalok. A motiváció bármikor jöhet, de azt látom, hogy kellene a mélypontok, és nem csak megjídek, és beszaladok rehabra, mert az ijedtség elszállhat, és visszaeshetek.

I: Inkább pánik, mint válság.

A: Igen.

Mozgáskoordinációval voltak gondok, a gondolkodásom lassabb volt, betokosodott. De ezt már a dizájnerek csinálták. Elbutultam. E mellé jött a szégyenérzetem. Meghatározták a mindennapjaimat. Voltam kórházban is. Szintetikus anyaggal adagoltam túl magam. Bevittek, aztán kiengedtek. Nagyon csúnyán lefogytam. 68 kilósan mentem terápiára, most 96 kg vagyok.

25. EGO: ez az önértékelési zavarokhoz tartozó kód az önértékelési problémák egyik oldalát jeleníti meg: a mögöttes bizonytalanságok, kételyek szorongások miatt a legtöbb felépülési program sokat foglalkozik az „alázat” (de nem megalázkodás) értelmezésével.

26. felelősség kívülre helyezése: a szerhasználat és a felépülés egyes szakaszaira jellemző gondolkodásmód, amelyet a szociálpszichológiából jól ismert kudarc-attribúció tart fenn. Ez az általános, domináns minta a terápia során átalakul: a „rossz gyerekkor”, a „rossz társaság” stb. leegyszerűsített koherenciája megkérdőjeleződik.

Amikor én elmentem terápiára, tiszta volt, hogy túlzásba vittem a drogozást, de azt magyaráztam magamnak be, hogy a körülmények áldozata vagyok, nem a kábítószeré – szegény buzi gyerek, meghaltak a szülei (...).

27. felépülés: Ide tartozik minden olyan leírás, amely a felépülés jelentését árnyalja: tudatosság, szelf-reflektivitás, a személyes élet rendjének kialakítása, kapcsolati hálózat átalakítása. Több szövegrészlet a felépülési folyamat jellegzetességeit mutatja be: a megelőző ambivalenciát, a kontemplatív fázist, a külső kényszereket, a „szerencsés véletleneket”, a szembesüléseket, a terápiába lépéskor tapasztaltakat, a korábbi életmódtól való elszakadást, az értékrend változását, a spiritualitás megélését, és összességében mindazt, amit a személy a felépülés fenntartásáért tesz.

A józanság azt jelenti ma, hogy tudatosan mit csináljak, átgondolni a jövőmet. Eljutottam addig, hogy egyedül tudom magamat eltartani. Rendezni a dolgaimat. Befizetni a lakást. Két éve élek kapcsolatban. Kellett a józanság, a higgadtság a kapcsolat alakulásához, hogy fejlődjön. Tudatosság is fontos.

Több munkát tudok vállalni, könnyebben tudok előbbre jutni. Most odaállok a helyzetekhez, bármennyire is nehéz időszokról van szó, de megcsinálni mindent.

Reményt ad. Azért is használtam, (...) mert akkor is volt bennem, hogy minek éljek. Tehetetlenségként éltem meg az életet. És a józanság az, hogy van remény, hogy éljek, hogy önmagam legyek. Esély arra, hogy ne legyek befolyás alatt, kémiai szerek által se. Különböző függőségek, akár egy társ is. Ezeket meg kell tapasztalni. Élvezem az utat.

Nagyon ügyesek voltak a segítők, mert beszéltünk erről, de mondták, hogy legyen az én felelősségem, ha akarom, rendezzem ezeket a dolgokat, de ha nem, akkor majd úgyis kiderül, és be fognak zárni, ha például megállítanak az úton. Elkezdtem telefonálgatni, leveleket írni, mert azt se tudtam, merre vannak rendőrségi ügyeim. Felelősséget kezdtem vállalni. Ami rossz volt, hogy nem mindig voltak együttműködők a hatóságok. Volt olyan, amit a rehabilitáció után tudtam rendezni. Még maradt ez a bankkártyával való visszaélés, ez a rehabilitáció után volt. Feleségemmel beszélgettünk: el kell mennem felderíteni, hogy mi a helyzetem. Felmentünk (...) -re, és mondtam neki, hogy készülj fel, lehet, hogy a rendőrségen benn fognak fogni. Ott rám is rakták a bilincset. A feleségem ott nézett, hogy mi lesz. Ha elkaptak volna az utcán, börtönbe kerülök. De így, hogy én bementem, így pozitívan álltak hozzám. Elmondtam, hogy megváltoztam, a kihallgatáson elmondtam mindent, hogy most azért jöttem ide, hogy gyereket szeretnék, és nem akarom azt, hogy ha óvodába megyek, akkor ott kapnak el. Eltelt jó pár év, mindig levontak a fizetésemből, sok pénzbírságot kell fizetni, sajnáltam a feleségem. Kérdezte, hogy meddig fog ez tartani. Nem csaptam be, elmondtam neki, hogy ha velem összeköti az életét, akkor vannak ilyen dolgok a múltamban, aminek vannak következményei. Nehezen élte meg, de lezárultak már. A szerhasználat hozadéka jó pár évig jelen volt. A család, hogy megnősültem, hogy új családom lett, anyósom elég nehezen fogadott el. Már a második gyermekem született meg, aki most 4 éves, utána éreztem, hogy elfogadott. Mindig kaptam olyan mondatokat, hogy miért van nálam pénz stb., de most ez már megszűnt teljesen. Ő csak a felépüléséből látott bármit, de mégis ennyire féltette a lányát. Én se örülnék, ha majd a lányom egy felépülő szenvedélybeteg felesége lenne.

I: Volt-e olyan feladat, ami nagy próbatétel volt?

A: Ha mondhatnám, az egész terápia az. Változni, szembesülni a visszajelzésekkel, mert 2 hónap, mire elmúlik az elvonás, mire megértettem, mire megjön a biztonságérzet, utána elmúlik a szerhasználat. Az én esetemben is nagyon felerősödnek azok a jellembeli hiányosságok, amiket a szerhasználat torzít, és nagyon kevés [volt az] önismerettel való befogadás. Változni. Megérteni a saját magunk működését. Nekem a legnagyobb felismerésem, hogy micsoda vak voltam. A rehabilitáció segített a szerhasználatból kilépésből, de hogy mennyire vakon jártam, az

csodálatos élmény volt megtapasztalni. Nem elég csak letenni az anyagot, mert akkor még csak tiszta vagyok. Az is nagyon jó lépés, ha a 12 lépéses programot nézzük, ha leteszem és beismerem, hogy tehetetlen vagyok. De ezt megélni, ez kevés. Én azt hittem, hogy majd ha leteszem a kábítószer, akkor majd szépen csiripelnek a madarak, süt a nap. De nem így van. Kívülállók csak azt gondolják, hogy ennyi elég, hogy letenni a szert. De ezek tévhitik.

Az, hogy attól még, hogy megy az idő, attól még nem változik semmi. Attól, hogy nem anyagozom, nincs változás. A gondolkodáson kell változtatni. És tudni, hogy melyik oldal pozitív. Megcsinálom este a napi leltáromat. Milyen gondozási problémáim vannak. Van-e nyitottság bennem arra, hogy változzak.

28. felépülő közösség elutasítása: ez a kód három beszélőnél jelent meg, és a nem megfelelő illeszkedésre, a bizalom hiányára utal a program és felépülő között. Így például az egyik, vallásos beszélő számára a 12-lépéses csoportok másfajta diskurzusa jelenti a nehézséget, egy másik interjúalany pedig éppen a spirituális hozzáállást nem tudja értelmezni, valamint a „megfelelés-megosztás” számára hiteltelen gyakorlatát, az anonimitás és a női nézőpont hiányát nehezményezi. Fontos, hogy a terápia ideje alatt megtért személy – a szakirodalmi perspektívával ellentétben – nem a spiritualitást tekinti felépülési forrásnak, hanem a felépülést az üdvösséghez vezető útnak. A felépülés eszköz, az üdvösség a cél.

Sokszor azért... nem osztok meg. Sokszor arra használnám, hogy elmondjam, hogy lehangolt vagyok. A terápiás nyelvezet: ott meg azt mondják, hogy ne nyavalyogjunk. Csak az erőnket osszuk meg. De sokszor nem tudom ezt megosztani, mert nem vagyok jól. Azt veszem észre, hogy ott is... fenntartás... Isten, meg Felsőbb Erő, meg kereszt. Nyilván az, hogy nem tudok megosztani meg adni úgy – ezért se járok. (...) Most az aktuális gond, a srác, amiről nem tudok ott most beszélni. Női gyűlésen ott tudok. Azt szeretem. Ott nincs előítélet. (...) Igen. Látok olyan társat: megfelelés-megosztás. Ennek se látom értelmét.

Az utcán éltam. Több lehetőségem lett volna. Amikor a rehabról kifele jöttem, több fázis van, van a kiléptető fázis, amikor megkapja a támogatást a kezdő felépülő, az utógondozásban van támogatott lakhatás, csoportok (...) közelében, de én (...) -re akartam jönni, mert megismertem a feleségem már itt, egy keresztény internetes oldalon. Néztam már munkát, hol fogok

tudni dolgozni. (...) -ban van egy felépülő központ, ahova szerettem volna elmenni. Ez a 12-lépéses. Szerettem őket, de nem feltétlenül értek egyet a felfogásukkal. Nem feltétlenül hisznek Istenben. Ezzel nem nagyon értek egyet. Ők Felsőbb Erőnek nevezik, de én szeretem megnevezni, hogy Isten. Lehet Isten nélkül felépülni, de az üdvösséghez nem elég. Hála az égnek, elmondhatom a véleményem. Mindig elmondhatjuk őszintén a gondolatainkat.

29. felépülő minta: a szociális tanulás a TC-ben végzett munka alapja. Kezdetben reményt ad az elköteleződéshez, később a józanság mikéntjét tanulhatja a személy.

(...) mikor lekerültem (...) -ra, előtte 3 évvel volt, hogy volt, akivel találkoztam, és ő lejárt (...) -ra. És éreztem, hogy nekem is ez kell, ez az, ami nekem is fog segíteni. Mert láttam, ezt az ismerőst, hogy ő teljesen máshogy néz már ki. Nekem ekkor az volt, hogy [rehab].

Nehéz volt. Nem tudom, honnan volt ennyi erőm, hogy megcsináljam. Nem volt más esélyem amúgy, azért reménykedtem. Mikor hozták az üzeneteket, hogy 654 napja tiszta, és én meg csak néztem, hogy ezek az emberek már boldogok (...).

30. félbehagyott képzés/iskolai program: számos szakirodalom említi az összefüggést a korai iskolaelhagyás és a szerhasználati zavar között. Az összefüggés, az oksági kapcsolat nem egyértelmű. A második idézetből látszik, mennyire eszköztelen az iskola a szerhasználati zavarok kezelésében.

(...) két tannyelvű általános iskolába jártam, majd gimnáziumba, de közben volt egy (...) szakközépiskola. Kapcsolatok révén (nevelőapám révén) bejuttattak a (...) gimibe. Ott se maradtam sokáig. Utána volt öngyilkossági kísérletem. Aztán kimentem [külföldre] tanulni. Ott érettségiztem. (...) Utána elkezdtem egyetemre járni, de feladtam 1 év után. Pszichológiát kezdtem el tanulni.

31. függőség szülői minta: ez a kód csaknem minden szövegben megjelent, leggyakoribb, hogy a szülő, főként az apa alkoholista, és az anya társfüggő. Ám megjelenik a gyermeket nevelő felépülőknél a saját gyermekek nevelésével kapcsolatos aggodalom is.

Anyukám nagyon erősen munkafüggő volt, ő jobban szeretett munkahelyén lenni, mint otthon. Ez nálam is van. Apukám meg alkoholista volt.

Szüleim is használók voltak, ezért volt egy képem arról mik a hatásuk.

Ez a legnehezebb. A gyerekek. Nem a felelősségvállalás feltétlenül. Nyomaszt az, hogy jól csináljam. Nem akarom, hogy szerhasználók legyenek. Ez engem néha nyomaszt. Görcsössé tesz. Néha engem ez bénít is. Semmi más nincs mögötte, csak a félelmeim.

32. *gátolt kommunikáció:* a beszélő egyfelől azzal kapcsolatos gátlásait említi, hogy önmagáról kell beszélnie a terápia alatt; másfelől a szerek hatására kialakuló verbalizációs nehézségeit; a harmadik típusú gátoltság pedig a kommunikáció állapotából, a kapcsolatokból való kilépés a terápia előtti válsághelyzetben vagy a visszaesés során.

Az első 1-2 hétben nagyon félttem, hogyan tudok majd beilleszkedni. A kapcsolatteremtés nagyon nehezen ment. Az első nap, mikor volt napzáró, akkor nagyon félttem, de mégis az az érzés jött meg, hogy jó helyen vagyok, hogy megérkeztem. Ezt éreztem. Félttem, de mégis az volt, hogy „függő vagyok, x napos...”, ez ment körbe, én meg mondtam, hogy köszönöm, hogy itt maradhattam. Félttem, hogyan lesznek a napok, hogy beszélnem kell magamról. Miről fogok beszélni?

33. *jó egészség:* az egészségi állapot teljes és váratlan helyreállása – egyszerű említés.

34. *jó kapcsolat:* a terapeutával vagy másokkal. A terápiát megelőző időszakra vonatkozó említés nem szerepelt. Több esetben említi a beszélő a segítővel vagy a felépülés folyamán/azt követően másokkal kialakított jó kapcsolatot, adekvát támogatást.

Sokat foglalkozom a kutyáimmal. Végre életemben először nem mennyiségre megyek. Nagyon szűk az a kör, akikkel napi szinten együtt vagyok, de ezek végre minőségi kapcsolatok. Ez nagyon jó. A lakótársammal vagyok úgy, hogy ő a legjobb barátom, és együtt is lakunk, ő a családom meg a kutyáim. Teljesen lecserélődtek a barátaim. Azok az emberek, akik régen legjobb barátaim voltak, most rájöttem, hogy már nem passzolnak.

Igen, viszont szerhasználat alatt nem voltak barátok. Amióta gyülekezetes vagyok, jönnek a barátok. Akik csak használtak, azokkal megszakítottam a

kapcsolatot. Néha vonz amúgy. Ha olyan zenét hallok, akkor felhossa bennem azt az érzést, amit akkor éreztem.

35. *jóslat*: egyetlen, ám a felépülő narratíva szempontjából fontos mozzanat az önmagát beteljesítő jóslat, a melyet a beszélő egyfajta *felelősség alóli felmentésként* értelmez:

Nekem egy példám, az osztályfőnököm kijött hozzánk családlátogatásra. Azt mondta, hogy ez a gyerek nagyon okos, csak későn érő típus. Ez nagyon meghatározta nekem az életemet. Abba is hagytam a tanulmányaimat, mert igazoltam magam az osztályfőnökkel, hogy későn érő típus vagyok. Nagyon meghatározta az elkövetkezendő 10 évemet ez a mondata.

36. *kapudrog*: a beszélő szerint a szerhasználat és a függőség között fontos különbséget tenni, a fűre mégis mint kapudrogra tekint (az illegális szerhasználat a legtöbb esetben egyébként az alkohollal kezdődik, 13 éves kor körül).

Már tudom, hogy a fű az előszobája a szernek. Én a heroinban találtam meg a bázisdrogot. (...) Nem minden szerhasználóból lesz függő.

37. *képtelen változni*: a kontrollvesztés felismerése egyben a változás szükségességének felismerése, a felépülés folyamatának fontos kezdeti állomása. Megkezdődik az *önccsalás* felismerése és felszámolása. Szerepe lehet ebben a *sorstárs halálának* is, vagy ahogyan az egyik beszélő megfogalmazza, annak a leromlott állapotnak, amelyben már saját sorstársai is lemondanak róla.

De akkor már tudtam, hogy egyedül nem tudok leszokni.

Azt már nem akartam tovább, amiben voltam. 1-2 napig nem használtam semmit, de utána ugyanúgy használtam tovább a szert.

38. *kihasználni* (Code in Vivo változata: „*mindenkiben a pénzt látom*”): a szerhasználat időszakára különösen, de gyakran az azt megelőző időszakra is jellemző: a család, az ellátórendszer stb. pusztá eszköz – ha hagyják. Ez olyan „*enabling*”, ami a szerhasználat folytatásához vezet, és a további segítségkérést megnehezíti.

A legelső az vicces volt. Egy nappali intézmény volt (...) -en. Akkor még nagyon primitív rendszer volt ott. Én egy hét alatt átláttam, és a magam hasznára fordítottam. Azért mentem be, mert szakított volna az aktuális barátom, ha nem megyek be. Elmondtam ki vagyok, mi vagyok. Ott megörültek nekem, hogy végre egy buzi, akit majd lehet mutogatni. Volt, aki 3 hónapig próbálkozott, hogy bejusson. Én ott bent büfézhettem, mindenféle prevencióhoz engem vittek, és mondanom kellett, hogy meleg vagyok. De nem használt ez semmit. Kihasználta őket nagyon csúnyán. Amint találtam normális munkát, nem is mentem be többet. (...) Ha ott valaki szeretett volna engem igazából, akkor valószínű... Nem, mert ott lett volna menekülési lehetőségem. Ha akkor valaki a szemembe mondja az igazat, kiröhögöm. Ez egy nyitott intézmény volt. Nem terápiás közösség. Volt, hogy egy hétig bespedezve árultam ott a büfében a kávé, és nem vette észre senki. Jó pofára kellett volna esnem, hogy egyedül maradjak, ahhoz, hogy ráöszkéljen valami arra, hogy változtassak. Az igazi terápiához ez kellett.

De az (...) -ban is voltam zárt osztályon, de azt nem mondanám kezelésnek. Az borzalmas volt. Nem volt segítség. Gyógyszeres kezelést kaptam. Mikor a metró alá be akartam ugrani, akkor mondta egy srác, hogy menjek az (...) -ba. Beállítottam oda, kaptam 2 marék gyógyszert, annak nagyon örültem, 2-3 hétig folyt a nyálam, bekakáltam, minden volt ott. Utána kiraktak onnan szó szerint. De a végén már nagyon manipuláltam őket a gyógyszerek miatt, amiből minél többet akartam. Kezelésnek nem hatékony.

39. konfliktus: a szerhasználat időszakában a családdal, a munkatársakkal, és a szerhasználó társakkal is jellemzően konfliktusosak a kapcsolatok.

40. kontrollálási kísérlet: a spontán felépülésről való külföldi adatok szerint az efféle kísérletek akár sikerrel is járhatnak, ám a terápiát teljesített kliensek többsége szerint a felépülés, a józanság lényege nem az absztinencia, hanem a szemléletváltás és ezzel együtt az életminőség jelentős javulása. A viselkedéses addikció az alumni mintában ritkán jelenik meg, de megjelenése éppen a kontrollálási kísérlettel függhet össze.

41. megbízhatatlan: az élet számos területére jellemző, a vizsgált szövegekben azonban leginkább a munka világa kóddal került összefüggésbe:

Igen, volt munkám. Volt időszak, hogy nem dolgoztam, de azok csak hónapok voltak. A szakmunkás után dolgoztam például 5 évet is. A másik hosszabb időszak 3-4 év volt. De elküldtek onnan, mert nem tudtak rám számítani. Azt mondták, hogy a munkámmal meg vannak elégedve, de

megbízhatatlan voltam. Nem mindig mentem dolgozni. Akkor mentem, mikor úgy éreztem, hogy be tudok menni. Volt, hogy bementem, de szóltak, hogy menjek haza, mert, hogy nézek ki, menjek, takarodjak. Az első hosszabb ideig tartó munkámnál tanultam a szakmát.

42. *megérkezni az életbe:* ez a kód a hétköznapi élet szokásos rendjének elfogadására, az átmeneti rítus (Kelemen & B. Erdős, 2003) (ld. még *terápiába lépés* kódnál) reintegráló fázisára utal. Egyfelől reintegráció a közösségbe, másfelől a társadalomba. Az átmeneti rítusokban bennefoglaló-ismétlődő fázisok vannak jelen, ezt az alábbi szövegeknél is láthatjuk:

Régen nem voltam képes semmire, csak arra, hogy szert használjak. Nem volt fogalmam az életről. De [a rehabon] láttam azt, tisztult ki, hogy milyen is az élet. Lehet, hogy képes vagyok én is arra, hogy odaálljak és megcsináljak dolgokat.

Szerencsésnek mondhatom magam, szeretem a munkámat. Szobafestő vagyok. De magam ura vagyok. Van egy srác, akivel [külföldön] ismerkedtem meg. Sok munkám volt, és ő a segítőm. Szóval magam ura vagyok.

43. *normik:* a normi a nemfüggő (de nem is józan) világ képviselője, képes lehet a (legális) szerhasználatra „anélkül, hogy belehalna”. Kezdetben rejtély, később barátságos vagy kevésbé barátságos idegen a felépülő számára, akivel hiányzik az élményközösség, de aki ugyanakkor képes lehet hasznos dolgokat tudni és adni. A normi gyakran jelenik meg úgy is, mint aki „nem normi”, azaz maga is terápiára szorulna, csak nem ismeri fel.

Munkahelyemen vegyes. Azt veszem észre, hogy (...) nem szeretek senkivel rosszban lenni. Meg tudom érteni, ki miben van, mit hoz magával. Tudom, hogy mindennek megvan az oka. Ezért is vagyok ilyen megosztó, nem nagyon tudnak hova tenni. Ezek ilyen vegyes érzéseket váltanak ki belőlem. Például a munkahelyen nem tudom, kinek adjak igazat. Alapjáraton nyitott személyiség vagyok. Felszínen is. Mert érdekel a másik általában.

Valahol azt érzem, hogy mindenkire ráférne egy terápiás program ebben a világban. Nem azért, mert szüksége van rá, hanem a látásmód miatt lenne szükség. Én sokszor azt mondom, amikor találkozom néha olyan „normikkal”, aki még betegebb, mint egy függő, azt mondanám, hogy a

felépülő személy tudja, hogy beteg, a „normi” nem tudja magáról. Egyre több kapcsolatom van úgymond a „normikkal”. Ami nekem nagyon tetszett most is, ezek a fiatalok [az egyetemen]. Ahogy beszélgettek itt, ahogy ez a korosztály, annyira látszik rajtuk, hogy ők „normik”. Megdobbant a szívem. Kérdeztem egy srácot, hogy találok ide, és segítőkész volt. Látszik, hogy nem használnak ezek a srácok most. Ők tanulnak, hogy jó úton megy az életük. Ez a korosztály nálunk is a terápiában ott van. Nagyon nehéz életszakaszban.

44. *önértékelési problémák:* jellemző a két véglet, a szerhasználat kezdetén irreálisan magas az önértékelés („nagy az egója”), ez azonban a törékeny látszat. A megfelelő önértékelés készsége a közösségi terápia során folyamatosan alakul.

Akkoriban akkora zűrzavar volt bennem, hogy akkor még hülye érzések voltak bennem. Majd a lábam elé borul a világ [a rehab] után. Ez volt bennem. Ez csak egy illúzió volt. Reménykedés.

45. *önzetlenség:* a használatról, kihasználásról, ennek függő és társfüggő módjairól szóló világban új élmény az a hozzáállás, amikor valaki azt kapja, amire igazán szüksége van, úgy, hogy közben megőrizheti a létfontosságú erőforrásait – fizikaiakat, lelkieket egyaránt – és emberi méltóságát.

Amint megérkeztem, emlékszem, hogy nagyon szépen sütött a nap, és nagyon szégyelltem magam. Szeretettel fogadtak. Én meg éreztem, hogy büdös, koszos vagyok, ápolatlan. Lehajtott fejjel jártam. Átnézték a cuccaimat, szennyesem volt benne, meg anyám fényképei. Nem néztem senkinek a szemébe. Szégyenérzettel jártam-keltem. Alig voltam fél órája ott, de mondták, hogy bármi is történjék, először fürödjek le. Ez volt az első élményem. Volt egy-két srác, akit ismertem, kintről, szerhasználatból. Az első megtapasztalás, hogy ők már másképp beszélnek, mint régen. Szeretet van benne, gondoskodás. Ez egy nagyon jó időszak volt. Én nagyon elmagányosodtam, ezért nagyon elcsendesedtem. Összefüggő mondatot nem tudtam mondani. Ez a fizikai, pszichés állapotnak is köszönhetően. Verbálisan is leépültem. Néztem és csak szemlélődtem, hogy mi zajlik körülöttem. Kik ezek, kézzel foghatóan meg lehetett fogni, hogy ott erő van a közösségben. A szeretetet is ott tapasztaltam, ez volt a legelső, amit megtapasztaltam. Mindenemre figyeltek, mennyit eszek, mire van szükségem, kéne neked borotva, mindenki a magáéból adott. Egy jó 3 hét

elvonásom volt. Látták már, hogy jobban vagyok, kaptam visszajelzéseket, ezt nagyon pozitívan éltem meg.

46. *őszinteség*: interjúalanyaink felfogásában a hazugság egyenlő a visszaeséssel, mert addikt működésre utal. Az őszinteség gyakorlása a felépülés útja.

47. *partnerkapcsolati problémák*: a partnerkapcsolatokról a vizsgált intézményekben eltérően gondolkodtak. Előző kutatásaink alapján tudjuk, hogy Komlón ezek kialakulását a terápia alatt és az azt követő időszakban egyáltalán nem bátorították, ezekre a kapcsolatokra is a „lassan siess” elve vonatkozott, tekintettel a kapcsolati készségek kezdeti fogyatékoságaira. Kovácsszénáján e kapcsolatokat (de nem a szexuális együttlétet) lehetséges fejlődési forrásnak tekintik, az egyházi intézményekben pedig a keresztyén párkapcsolat alapelvei szerinti kapcsolatok kialakítását tartják célnak. Az alábbi szövegben a kapcsolat a visszaesés kockázati tényezője.

Két esetet tudnék kiemelni. A kezelés előtt volt egy behatás, nem tudtam józan maradni. Jól éreztem magam, magabiztosnak. Elkövettem azt a hibát, összejöttem egy lánnyal, volt rózsaszín köd. Elköltöztem hozzá (...) mellé. Kezdetű működni valami, de esélytelenek voltunk hosszú távon. Ez az eset vetett vissza az opiátokhoz. Megszakítottuk a kapcsolatot, mert tudtuk, hogy nem éljük túl (...).

48. *prostituáció*: a szerhasználó bűnelkövetővé és áldozattá is válhat, emellett a korábbi prostituáció a felépülő szexualitása és saját testhez való viszonya szempontjából jelentős. Egy olyan függő-pénzközpontú világban, ahol az emberek különböző módokon használják egymást, a prostituáció illeszkedő jelenség.

Az igazi problémák mikor elkezdődtek... a szerhasználat nálam... valamilyen szinten tudatosan-tudattalanul végig prostituáltam magam a szerért.

49. *rehabilitációs intézmény mint „élettér”*: két egyházi intézmény egy-egy felépülője számára a megismert környezethez képest a külvilág kevés támogatást, otthonosságot ad. Egyikük a viszonzóság (kölcsonösség) normáját emeli ki, amikor sorstársai segítőjévé kíván válni, a másik beszélő számára a kapcsolatok biztonsága, az „élettér” a vezető szempont. Ez a második felépülő a munka világába való beilleszkedés nehézségeire is rávilágít.

(...) ott maradtam volna a környéken, (...) -ban. Családi kötelek miatt is. Sikerült focicsapatba is beilleszkednem. Az nehéz volt. Az igénybevétel brutális volt. Felkészítőben dolgoztam (...) -en, munkakeresésben is voltam, el is helyezkedtem a (...) -i nyomdában. 2-3 hét után ki is rúgtak. Ez nekem nagyon rosszul esett. Józan vagyok, és kirúgnak. Csomó pénz volt nálam, mikor kirúgtak. Munkafronton nem volt nagyon ismeretségem. 2013 októberétől erősödött bennem, hogy visszamaradt az élettér nekem ott. Felhívtam az [intézményt], és ide küldtem egy jelentkezési lapot, és ide tudtam jönni. Elég messze van ez a régi lakókörnyezetemtől, mai napig ott lakom.

50. rend: a terápiás intézmény egyik legfontosabb feladata, hogy segítse a mindennapok életszabályainak, rendjének elsajátíttatását. Emellett a terápiás intézmény rendje a felépülés során biztonságot nyújtó kapcsolati-intézményi keretek fontos összetevője.

Tartani ezeket a terveket. A heti terveket csinálni, és tartani. Ennyi kellene.

Nem tudom. Talán abban reménykedtem, hogy olyan életem lehet, mint egy őrizetben. (...) Most már én döntök, nem a szer.

51. sikertelen terápia/támogatás: ez a kód erősen kapcsolódik a „kihasználni” kódhoz is. Ezeknek a próbálkozásoknak jórészt közös jellemzője, hogy a szerhasználó manipulatív viselkedésével a segítők – családtagok, tanárok, terapeuták – nem tudnak mihez kezdeni, és a felajánlott segítség vagy gyógymód egyenesen ártalmas, nem csupán hatástalan. A sikertelenség hátterében lehet ellenérdekeltség, hiteltelenség (pl. kodependens kapcsolat), szakszerűtlenség (pl. nem megfelelő intézményi stratégia, tudatlan segítő). Az is megesik, hogy a segítség adekvát lenne, ám a személy motivációja nem megfelelő.

52. sorsközösség: a terápia során az élményközösség sorsközösséget teremt, amely, mint forrás segíti a felépülés folyamatát. (A kód a „felépülő minta” egyik változata.)

A többiekkel közösségbe lenni jobb, mint egyedül. Főleg azokkal, akik hasonlóan éltek előtte, mint én. Velük jobb együtt lenni, mint a normális emberekkel. Egy ideig velük is elkommunikálunk, de azon túl nem.

53. sorstárs halála: előjele lehet a mélypont elérésének (ld. a korábbi szövegekben, pl. a képtelen változni kódnál).

54. *sóvárgás, nosztalgia*: egyetlen beszélő tematizálta a hosszabb, kétéves felépülési periódus során jelentkező érzéseket:

Igen, viszont szerhasználat alatt nem voltak barátok. Amióta gyülekezetes vagyok, jönnek a barátok. Akik csak használtak, azokkal megszakítottam a kapcsolatot. Néha vonz amúgy. Ha olyan zenét hallok, akkor felhozza bennem azt az érzést, amit akkor éreztem.

55. *spiritualitás*: Jungtól származik a „spiritus contra spiritum” elve, amely a felépülési modell és a felépülési mozgalmak egyik alapvetésének számít. (Madácsy, 2013, p. 146) Laudet (2007) is megjegyzi, hogy a technokrata szemléletben (struktúrák, terápiás technikák, bizonyítékok hangsúlyozása) elveszhet annak jelentősége, hogy a felépülés csak akkor lesz tartós, ha a személy a saját életét jelentőségteljesnek („értelmesnek”) látja. Abban a tudatban, hogy az emberi élet véges, a halált követően nincs folytatása, és ezzel együtt abban a kultúrában, amelyben a közösségi lét és az ezért való cselekvés jelentősége elhanyagolhatóan tűnik az egyéni törekvések mellett, a személy könnyen választja a hedonista életfilozófia köznapi változatát, amelynek következetes megvalósítása kezdetben a drog segítségével érhető el a legkönnyebben. Amikor a nem kívánt „mellékhatások” miatt a szerhasználó életmód fenntarthatatlanná válik, a tartós szenvedésből, és a vágyból, hogy a büntudattól szabadulhassanak, fakadhat egy újfajta, közösségibb és egyben spirituálisabb orientáció. Minden terápiás közösség támogatja e kettőt – a spiritualitás és a közösségi kapcsolatok – mélyebb megélését, azzal, hogy alternatívát kínál a domináns társadalom értékrendjéhez és életmódjához képest¹. Az alábbi idézetekben megjelenik a mindennapi élet szentsége, a megtérés (napra pontosan), a vallás elutasítása, vagy éppen az átlagosnál sokkal mélyebb megélése, a William James-i kétszer születés motívuma, és az, hogy a spirituális orientáció az identitás részévé vált. Az egyik szövegben a szerrel mint Gonosszal Isten mint a kegyelem forrása segítségével küzd meg a felépülő.

¹ Természetesen voltak olyan balul sikerült kísérletek, amelyek a teljes társadalom átforgalmazására törekedtek: így a vallásosságot száműző kommunizmus a közösségiség, egy kollektívizáló kultúra értékrendjét próbálta ráerőltetni a kétféle értékorientáció (kollektívizáló-individualizáló) között inkább már az utóbbi pólus felé hajló Magyarországra. Hosszú távon ennek eredménye éppen az ellenkezője lett: a kierőszakolt „közösségiség” atomizált társadalmat hozott létre.

I: A drogozással kapcsolatban vagy-e hálás a Jóistennek?

A: Én mindenért hálás vagyok, mert azért vagyok az, aki most vagyok, amiért sokat dolgoztam is.

Mindenképpen egy Felsőbb Erő, meg én is. Nagyon sok halottam van, nekik miért nem adatott meg? 28 éves koromig teljesen ateista voltam. Sok mindent megcsináltam, volt abortuszom, áttapostam embereken, én hogyhogy élek, ő meg nem, aki fele annyit nem csinált? Nem voltam jó. Amikor a lányomtól bocsánatot kértem, mondtam, hogy nem eszköznek akarom használni, azt tudom, hogy nem ezt akartam. Nem a kábítószerre akarom fogni, hogy elkövettem gusztustalan dolgokat, loptam, elvettem, hazudtam, betörtem lakásba. Mindenféleképpen kegyelem kellett hozzá, meg én is.

Mielőtt a rehabra kerültem, egy évvel korábban éreztem, hogy nem fogom tudni lerakni a szert. Éreztem, hogy ebből nekem nincs kiút. Nem tudtam, hogy meddig fog tartani az életem, de ebből a drogozásból ki nem szállva fogom leélni az életemet, és ezt elfogadtam. Jött egy nagy szomorúság. Ott valami történt velem mélyen. Olyan, mintha elveszítettem volna ott az életemet, odaszenteltem volna az anyagnak, és onnantól fogva megszállott lettem. Mindegy, hogy milyen formában, olyan anyagokkal anyagoztam együtt, akik évek óta utcán vannak, hepatitisesek stb. Nem érdekelt semmi. A szerhasználat mélypontja volt ez. Ott volt nagyon sok túladagolásom. Nem érdekelt hol. Régebben elbújtam. Ekkor már nem volt érdekes, ha buszmegállóban, gyerekek, nők mellett csináltam. Ott volt az, hogy öngyilkos akartam lenni. Én (...) -en éltem 36 éves koromig. Lementem az aluljáróba, azt gondoltam, hogy a metró elé ugrok. Ki is számoltam, hogy 2-3 lépés, és ott olyan állapotba kerültem, hogy megszűnt az idő, minden megszűnt körülöttem. Olyan, mintha nem is éltem volna már. Az volt bennem, hogy jön a metró, és vége. Nem tudom, mennyi idő telt el, de nem ugrottam a metró elé. Elkezdtem sírni, önsanyargatni kezdtem magam, hogy ezt se tudom megtenni. Ennek sose lesz vége. Felmentem az aluljáró tetejéhez. Ott nagyon hálás dolog történt. Odaküldte azt a srácot az Isten, aki annak idején belevitt az anyagozásba. Ott volt velűrkabátban, öltönyben, és rám nézett, és kérdezte, hogy hogy nézel te ki? Mondom neki, hogy anyagozok. Kezembe nyomott egy telefonszámot, címmel együtt, hogy ez a [intézménynek] az elérhetősége, én meg elraktam zsebemre. Egy-két hét eltelt, rendszeresen jártam a (...) térre ingyen ételosztásra. Ott álltam a sorban, és belenyúltam a zsebembe, és megtaláltam a papírt. Nézem, (...) utca, hát az itt van. Kiálltam a sorból, és lementem a [intézmény]-hez. Ott is találkoztam régi szerhasználókkal. Ott volt az előgondozásom, ott mondták, hogy menjek rehabra mert meg fogok halni. Ott kezdtem a

segítséget. Én amúgy elfogadtam, hogy meg fogok halni. De legalább itt éreztem, hogy kapok ételt, fürdőt. Ilyen motiváció volt csak bennem.

Azért, mert ott minden megváltozott. Azóta, hogy elvégeztem a rehabilitációt, nekem még mindig felfoghatatlan, nem is akarom, hogy elmúljon ez az érzés, hogy van mit ennem... bocsánat, most előjöttek az emlékek. Most van családom, gyerekem... Nagyon szeretem ezt az érzést, a hálát.

Vallás, kéthetente lejárók gyűlésre, megnyugvás, de azért nem beszéltem erről, mert nem érzem megtértnek magam. Nem onnan kaptam szerintem a hitemet. Hívókkal a program, a lelkészek, spirituális emberek, nagyon elvontak, nincs rájuk hatással.

56. szerek használója: megfigyelhető, hogy a későbbi illegális szer használata nagyon gyakran indul a legális alkohol illegális, gyermekkori használatával. A vizsgált mintában megjelennek az új pszichoaktív szereket használó személyek is (ld. a „dizájner” kódnál külön).

14-15 éves koromban először alkoholt ittam, először. Sört talán. Kíváncsiságból. Nagyon rossz volt az íze. Aztán jött a fű, marihuána, és szép lassan évek alatt alakult ki. Akkor még nem volt választott szerem, csak egyfajta érzést, oldott állapotot adott. Felszabadultságot, lazítószer volt. Aztán szipuztam, és szintetikus, mikor jó időszak volt, mikor volt pénzem, és a vége ismét a szipuzás volt. Speed, ecstasy.

Drogokkal legelőször 11-12 évesen találkoztam. Volt egy osztálytársam, aki már ötödikben füvezett. Én is kíváncsi voltam, milyen lehet ez. Menőnek éreztem volna ettől magam. Innentől kezdve alkalomszerűen füveztem. Innentől kezdve maga a füvezés, cigizés, berúgás már rendszeres lett. 13 éves koromban megittam egy üveg sárgadinnyés pálinkát, amelytől 3 napig kiütve voltam. Széthánytam az agyamat, 3 napig delíriumba voltam. A nagymamám már fel akarta rakatni az utolsó kenetet. Az igazi problémák mikor elkezdődtek... a szerhasználat nálam... valamilyen szinten tudatosan-tudattalanul végig prostituáltam magam a szerért. 14 éves koromban keveredtem össze egy 23 éves sráccal, aki amfetamint használt. Én ezzel a sráccal az első randitól kezdve együtt is laktam. Nagyon fokozatosan, de gyorsan ment. Először minden szombaton, aztán már pénteken, és egyre gyakoribban és gyorsabban jött az életembe. Speed főleg, vagy ecstasy, amfetamin volt a választott szerem.

57. szerhasználó társaság: a köznapi vélekedésekkel szemben, a megkérdezett felépülők nem gondolják, hogy a „rossz társaságba keveredés” lenne a súlyos szerhasználati zavar kiindulópontja, inkább egyfajta, az állapot súlyosbodásához hozzájáruló, a segítségkérés akadályozó korai következmény. Témánk szempontjából fontos még megjegyezni, hogy az interjúk tanúsága szerint a börtön jelen formájában alkalmatlan a kábítószerrel való visszaélés megakadályozására, a börtönbüntetésnek önmagában kétes a hatékonysága.

Tudatosan elkezdtem ismerkedni olyanokkal, akik hasonló szereket használnak, hasonlóan gondolkodnak. A nyugtató volt, ami végig elkísért. Mindenhez használtam. Nem voltam gátlásos, szorongó tőle. Időnként voltak gyógyszerek, melyeket fel lehetett íratni, de volt, hogy próbáltam kapcsolódni a fiatalabb korosztályhoz, jöttek a gyorsítószer, a speed.

Nekem volt egy képem, hogy a függők jó fejek. Nekem nagyon sokáig csak a pszichikai függőség alakult ki. A fizikai függőség később jött.

Nem volt más esélyem. Mielőtt bementem a rehabra, a mi „körünkben” az volt a legnagyobb gáz, ha valaki rehabra megy. Nem volt már senkim. A családból a nagyszüleim, anyám meghalt. Nagyszüleim nem tudták, mi volt velem. Már szert használtam, de a kezdeti időben már meghaltak. Anyám látta végig, főleg mikor már nyilvánvaló volt, mikor már nem bujkáltam. Sok rendőrségi ügy volt. Voltam börtönben is, 2002-ben, kábítószer árulás miatt, 18 hónapot. A börtönben gyógyszereket árultam. A börtönben minden van. Az emberi kapcsolataim nulla volt akkoriban. Még a drogosokkal is nagyon rossz volt a kapcsolat. Már minden nap a túlélésről szólt. Átgázoltunk egymáson, hazug kapcsolatok voltak. Nagyon sok bolti lopásom volt. Nem is tudom mennyi.

58. szégyen: ez az érzés részben az aktív szerhasználat időszakára vonatkozik (család előtt, mások előtt) részben pedig a terápián megtapasztalt új kihívásokkal függ össze (ld. „a senki, a kívülálló” kódnál).

59. szorongás: a felépülést megelőző bármely fázisban, jellemzően mások társaságában jelentkezik. Később a személy fél a visszaeséstől, a terápiától, az új felelősségektől – mindaddig, amíg valós tapasztalatokat nem szerez.

Hogy képes vagyok e józan maradni. Félek, hogy visszaesek. Ettől félek. Ilyenektől nem félek, hogy el tudom-e látni saját magam, inkább attól, hogy belemegyek az anyagozásba. Pedig a két év alatt már tudom, hogy nem

tudnék visszamenni. Mérlegelés segít ebben. Szorongás van bennem, nem is félelem.

60. terápiába lépés: rákérdeztünk a kezdeti benyomásokra, élményekre: a korábbi kutatásokkal összhangban ezt leginkább mint egy átmeneti rítus kezdeti szakaszát írták le a felépülők. (Seltzer & Kelemen, 2009; Kelemen, B. Erdős & Madácsy, 2007; Kelemen & B. Erdős, 2003) A mélypont elérését követően (a korábbi módon tovább fejlődni-létezni lehetetlen) jellemző a megadás, a várakozás, majd a kívülálló alkalmassá nyilvánítását követően elindul a küzdelem (társas tanulás) az új, józan identitás megszerzéséért. Egyes esetekben szerepet játszik a külső kényszer (elterelés, családi nyomás), és a törődő szembesítés, a „carefronting”.

Akkor még nem hittem el, nem győztem feldolgozni azokat az érzéseket, hogy emberileg állnak hozzám. Nem tartottam magam embernek sem. Hogy odajöttek hozzám, megöleltek, hoztak nekem kancsó teát, az volt egy nagyon pozitív élmény, hogy kezdtem kicsit embernek érezni magam. De akkor még az volt bennem, hogy oké, hogy van mit ennem, hála istennek nem vagyok hepatitiszes, de aztán mindig az volt bennem, hogy mi lesz utána, ha itt eltöltök egy évet, de utána mi lesz. Nagyon fájdalmasnak tűnt, hogy beismerjem, hogy életképtelen vagyok 36 évesen. Erre a rehabilitáció nyitotta fel a szememet. Hogy következtelen vagyok, nincsenek meg a kompetenciák, hogy tudjak önállóan élni. Akkor még nem, akkor még az volt bennem, hogy kilátástalan, erre nem vagyok képes, nagyon nullának tartottam magamat.

61. többszöri próbálkozás: interjúalanyaink többféle terápiával, többször is próbálkoztak. E próbálkozásokat a személy a terápiás közösségben újraértékeli.

62. viselkedéses addikció: ennek megítélése teljesen eltér a köznapi értelmezésektől. Ha a személy bármely viselkedésformát a saját érzelmi-kapcsolati világától való távolításra használ – legyen bár szó a társadalom színterén elismert tevékenységről, mint amilyen a sok munka, mások segítése, vagy a sport – akkor ez nem a felépülés, hanem a visszaesés útja.

63. visszaesés: számos formában megtalálható a fenti szövegrészletekben, nem csupán a „sikertelen” terápiás próbálkozásokkal összefüggésben, hanem a visszaeséstől való szorongás is meglehetősen gyakran tematizálódik.

Hogy képes vagyok e józan maradni. Félek, hogy visszaesek. Ettől félek. Ilyenektől nem félek, hogy el tudom-e látni saját magam, inkább attól, hogy belemegyek az anyagozásba. Pedig a két év alatt már tudom, hogy nem tudnék visszamenni. Mérlegelés segít ebben. Szorongás van bennem, nem is félelem.

Az alábbi táblázatban láthatjuk azokat a kódokat, amelyek az interjúk legalább felében, és viszonylag gyakran (10 vagy több említés) fordultak elő:

1. táblázat. Az alumni interjúszövegek kódjainak gyakorisági megoszlása

a senki, a kívülálló	3	0	3	1	2	5	0	3	17
bűncselekmény, erkölcsi probléma	1	3	2	10	7	4	1	4	30
diszfunkcionális család	3	2	2	3	11	8	3	4	36
dizájner	0	0	2	0	9	2	0	2	15
felépülés	3	0	0	5	4	7	1	1	21
felépülő minta	2	0	0	2	0	1	3	2	10
filmszakadás, kieső idő	0	0	1	2	3	2	1	1	10
függőség szülői minta	0	1	2	1	3	3	1	0	11
gátolt kommunikáció	2	1	1	0	1	3	2	1	11
jó kapcsolat	2	2	1	0	3	3	1	2	14
káosz	0	1	3	2	2	2	1	0	11
képtelen változni	3	0	0	3	1	5	2	2	16
kihasználni	0	5	2	4	0	1	0	1	13
megérkezni az életbe	6	7	1	4	3	4	1	5	31
munka világa	1	3	1	3	2	2	3	1	16
öncsalás	0	1	0	1	5	3	0	0	10
öngyilkosság/halálközeli állapot	0	1	2	4	1	2	3	0	13
rend	1	0	0	0	3	1	3	3	11
sikertelen terápia/támogatás	5	3	2	4	6	3	4	1	28
sorsfordító válság	3	5	0	2	4	2	1	1	18
spiritualitás	1	1	0	3	4	10	1	5	25
súlyos állapot	1	6	1	6	7	5	1	2	29
szerek használója	1	5	3	2	4	1	3	2	21
szerhasználó társaság	1	2	3	9	7	3	4	2	31
visszaesés	1	1	0	0	0	3	4	1	10

kezdetektől mindvégig szinte bármit képes használni. Az általunk vizsgált csoport jellegzetessége, hogy felépülési tőkéje szegényes, szerhasználata pedig súlyos, így az egyéb terápiás próbálkozások esetükben nem hatékonyak, sőt ezeket a terápiás rendszereket is rutinosan manipulálják. A használat során a függő fokozatosan kiilleszkedik a társadalmi intézményekből (pl. iskola, munkahely), az illegális szerhasználaton kívül egyéb bűncselekményeket követ el, amelyeknek következményeivel nem mindig/kezdetben nem szembesül, „szerencsése” van. A szembesülés lehet a felépüléshez vezető folyamat kiindulópontja. Előfordul, hogy átéli egy sorstársa halálát, vagy éppen azt, hogy a szerhasználók társaságából ő került a legmélyebbre, míg a többiek „megúszták” (spontán, vagy természetes felépülés?). A függő gyakran maga is áldozattá válik. Ha a szerhasználat folytatódik, előbb-utóbb eljut a teljes kívülállás, kitesztottság állapotába, ahol többnyire feladja a változtatás reményét, megadja magát a sorsának. Paradox módon ebben az állapotban kap váratlanul segítséget (valamilyen „szerencsés véletlen”, egy, a befogadás reményét adó emberi kapcsolat folytán). A történet e ponton – a kívülállás, a sorsszerűség megjelenítésével – mitikussá alakul, e mitikus jelleg elősegíti az azonosulást, a rákövetkező kollektív identitásalakítást, illetve a korábbi és aktuális, jelentős életesemények magyarázatának kialakítását. A mítosz a hétköznapi gondolkodás ellenpontjaként a változás idején kerül előtérbe. (Weik, 2001)

A terápiás intézménybe kerülés előtt közvetlenül és a megérkezéskor a sorstársak példáját követi, és ez az az erő, amelyre kezdetben támaszkodni tud. Reménykedni kezd abban, hogy ami az ismerős mások számára működött, az az ő számára is működni fog. Minden intézményben találkozik azzal az élménnyel, hogy a hétköznapiak rendje az elégedettség forrásává válhat. Ez a rend, a választott tevékenységformák, prioritások az egyes intézményekben eltérnek, ám mindenütt jellemző az igényes, saját munka révén alakítható, biztonságot nyújtó környezet, és valamilyen alkotó tevékenység (zene, színház, kertépítés stb.) beépítése a hétköznapiakba. Ugyancsak közös jellemző az új kihívások és felelőségek személyre szabott, de semmiképpen nem „kényelmes” adagolása.

Megváltozik a kapcsolatok módja: egymás manipulatív kihasználása helyett élményközösség alakul, ahol az együtt-fejődés alapelvei jutnak érvényre (ha segít a másoknak, az tapasztalhatóan segít neki magának). Egyházi környezetben a folyamat fontos része a megtérés, a vallási élmény, amelyet a kliens aktívan vár és keres; de minden intézményben jellemző a spirituális orientáció, az élet személyes értelmének, jelentőségének megélése, a saját sors elfogadása és tisztelete, a másik tisztelete.

Fontos, hogy a közösség segítségével minden felépülő koherens magyarázatot teremt meg arra, ami vele történt: kialakít egy értelmezési keretet arra, hogy mi vezetett a szerhasználathoz, és miképpen változtatja meg az életét a felépülés. E koherencia nem feltétlenül azonos a hétköznapi, külső (normi) magyarázatokkal, bár mutatkoznak átfedések (a „rossz család” szerepe mindkettőben jelentős, de a „rossz társaság” a felépülők számára nem annyira okként, hanem inkább az életmód velejárójaként van jelen). A koherencia kialakítása során fontos, hogy az esetleges neheztelésekkel, büntudattal hatékonyan megbirkózzék a személy.

A narratíva értelmezéséhez fontos még megjegyeznünk, hogy Hänninen (2004) narratív cirkulációs modellje szerint gondolkodva mindig három történeti szinttel kell számolnunk. Az elbeszélő, a megélt és a belső történet nem feltétlenül azonos, nem azért, mert az interjúalany nem akarja a megélt történetet a lehető legpontosabban dokumentálni, vagy a belső történetet felszínre hozni, hanem azért, mert minden elbeszélő történetet harmonizálni kell az élethelyzettel, az aktuális helyzettel és a saját közösség elfogadott, „kanonizált” történeteivel.

II. Fókuszcsoportos interjúk

Ezek az interjúk három helyszínen, Kovácsszénáján, Ráckeresztúron és Zsibriken készültek, az interjúk célja az volt, hogy megvizsgáljuk: a kliensek mint érintettek (kockázatviselők) nézőpontjából melyek a terápiás változás főbb állomásai, és mit tekintenek a kapott kezelés erősségének? Mit tekintenek problémásnak, és mit gondolnak ezekről a felmerülő nehézségekről? Fókuszunk tekintettük a terápiás változás kliensek által azonosított tényezőit („miben van a hely ereje?”). (A fókuszcsoportos interjúk kérdéssora 3. mellékletben található.) A csoportos forma jól illeszkedett a TC-k közösségorientált praxisához, segítette a gördülékeny kommunikációt, és a csoporthatások kiaknázásával könnyebben azonosíthattuk a lényegi gondolatokat. Mivel a TC-hagyományok szerint a tagok figyelnek egymásra, és szabadon kifejezhetik véleményüket, elvileg kevésbé kellett számolnunk az olyan kommunikációs torzításokkal, mint a „túlbeszélés”, vagy a vélemények túlzottan sarkított megjelenése.

Az intézményektől azt kértük, tegyék lehetővé, hogy 3-5 fővel beszélgessünk, olyanokkal, akik már legalább kb. két hónapja az intézményben vannak. Összesen 13 fő (4-4-5) részvételével készültek el az interjúk. Volt közöttük polidrog-használó (minden számára elérhető szert

Az interjúk kvalitatív elemzése során eltekintettünk a szerhasználat időszakának részletes jellemzésétől – ezeket a történeteket az alumni interjúk elemzése során bevezetett kódokkal maradéktalanul jellemezni lehetne. Ez egyben azt is jelenti, hogy *az alumni interjúk elemzése teljes és érvényes a vizsgált intézményekben kezeltre nézve, mert lényegi új tartalom nem merült fel* (ld. az elméleti telítettség fogalma). (Corbin & Strauss, 2008; Gelencsér, 2003) A terápiás folyamatot magát azonban részletesen jellemezzük, és megkíséreljük az élettörténeti összefoglalók *funkcióját* is világossá tenni. Az elemzés során különösen a kezelésbe lépés, az első benyomások, az indulatkezelés változása, a koherenciaépítés, az érzelmi nehézségek, a mélypont jelensége, a mintakövetés, az önreflexió és a rend érdemelnek figyelmet – a továbbiakban ezekkel a kódokkal időrendi sorrendben foglalkozunk.

Az alábbi idézetek a kezdeti fázis kódjainak (*mélypont tudatosulása, kezelésbe lépés és első benyomások*) jellemző tartalmait mutatják be:

Aztán ott volt a mélypont, mikor már azt vettem észre, hogy a csempe közül kaparom ki a maradékot, hogy legyen egy cigire valóm. Amikor a barátnőm feje mellé ütöttem a kezem a falba, szétborogattam a házat, majdnem anyukámra döntöttem valamit, mamámmal úgy beszéltem, mint egy kutyával. Ez volt a mélypont, ki akartam szaladni a világból, és eldöntöttem, hogy segítségre szorulok.

Először úgy volt, hogy elmentem egy helyre, (...) -en, ambulanciára. Mondták, hogy pszichiátriára ne menjek, semmi értelme, mert úgymint gyógyszerezem magam. Mondták, hogy rehabilitációs intézménybe menjek. Írnom kellett egy önéletrajzot. Aztán ott egy szociális munkás mondta, hogy rehabérett vagyok. Először [egy rehabra] vagy ide. De mondták, hogy ne oda, mert az nem 12-lépéses. A leállás se jutott eszembe, csak a második roham után. Kezdem érezni, hogy... az első állásomat is e miatt vesztettem el. A gépkezelésről is letiltottak. Családot is kikészítettem.

De mikor elküldtek fizetetlen szabadságra, akkor ültem egy estét a tóparton, és elgondolkodtam, öngyilkossággal foglalkoztam. Kikészített a drog, hogy műholdról követnek, rádióból hozzám beszélnek. Sokat játszottam az öngyilkosság gondolatával, és meghoztam a döntést, hogy terápiára jönnék. Le szeretném tenni a kábítószeret. Agyban tudtam, mit kell tenni, de nem tettem meg. Ezért vagyok itt, hogy ezt véghez is vigyem. 11 hónapja vagyok a házban. Jelenleg öregirodás. Most augusztusban végzek. Normális, értelmes életet szeretnék élni, ezért vagyok itt.

Pszichiátriai jelleggel képzeltem el. Hogy ugyanúgy foglalkoznak majd velem. De az teljesen más. Mások az itt dolgozók is. Itt jobban odafigyelnek az emberre. Ott csak gyógyszerznek. Az első egy héten itt nagyon durva elvonásban voltam. Ültem a széken és figyeltem... aludni se tudtam. Az első két hétre nem emlékszem nagyon. Segítőkéz volt mindenki, főleg a társaim, a mentorom is. Nehéz az érzéseimről beszélni, fejleszteni kell magamban. A drogok és alkohol óránként eszembe jutnak még. Mondták is, hogy ehhez türelem kell. Ez is más, mint a pszichiátria. Kellemesen csalódtam. Nehéz itt lenni azért.

Amit vártam, hogy be leszek zárva abszolút, és mindenki orvosi kezeléssel fog majd analizálni, meg komoly gyógyszerzés lesz majd. Ez volt az elvárásom. Ezt vártam a rehabilitól. Na, az, hogy be vagyok zárva, csak félig igaz. A gyógyszerek az abszolút nem, az más, mint amit vártam. Az analizálás, az bejött, a közösséggel. Régi mélypontok, neheztelések az egész bázisa, amire a függőség épült. Amíg ide be nem kerültem, én nem tartottam magam függőnek. Mert azt gondoltam, hogy alkoholhoz bárki hozzá juthat, az orvosok meg a gyógyszert írják fel. Sokszor megpróbáltam saját magamtól abbahagyni, a szintetikus drogokat sikerült. Az alkoholt és a nyugtatókat nem tudtam. Mikor bekerültem, bő 2 hetes elvonással voltam. A biztonságérzetem viszont fokozatosan kezdett jönni. Volt egy rohamom kint, egy hatalmas alkoholemegvonás miatt. Mentő vitt el. Ettől rettegetem. Embertelenül rossz volt. Amit észrevettem, a társak teljesen át tudják érezni a problémámat, mert ugyanazok a pokolbeli élmények vannak náluk is. Jó a szakmai hozzáértés itt, ami megerősíti bennem, hogy itt fel lehet épülni.

Kicsit börtönflingnek hittem az egészet. De az egész ház szeretet és hit alapú. De itt mindent meg lehet kapni, testileg-lelkileg. Teljesen pozitív csalódás volt az, amit itt kaptunk. Én csak jókat tudok mondani erről. Aki idejön, akár látogatóként, vendégként, mindig pozitívan megy el.

Én is mást gondoltam az egészről. Sokan frusztráltak, hogy olyan lesz, mint a börtönben. Én azt gondoltam, hogy majd itt elénekelgetek, gyúrok, szórakoztatok. De láttam első héten, hogy itt szabályok vannak, és frusztrált a dolog, mert nem tudtam hova tenni. Mindig kitörtem, ha szabályoztak. Talán most egy hónapja értettem meg, hogy mit is akar adni a ház a szabályokkal, mert ugye kint is lesznek szabályok, amire itt felkészítenek. Én azt mondom, hogy 1 hónapja fogtam fel, hogy itt mi is van. Tudom, hogy miért zajlanak ezek a csoportok, miért vannak mentori beszélgetések, miért vannak a közösségek, egymásnak tudunk segíteni, napi teendőknél. A hit, az nekem most kb. 2-3 hete van, hogy közelebb kerültem Istenhez.

Hasonlóan, a szenvedélybetegség egyik velejárója, hogy a szerhasználó a környezetében élőket személyes szükségletei kielégítésére használja. Ezt a fajta *instrumentális hozzáállást* csak később egészsíti ki/váltja fel részben a mások iránti felelősségvállalás, törődés és a spiritualitás:

Amilyen eszközöket kapunk itt, én egy idő után nyereségnek fogom fel. Én korábban is egy állásinterjún el tudtam magam adni, de az hazudás volt. Most meg akár kommunikációban, akár csajozásban, az élet minden területén én csak nyerek ezzel. Azt hiszik rólam, mikor elkezdek beszélni, hogy milyen okos vagyok, hogy hova járok. Micsoda, én nem vagyok okos. Ezt itt tanultam. Én csak azt használom, amit itt tanultam. Ezáltal én nyereségnek fogom fel. Nagyon sok mélypontom volt, hogy összepakolok, de mindig feltettem a kérdést, hogy miért jöttem ide be. Hogy érezzem, hogy nyerek, veszteni nem vesztek semmit. Mikor az őszinteséggel szembe látok valakit, nem tud vele mit kezdeni. Bármilyen témáról beszélgetünk, kimutatom, hogy milyen vagyok, megijednek az emberek. Mert ugye kint nem teljesen megszokott dolog az őszinteség. De úgy veszem észre, hogy nagyon sokat köszönhetek ennek a háznak. Gondolkodásban, már elhiszem, hogy vagyok valaki.

Ahogy az alumni interjúknál már láthattuk, a terápia folyamán egy, a kliens számára értelmezhető *koherencia* kialakítása történik meg, amely segíti a korábbi kaotikus tapasztalatok elrendezését, a megküzdést a bűntudattal, a szégyenteli érzésekkel. E koherencia kialakítását a megfelelően tartott pszichológiai ismeretekre való támaszkodás segíti elő; az egyházi intézmények sajátossága, hogy a bűnök megvallása, a bűnbánat elemei is megjelennek a szövegben.

Hét évet anyagoztam. Édesanyám meghalt. Édesapám alkoholistá. Meg börtöntöltelék. Én utána sokat kaptam, elvitt a gyámügy. Nevelőszülők, intézet, (...) nevelőszüleimnél 17 éves koromig voltam. Ott meghalt nevelőapám. Előtte is belementem egy rablásba, és 8 hónapot kaptam érte, fiatakorúként. 8 hónap után kijöttem, ugyanúgy drogoztam, folytattam, elköltöztem. Azt hittem, új életet tudok kezdeni, szégyelltem a börtönt. Állandóan drogoztam, munkahelyem mindig volt, nem loptam már. Félttem én. Nem szerettem volna visszakerülni. Pártfogót, mindent elvégeztem. Ecstasyt használtam. Félttem a rendőröktől, ez miatt leszoktam. Áttértem a bira és a fűre, meg ittam. Majd ezután ez kicsúcsosodott. A biofű. Elegem lett, le akartam szokni, már a munkahelyemen minden pénzt erre költöttem. Több munkát vállaltam. Nem adtam már magamra. Igénytelen lettem.

A mintakövetés – ezt az alumni interjúknál már láthattuk – az egyik legnagyobb segítség a terápia kezdeti fázisában, ébren tartja a reményt, hogy a mélyreható változás és a későbbi elégedett élet lehetséges:

Borzalmasan éltem meg a használatomat, az utolsó 5 évemben mindent használtam, minden nap. Gyógyszereket, ópiumokat, marihuánát. Amfetamint is. 10 évig éltem együtt egy lánnyal. Amikor idejöttem, túl akartam lenni az egészen. Előtte volt, hogy le tudtam állni kicsit, de mindig visszaestem. Skizofréniában szenvedtem, szerintem. Azt gondoltam, hogy ha nem is vagyok az, de biztos, hogy nincs velem rendben minden. Sokat voltam pszichiátrián, intenzív osztályon. Az alkoholfogyasztást abba tudtam hagyni 8 és fél évig, a barátnőm mellett. Majd, (...) el tudom már fogadni, hogy szoronghatok, és nem muszáj gyógyszert használnom. Benne lehetek helyzetekben. Ettől a terápiától igazából nagyon sokat vártam, és mégis többet kaptam. A pszichiátrián nem foglalkoztak velem. De volt több gyerekkori cimborám, akiknek sikerült rehabot csinálni. Az egyik segítőmmel együtt anyagoztam [korábban], és példa volt rá, hogy meg lehet változni. Az ő nyugalmából merítettem. Én azt vártam a rehabtól, hogy hipp-hopp, kigyógyulok. De itt tudatosult bennem, hogy egész életem át dolgozni kell rajta. És itt rájöttem, hogy az önközpontúságomból, ha ki tudok jönni, közösségi szinten hasznosnak tudom érezni magam.

Archaikus szinten minden mélyreható változás leírható úgy, mint a káosztól a kozmikus rendig való haladás (az egyik idézetben meg is jelenik a spiritualitással való kapcsolat). Ez a rend a terápia új rendje, gyakran feszítettnek tűnő, az üresjáratokat kiküszöbölő szabályok, a kapcsolattartás új szabályai, a folytonos próbatételek. Fontos, hogy a rend belső igényé váljon.

A terápia minden pillanata hasznos. Ami nem tetszik, az a leghasznosabb. Én reggelente sokat frusztrálódok. Reszortok, saját feladatok, egyszerre a figyelmet több fele rakni. Fontossági sorrendet felállítani baromi nehéz. Nekem ez nagy nehézség. A reggelünk az úgy kezdődik, hogy vannak behibázások. Engedély nélkül elmegy pl. mosdóba. Aprólékos szabályok vannak. Ha valaki nem figyel erre, akkor egy hetes következménye van. Reggel akár 5-10 következményt is kell hoznunk, és utána reszort, amit el kell végezni mindenkinek. Ha napos vagyok, az időt is figyelni kell. Nekem ez megterhelő. De kérek segítséget, és úgy könnyebb.

Ami nekem szimpatikus ebben a programban, hogy változatos. Csoportfoglalkozások vannak, pszichodráma, mozgástréning. Mindenki elmondhatja, amit szeretne, ami segít saját felépítésében. Vannak kreatív foglalkozások. Sportolni is van lehetőség. Az ember sose unatkozik. A hátulütője, hogy nagyon megvannak feszítve a napok. Néha nincs is időnk magunkra, társainkra. Itt meg kell tanulni nagyon beosztani az időt. Tudjon a felelősségeire is koncentrálni az ember.

Ami fenntartásom, a csoportok túl hosszúak. A személyes csoportok. Amikor az ember a saját történetét meséli. Másokat meghallgatni sok, de beszélni se szeretek. Hasznos, de nekem hosszú. Akkor nem szeretem, ha lehet, hogy dolgozni kell. Délelőtt és délután is dolgozni kell. Nekem a konyha az abszolút fenntartásom. Ki kell takarítani minden nap, főzni, mosogatni. Aztán ha valami nincs még meg, akkor utána ismét meg kell csinálni. Idáig vagyok vele. Hullafáradt vagyok, előbb fel kell kelnem, egy 40 perccel, mert 6-ig le kell érni, kávéfőzni. Ki vagyok vonódva a közösségből ilyenkor. Nem tudok magammal foglalkozni, mikor egy hétig én vagyok a konyhás. Hetekre váltjuk egymást.

A véleményfelvevővel nem értek egyet, a kinti életben, mert kint nem mondhatom meg a főnöknek, ami a véleményem. Ha úgy elmondanám a véleményemet kint, ahogy itt, akkor kint konfliktus lenne. Ez egy dilemma. A segítőkkel is másképp beszélek, meg a társaimmal is. Nehéz meglátni, hogy miért hasznos kint az életben. Itt azért, hogy tudjunk egy rendszer szerint élni. Ha nem vállaljuk fel, hogy kivel van konfliktusunk, az feszültséget okoz. Erre vannak konfliktuskezelő csoportok. A kinti életben nem tudom mennyire lesz hasznos. Itt más a cél. De elfogadni is nehéz a segítséget. Rájövök sokszor, hogy ez nem ment volna egyedül.

Önbecsülés, és az én szempontomból nem volt semmi hitünk ott kint. Így, hogy a szabályok által van egy újfajta élet, apró célokat elérve, ezek az apró célok megélése olyan sikerélményt okoz, hogy könnyebben átvisz a jobb élet felé. Szabályok nélkül nem érnék el a célunkat.

Komfortzónából kell kimozdulnunk. Mikor én itt voltam, 2 naponta volt szobatarcsere és költözés. Mindenki lakott kb. mindenkivel. Olyannal is, akit nem szeretett. Sokan megbarátkoztak egymással, és el tudták fogadni az új helyzeteket. Az, hogy még feladatokat, a munka terén... hát mind egyénfüggő. Hogy kinek mit szabályoznak. Az ember meglépi, hogy olyan munkát választ, ami nem tetszik, de lehet, hogy abból fog tudni a legtöbbet tanulni.

A szabad véleménynyilvánítás jelentősége a konfliktusok kezelése során, vagy a vágyak és a realitás ütköztetésénél jelenik meg, segítve, hogy a használatra kísértést jelentő helyzeteket a személy képes legyen azonosítani és kezelni:

Ami pozitívum, ha valaki megbánt, kimondhatom, és nem vetnek meg érte. Vagy ha vágyom az anyagra, azt is kimondhatom. Megértenek, együtt éreznek velem.

Én amit észrevettem, hogy jobban türelmes vagyok. Kint nagyon hamar felkaptam a vizet. Itt nagyon gyorsan kialakulnak konfliktusok, de rájöttem, hogy itt tényleg kapok segítséget bárkitől. Mindenki tud segíteni. Ez jó. (...) Felelősséget vállalni a döntéseimért, hibáimat felvállalni. A tökéletességre való törekvés. Arroganciámat háttérbe szorítani, mert ez védekezés nálam. Nagyon lekezelő vagyok. Így segített ebben is az őszinteség. Meg mertem mondani a többieknek. Ők látták, hogy működök így... el tudtam engedni... és az érzéseimet hogyan kell használni. Régen, ha szégyenhelyzetbe kerültem, akkor használtam, és az megoldotta a helyzetet. Érzések mentén hoztam döntést. Most már tudok objektív lenni, mi lesz a következménye.

A felépülő terápia lépését – hasonlóan az előző, alumni csoportéhoz – gyakran egy mélypont (krízis) elérése segíti elő, máskor a családi nyomás, vagy éppen egy súlyos, de nem sorsfordító élethelyzet indítja el. Gyakran említenek egyéb segítő intézményeket, a kezelésbe lépés történhet ezek segítségével is. Megtörténhet, hogy a személy felismeri: magától képtelen leállni. Az első benyomások során két intézménytípus (börtön, pszichiátria) előrevetített képével vetik össze saját tapasztalataikat: ehhez képest szabadabb a környezet, és több a felelősség, a biztonságos környezetben a személy aktuális felkészültségeihez mérik a kihívásokat. Az első időszakban az elvárásokhoz képest teljesen más környezettel találkoznak, benyomásaik (az új pszichoaktív szerek használata miatt is) nemegyszer kaotikusak. Kezdetben megfordulhat a fejükben a rehabilitációs intézmény „instrumentális” megközelítése, azaz nem a felépülés, hanem az átmeneti, szükségszerűnek tekintett leállás a cél (ez a motívum hasonló az alumni interjúk „soha többé” típusú kételyeket kifejező kódjához), valamint az, hogy az intézményt saját elgondolásuk szerint, saját céljaikra használják fel. Ez a továbbiakban árnyalódik, kiegészül – egyeseknél mint pragmatista hozzáállás fennmarad, másoknál átadja helyét egy spirituális orientációnak.

III. Kritikus incidens-elemzés

Az elemzés célja a napi segítői rutinok leképezésén túl a terápiás tevékenységhez szükséges segítői kompetenciák, attitűdök és a fejlesztési területek jobb megismerése. Három helyszínről két-két segítővel készítettünk interjút (mindenütt egy tapasztalati szakemberrel és egy „normi” segítővel). Az interjú vázlatát a 4. mellékletben közöljük. A hat interjút összesítve elemeztük.

1. Napirend

A legfontosabb, hogy minden egyes tevékenység a *felépülés* szolgálatában áll. A rehabilitációs intézmények napirendje *erősen strukturált*. Fontos, hogy az események

- *időrendje kötött*, nem lehet késni, de sietni sem,
- elegendő időt kell szánni az *információk* átadására,
- pontosan ismert, hogy *melyik tevékenységért ki felel, ki mit irányít, milyen jogosultságokkal és kötelezettségekkel rendelkezik. Jól tagolt, de rugalmasan, az előrehaladás függvényében alakuló hierarchikus kapcsolatok* jellemzik a közösségeket,
- ismert, milyen következményekkel jár a *szabályok* megszegése,
- a feladatellátás részben *rotációban* történik, ennek révén, és a *hatékony információáramlás* révén mindenki átlátja a teljes szervezet működését,
- a kötött napirend ellenére ebben a változásorientált környezetben *„nincs átlagos munkanap”*,
- megjelenik az *utógondozás* kérdése: ez probléma, nem mindig fér bele a segítő munkaidejébe.

Egy ilyen, lényegében a valóban hatékonyan (de nem hajsoltan) működő munkahelyek rendjét megjelenítő napirend segít a klienseknek a passzív, esetlegesen halogató-kelletlen hozzáállás leküzdésében, *minimalizálja a konfliktusokat*, ugyanakkor módot ad ezek konstruktív feloldására. *Maga a struktúra, de a csoportok, egyéni beszélgetések is megvédik a klienseket attól, hogy az érzelmi-kapcsolati problémákat munkafüggőség mögé rejtse.* Fontos a *visszatükrözés*, és az, hogy – az önségítés jegyében – a segítő nem feltétlenül „vezeti”, hanem inkább moderálja, segíti a csoportok kibontakozását.

Szolgálatátvétellel kezdődik. 24 és 12-es munkarend. A 24-esnek van a kezében a döntés, hogy mikor mi történik. 8-tól 8-ig vagyunk. A 24-esnek adja át a nap eseményeit, reggeli találkozó, délutáni visszajelző, kiemelés, és esti érzés-kör találkozó, s egész nap futnak a programok. A srácok önsegítő jelleggel vezetik a csoportokat, mi moderátorokként veszünk részt.

Úgy történik, hogy 24 órás szolgálatok vannak. A nap úgy kezdődik, hogy az előző nap segítőtje elmondja a 24 órában történeteket. Úgy, hogy átadót is írunk minden nap. Fontos, hogy ezt a folyamatot, ami elkezdődik, azt tovább tudjuk vinni.

9:30-kor kezdődik az első etap, vagy egy csoport, vagy munka. Most inkább a munka van. Minél korábban kezdünk a meleg miatt. Egyébként lehet, hogy beesek egy keddi napon, visszaesésmegelőző csoportra. A témát ők választják ki. Ma dolgozunk pl. az önsajnálattal. Elmondják, mit gondolnak róla. Ha olyan, hogy valaki beszél róla, és úgy beszél, hogy keveset mond, és én nem tudok ebből sokat kihozni, akkor belenyúlok. Rávezetem arra, hogy milyen eszközökkel jöjjön ki. Ha nincs eszköze, akkor hozzásegítem. Ezeket a tapasztalatokat átadom. Amit nem tudok, azt vállalom. Akkor nem kezdek el én ott, hanem azt mondom, hogy ezt meg kell beszélnem valakivel. El kell fogadni, hogy én is ember vagyok, tudják, hogy hasonszőrű vagyok.

Reggel kijövök 7 órakor. Ami nagyon jó, hogy megvan az alá-fölérendeltségi viszony, mert nincs meg az a tudásuk, hogyan kell irányítani egy napot. Én nem érzékeltetem azért, hogy én több lennék segítőként. Mégis szeretem, ha partnerként is kezelem őket.

[Vannak következmények,] amiket azért adunk valakinek, hogy ha valamilyen házszabályt megszeg, amik általában nem tudatosak, ezek mini feladatok, amik lehetnek írásosak, szóbeli következményűek. Mind arról szól, hogy saját magát megismerje.

Nincs átlagos munkanap.

2. A terápia rendje

A terápia rendje a segítő számára összekapcsolódik a közösség életével; a hat interjúalany egyike beszél a magánélet és a munkaidő egyeztetésének kérdéséről:

Emellett lehet magánéletet élni, belefér sok minden. Az a fajta nehézség, hogy vasárnap reggel 6-kor kelek fel, kiegyenlítődik azzal, hogy szombaton iszom egy kávét, és nézem az embereket. Néha nehéz az, hogy valamikor éjjel fél 2-kor valamilyen helyzetet oldok meg, vagy éppen mentőt kell hívni, vagy krízismenedzsmentben vagyok, meg utána 1-2 nap kell, hogy helyreálljak.

3. Munka

A munkának kitüntetett szerepe van a rehabilitáció során: van, ahol főképpen a napi élet rendjét biztosító tevékenységeket értjük ide, de van, ahol kifejezetten munkaterápia is folyik. *Ezeknek a tevékenységeknek a helye, szerepe az intézményen belül világos, a fenntartói-szabályozói oldalról viszont nem megértett.* A munka jelentősége nem a termelés, hanem a munkához mint a társadalomba való integrálódás fontos alapjához szükséges személyes készségek és képességek fejlesztése (döntéshozatal, felelősségvállalás, elköteleződés, kitartás, önmaga képességeinek reális megítélése stb.). Az erőssé tétel mellett ez a képessé tétel fontos terepe. A napi élet rendjének fenntartása az öngondoskodás-önsegítés fontos gyakorlata:

Munkakiosztás a következő pont, a fiúkkal együtt. Leülünk, és ők összeállíthatják, ki hova megy dolgozni. Ez azért nagy jelentőségű, mert ő lehet, hogy nem veszi észre a fizikai korlátokat, mert például valaki lehet, hogy nincs olyan állapotban, hogy kaszáljon. Átadjuk a botot annak a srácnak, aki a napos lesz, mert megtanulja önállóan a döntéshozást, itt ilyen kicsiben tanulják meg. Aztán megy a nap, jönnek az ebédek, mindenben a napi felelőst lehet zavarni, mi háttérszemélyzet vagyunk. Érezzék, hogy náluk a felelősség, de mi mögöttük vagyunk.

Az, hogy szerintem kevesen vagyunk munkatársak. Mert [a rehab] környezeti adottsága, hogy nagyon sok a föld, és ez el tudja vinni a figyelmet, meg a munkát a mentálhigiénés munkáról. Arról a segítő munkáról, ami nélkülözhetetlen. El tud csúszni a barackszedés, ami fontos, de nekem azzal a fiúval épp beszélgetnem is kéne, mert látom, hogy tipródik egy problémában.

(...) mi egy kórház vagyunk. Mert ha a vesémmel behelyeznek a kórházba, akkor nem kötelezhetnek főzni stb., és itt ugyanez van, hogy a kliensekkel nem dolgoztathatunk. Elvileg mindenre személyzet kellene. Ez meg a

rehabilitáció végét jelentené. A faipari műhelyt is így eladtuk, elajándékoztuk egy alapítványnak. [Erre a szabályozás kedvezőtlen változása kényszerítette az intézményt.] Van 3-4 srác, aki a mai napig bútorrestaurálással foglalkozik.

4. Közös pálya

Az alkalmazott terápiás módszerből következően (a közösség, mint *terapeuta*) a megfelelő színvonalú működéshez egyetértésre kell jutni, ami nem a vélemények azonosságát, hanem a különbségek megfelelő, elfogadó kezelését jelenti, annak felismerését, hogy a klienseknek többféle forrásból lehet és kell meríteni.

100%-ig megbízom a kollegáimban is, egy értékrend mentén megyünk, én bízom abban is, hogy az én srácain a kérdéseket feltehetik a kollegáknak is. Nem vagyok egyéni megoldások híve, és hogy csak az enyém lenne jó.

Vannak kollegáim, akik ebben a 12-lépéses dologban nagyon hisznek, és teljesen hitelesen tudnak ebben segíteni. Én azt gondolom, hogy a módszer ez egy ilyen védekezés, csak a mai nap – sosem lehetek gyógyult. Lehetek én absztinens, és a mai napot túl kell élni. Azt gondolom, hogy nagyon sok elmegy a védekezésre. Én abban hiszek, hogy legyen az ember proaktív, nyomjuk a gázt, menjen előre a dolog. Ha van egy egységnyi energiánk, azt ne védekezésre, hanem a jó dolgok felépítésére fordítsuk. Én ebben gondolkodom.

A nehézségek, a segítők által sikertelennek minősített esetek hátterében is megjelenik ez a kritikus mozzanat, a segítők közötti összhang hiánya. A segítő alárendeli magát a közös döntésnek, de nincs minden esetben meggyőződve annak megalapozottságáról. Ezekben az esetekben szembetűnő, hogy mekkora szükség van (volna) ezeken a munkahelyeken *a szakmailag felkészült, csoportos szupervízió terén is járatos külső szakember* segítségére, amit mindenkor az alapl működés részeként (és nem esetleges pályázati forrásokból) célszerű finanszírozni:

Két ilyen eset volt. Egy srác nemrég ment el. Erőszakosabb, követelőző srác volt. Azt gondolom, hogy hamar lemondunk róla. Olyan helyzetbe állítottuk, hogy kríziscsoportot ajánlottunk neki, de ő nem várta ezt meg, elment. Még nem tudtunk vele eleget dolgozni. (...) Sokkal több idő kellett volna hozzá, de nem volt... a közösséggel. Nem volt eszközem, hogy a

közösséget megtanítam ebben a helyzetben a türelemre. Nem elég azt mondani, hogy legyetek türelmesek srácok, mikor te se vagy már türelmes. De tudod, hogy türelmesnek kellett volna lenni.

Igen, van egy, nagyon élénken bennem van. 3 éve elküldtük őt. Én nem értettem egyet az elküldésével és mai napig nem tudom elfogadni. Visszaesett a srác. Nagy lehetőséget láttam benne. Állami gondozott fiúról beszélünk. Szerintem nagyon sok titkot hordozott, amit nem tudott még elmondani és ez miatt éreztem, hogy nagy kudarc.

I: Azt mondd, hogy ez kudarc. Mitől volt ez ilyen sikertelen? Mik voltak a döntő mozzanatok ebben az esetben?

A: (sírás)... Ez a fiú egy nagyon... szerintem meleg srác volt. Próbáltam ezt a vonalat... azt gondoltam, hogy ez volt a nyitja, és ezt nem tudtuk feltörni. Volt egy olyan stábdöntés, amivel nem értettem egyet, és szembe mentem ezzel.

I: Milyen a döntési mechanizmus a ti stábotokban?

A: Általában az van, hogy bevisszük az esetet, ami valamelyikünknek elakadást okoz, és mindenki mondja a személyes meglátását. Akié az eset, az kicsit jobban védi a helyzetet. Neki több az infója, van belevonódás. Amikor... én azt tapasztaltam, férfi és női kollegáknál is, hogy ha kap egy srácot, akkor nagyon sok információja van róla, és általában többségi szavazással döntünk, de van olyan, hogy a vezető dönt. És ezt a döntést el kell fogadni, és ez egy ilyen helyzet volt, amit én nem tudtam elfogadni. (...) A józanság volt a cél. De nagyon durván lett elküldve szerintem. Nem kapott semmilyen segítséget, szinte az utcára került. Megvoltak a kapcsolatai, de nem tudtam helyretenni. Ez volt a legnagyobb kudarc, bár volt olyan, hogy valaki itt meghalt. (...) Mindenki részéről objektivitás kellett volna. Nekem meggyőződésem, hogy ez hiányzott. Hogy az embert nézni, nem a viselkedést. Ajtóbecsapás volt, amit tett. Azért nehéz ezt nekem megoldani, mert felemelték őt, hogy meg van bízva, mint vezető szerepű, és aztán jött az ajtócsapás. (...) Sokat tanultam ebből, hogy nekem lehet a kollegáimat arra ösztönözni, hogy nyugodjunk meg, és térjünk vissza rá a következő alkalommal. De egyébként ezt jól működtetjük. Ha azt látjuk, hogy több kollegának van egy sráccal problémája, akkor néhányan azt mondják, hogy adjunk még időt. Én is megvizsgálom most, hogy miért vonódom bele egy-egy esetben.

Nem is a munkámmal van gond, hanem magammal. Mint függő, néha máshogy látom a jelentkező klienst. Sokszor én nem venném fel az illetőt. Néha azt látom, hogy az illető nem volt még elég közel a mélyponthoz. Ez sokszor be is jön. Rossz elküldeni valakit. Rossz, mikor már nem vagyok türelmes valakivel. Mikor lemondok már róla. Nem akarok mindenkit

kijózanítani, nem vagyok megmentő típus, de eléggé türelmetlen is vagyok. A papírmunka része, ami még nem tetszik annyira. De ez is a része a munkának.

5. *Miben van a terápia ereje? Mi áll egy eredményesen lezárt eset hátterében?*

A segítők szerint a siker a következő tényezők alakulásától függ:

- *mély, bevonódó találkozás, amelyben megértés jön létre,*
- *együtt-fejlődés, kölcsönös tanulás,*
- *tükrözés,*
- *hiteles szövetség,*
- *nyugalom,*
- *következetes rugalmasság,*
- *spiritualitás,*
- *koherenciateremtés (érdeklődés, a miértek és a magyarázatok),*
- *a felépülési tőke gyarapítása,*
- *fokozatos felelősségvállalás,*
- *elfogadás,*
- *spontaneitás, intuíció, amely a különleges helyzetek kezelését is lehetővé teszi,*
- *a saját tapasztalat/élettapasztalat adekvát felhasználása.*

Az eddigiekhez képest új információ egyfelől a *bevonódás* – ez működhet ellenkező előjellel is, tehát a sikertelen esetek magyarázatánál is felmerül. A különbséget az jelenti, hogy képes-e a segítő saját személyes élményeit megfelelően elrendezni, feldolgozni, tudatosítani, és ezek segítségével a kliens élményvilágát leképezni, tükrözni. A bevonódás nem jelenti a határok elmosódását, a kliens „örökbefogadását”. A számukra emlékezetes sikerek azonban nagyrészt azok, ahol a kapcsolat olyan klienssel alakul ki, aki kezdetben „reménytelennek”, mások által „elfogadhatatlannak” tűnik.

Egy segítő szerint a változáshoz szükséges *döntő pont* nem a terápiában van: hanem azon kívül, azt megelőzően (ez a *mélypont* megélése).

A módszerek tekintetében nincs egységes válasz, sokféle megközelítés működhet. Viszonylag sokan emelték ki azonban az egyéni konzultációk („esetkezelés”, „mentorálás” stb.) fontosságát. Egy segítő

sikerként élte meg a szociális segély intézését, ám bizonytalan az eset tulajdonképpeni kimenetelében (siker, ami *saját* asszertivitását illeti).

Felmerül, hogy meddig és mitől siker a siker? Mi az eredmény? Ha a kliens jobban érzi magát, mint a terápia előtt? Ha sikeresen dolgozik a józanságán? Ha öt év múlva is józan?

Nagyon bízom benne, hogy nincsenek titkok és véletlenek a terápiában. Azt látom, hogy aki... azt a 4-5 dolgot, amit a szenvedélybetegségből felépülőnek meg kell csinálni, ha azt megcsinálják, akkor minden rendben van. Legyen munkája, legyen társas kapcsolat körülötte, legyen hobbi, párkapcsolata. Ami meg még fontos, hogy az egész mögött [kell valami] spirituális válasz: mi a francnak vagyunk itt a földön? Nem feltétlen a kereszténység, hanem hogy legyen valami válasza, mi a francnak vagyunk itt a földön. Ehhez az kell, hogy amikor anyagozik egy srác, az nekem nagyjából az egész pici gyerekkor, mikor az anyjára van utalva, mindent valahonnan máshonnan kell megszereznie. Ilyen a cucc is, hogy külső dolgoktól várja az örömet, a megoldást. (...) Baromi fontos, hogy ne készen akarjon kapni semmit, ezen múlik szerintem a dolog. Ha rendezzi ezeket a nagyobb területeket, akkor okafogyottá válik a szerfogyasztás, a függőség. Csinálok egy utógondozó csoportot és ezt nagyon látom.

Én a mozgástréninget, színházat csinálom férfi kollegámmal, olyan képzésre is járok. Ezt szeretem. Gyakorlatilag az, ami az én terepem. De egyébként nem tudom elválasztani. Itt vagyok 8 éve, én itt rehabilitálódtam, ebben az intézményben. Nehéz elválasztani, mi az, amit legjobban szeretek. A csoportokat szeretem. Megvan a pszichodráma, a mozgástréning, a betegségtudatos csoport. Családcsoportban, betegségcsoportban nem szeretek részt venni. De a családcsoportban kerülök kontaktba. Valamilyen szinten minden területen ott vagyunk, és nincs az, hogy melyik az, ami [az enyém]. Az egészséget szeretem. Szeretem a krízisben lévőknek az egyéni beszélgetéseit. Ilyenkor tudom a saját tapasztalataimat használni. Tudok olyan információkat átadni, ami jobb belátásra bírja. Ha valaki nem látja a józanság elemeit, nem tudja elképzelni a szer nélküli életet. El tudom neki mondani, hogy én hogyan éltem. Szeretem a csoportokat. Az interaktív csoportokat, a kompetencia órákat. Dolgozik ott a függő és én is.

A: Láttam, hogy F. nincsen jól. Ő a mentoráltam volt még. Ő se látta még akkor a józanság örömét. És azt gondoltam, hogy a F-t kell kivinnem magammal. Elvittem magamhoz, a keverőgépet ugye elvinni. Beszéltem közben az életemről. Megmutattam neki, honnan indulok hozzájuk segíteni. Azt gondolom, hogy akkor ott megfordult. Ott volt lehetőségem, hogy megmutassam neki az életem. Számtalan ilyen történet volt, mikor

megfordítottam bennük a helyzetet. Ez a fiú kicsit mélyebben a szívemben van. Szeretnék neki adni valamit, ami bennem van. Nem többet adni neki, mint a többieknek, csak adni valamit.

I: Mitől fordult meg szerinted?

A: Rólam se lehetett elképzelni valaha, hogy normális életet fogok élni. És ha elmondom itt bent, hogy most milyen szép környezetben, párkapcsolatban élek, és ez más hatással van a srácokra, ahogy én mondom. Volt valami személyes üzenete annak, amit mondtam. (...) Azt gondolom, hogy minden empátiának... érzem, hogy milyen nehézségei vannak, mert csak egy függő tudja (...) megmutatni, hogy nekem már sikerült. Tapasztalataimat átadni. Én se láttam anno... Ez most így látható, hogy mi is történt velem.

Ez most nehéz kérdés, mert sok sikerem van. Akárcsak beavatkozás, helyzet, kliensekkel való munkában, kijózanodások, búcsúztatók. Számos történet volt. Az ugrott be, hogy amikor (...) dolgozott, azt tapasztaltam, hogy a (...) személyiségzavarral küzdőknek nem lehet nagyon segíteni. Egyensúlyban tartani lehet, de segíteni életminőségben [nem nagyon lehet]. (...) azt tapasztalom, hogy amikor bekerül valaki, semmit nem tud magáról, nem nagyon lehet beszélgetni vele. 9-10 hónap múlva olyan szintű és minőségű beszélgetést lehet csinálni vele, amit el se tudtunk volna képzelni. Többes számban beszélök, mert stábben dolgozunk.

Azoknak a helyzeteknek a kezelése, mikor jött az ellenállás, pufogott, kipróbáltam, hogy tükröztem ezt. Utánaoztam, tükröztem. Az a fajta érzelmi állapot, ami előtte volt, már nem tudott annyira veszélyes lenni, vállalhatóbbá vált számára. Nagyon nagy szakmai dolgokat nem tudok elmondani. Tulajdonképpen olyan élethelyzetből jött, hogy azt gondoltam, ezen nem tudok változtatni.

Sokszor megkapom, hogy irigylik a nyugalمامat. Kevés olyan helyzet van, ami kizökkent, de ez egy rehab. Néha vannak helyzetek, melyeket én is szorongással fogadok, tartok, hogy mi lesz vele, ha kimegy. Nagy felelősség. 10 óra után már néha én is fáradtabb vagyok (...). Visszajött ez a kliens, beszélgettünk, hogy a munkahelyén volt egy olyan helyzet, hogy a főnöke azt akarta, hogy dühös legyen, és nem tudta elérni. De a végén a főnök lett dühös, és fogta a pénzt, hogy nesze. Ő meg nyugodtan megköszönte. Ezt mesélte, hogy annak a folyamatnak az eredménye, amikor a dühével foglalkoztunk. Nem üvöltözött a főnökkel, nem érdekelte, hogy a főnök indulatos. Ez tényleg egy pozitív visszajelzés volt. Amiket itt kapok, (...) ami engem is érdekel, hogy hogyan működünk. Hogyan értjük meg magunkat.

Kíváncsiság. Erre mostanában jutottam el, hogy ez ott van. Az önreflexiómban is, kezdem értékelni, hiszen hasonló helyzeteket élnek meg a kliensek, de más megoldásokat találnak. Kiút, milyen (...), ki hogyan van ott. Rácsodálkozom, bárhol máshol az életben is, annyiféle megoldás van, de mindannyian mások vagyunk, de mégis nagyon hasonlóak. (...) ez hozta... a kíváncsiságomat. Aztán ott van az a fajta állandóság, törekszem arra, hogy a figyelmet mindenki felé elosztani. Az a fajta, rendelkezésre állás, ami tényleg nehéz, hogy igazán akármilyen fáradt is vagyok, nem vagyok nyugós, és indulatos. Mikor egyszerre nyolc dolgot csinállok, de tízet kellene csinálni. (...) Ilyen fokú tudatosságra már nem biztos, hogy képes leszek... Pont ez a kíváncsiságom, hogy fenntartsam, a motiváltságot, nagyképűség lenne, ha azt mondanám, hogy... Mostanában nyugodt ponton vagyok, beértek az önismereti munkáim is.

Mindig gondolkodom, hogy vajon mi lehet benne, az a helyzet, amiben van. Milyen megoldásai vannak. Ezt szoktam képviselni... oké, viselkedik valahogy, de mi van mögötte. Rossz beavatkozással éppen az ellenkezőjét érhetjük el, mint amit akarunk. Amit még megemlítenék, a spontaneitásomon változtatnék. Van olyan kollegám, aki kockáztat, és bedob olyan dolgot, hogy utólag... nagyon jó terápiás hozadéka volt annak, amit tett.

(...) nem volt ember, aki szeretett volna vele egy légtérbe lenni, valamiért nekem ez a srác szimpatikus lett, aki valahogy olyan szinten tudta rendszerezni és beépíteni magába a beszélgetéseinket, hogy olyan fejlődésen ment keresztül, ami megéri ebben a munkában, ez egy kézzel fogható siker. Mert azt gondolom, hogy a mi sikereinket keresni kell. Azt látom, hogy pillanatnyi mozdulatokban látok sikereket, egy-egy srácnál. Hosszú távú mércéje nincs. Az ő eredményeik ezek egyébként. (...) Mindenki másnak ő sok volt, nekem pont az volt, amire szükségem volt, van.

Nem tudom. Van egyfajta szövetség, és ez nem lehet cinkos szövetség, hanem más. Arról szól, hogy nagyon érzékenynek kell lenni azokra a pillanatokra, amikor ők úgy akarnak valamit, hogy a vágyaik szerint mennek. Ezt úgy igyekszem észrevenni, hogy az érdekeik és vágyaik valahol teljesülhessenek, még hogyha nem is egyezik a közösségi terápiát nézve. Például a terápiás szemléletünkkel nem megy, de az egyén szeretné megélni ezeket a vágyakat. Nagyon következetes rugalmasság kell. Amúgy nagyon szigorú vagyok. Úgy szoktam legjobban láttatni, hogy amíg valaki nem tud előbbre lépni, addig csak rugdosni tudom.

Több ilyen van. Alapvetően szeretem azokat a helyzeteket... az visz előre engem a munkában, hogy mindig nagyon érdekeltek a miértek. A hogyanok. Az emberekkel való munkában. Nagyon szokott előre vinni, ha valaki megérti önmagát. Ez a megértettség, ami lázba hoz, ami a szenvedélyt tartja számomra, de ez lehet bárhol, lehet csoporthelyzet, vagy egy kerti munka, takarítás, mosókonyha ellenőrzés, bárhol lehet, ahol beszélgetni tudunk.

[Egy] éven keresztül ezer különböző élethelyzetben lehet dolgozni egy srácon. Hogyha valaki ide bejön, akkor megváltoztatja az életét, és engem ebbe beleenged.

Egyrészt a kapcsolat, olyan megérkezések, találkozások jönnek létre, ezekben a találkozásban, ahol valódi kapcsolat születik. Ez mindkettőnk számára egy nagyon fantasztikus érzés. Szerintem arról szól, hogy teljes elfogadás, ami ebben benne van, megértelek, és elfogadlak, és ő is ugyanezt adja vissza. Tartunk egyfajta keretrendszert, amit ezek a srácok eddig nem nagyon, vagy helytelenül kaptak meg. Adunk egyfajta keretet. (...) én nem az apád vagy testvéred vagyok.

Ez szerintem a legszebb, megérteni az ő történetét, saját maga számára érthetővé tenni az elmúlt időket, hogy ebben nem ő a hibás, elkezdi gyűlölni a saját őseit, de ugyanakkor a kellő mélységet elérni, felépíteni a változást, és hogy átbeszélni azokat a lépcsőfokokat, hogy nyilván ki tudnak tűzni tők irreális célokat, de ebből csinálni egy használható stratégiát, amiben sikerélményei vannak. Hiába talál ki magának 80 milliós házat, ha ez irreális, akkor abban kudarcot él meg.

Nem tudom pontosan megfogalmazni ezt a dolgot, mikor vannak fordulópontok. Szerintem, ha van ilyen, akkor az talán az első-második fázis fordulóján van. Van egy nagyon bezárt időszak, ahol csomó mindent meg kell tanulniuk. A második fázisnál már kimennek, és elkezdik megélni azt, amit itt bent tanultak. Én azt gondolom, hogy ez lehet fordulópont, hogy talán amikor a rengeteg dolgot, [amit] itt bent tanultak, arról kiderül, hogy odakint működik. Akkor megtapasztalják, hogy a kábítószer nélkül is lehetnek boldogok.

Az egyikőjük befejezte, másik nem fejezte be a terápiát. Az egyik fiú, (...) azt éltem meg sikernek, hogy kilincselni, pályázni, egy olyan srácnak, aki hajléktalan volt. És a maximális összeget sikerült megkapnia. Elég sok külső jelzést kaptam, hogy úgyse fog sikerülni. De én nagyon egyszerűen, éppen friss diplomásként, kicsit érzelmi oldalról megírva a pályázatot... és szerintem ez volt a siker. Hogy nem volt benne túlbonyolítva, túl szakmai,

nagyon életszagú volt az egész, nagyon arra fókuszáltam, hogy sikerüljön a pályázat. Akkor azt éreztem, hogy nagyon jól csináltam valamit. Ez 2003-ban volt. (...) Nagyon hátrányos helyzetű volt a fiú. Amit én nem kaptam meg, én azt tudtam neki adni. Mert én, mikor egyedül neveltem a lányomat, akkor én nem kaptam segítséget. Az jutott eszembe, hogy azért választottam ezt a hivatást, hogy valami ilyesmi segítséget tudjon kapni az, aki rászorult. Az érzés... az a büszkeség volt. (...) Börtönbe is került közben, de utána visszajött ide, és befejezte a rehabot. Majd sikerült ugye ez a pályázat, (...) on ebből a pénzből ki tudtunk bérelni neki albérletet. Itt járt tanfolyamra, és hegesztőként elhelyezkedett. Majd ide járt vissza közmunkára. Talán egy év volt, és utána egyszer csak besokallt a vidéki élettől, és visszament (...) re, és vissza is esett. Utána volt (...), aztán... nem tudok róla most már semmit.

A mentori munkát. Szerintem az a csúcsa. Ott négyszemközt vagyok egy emberrel. A munkámnak első része, hogy megteremteni azt a munkaléggkört, amiben a másik ember meg tud mozdulni. Rásegíteni arra a pontra, hogy miért itt találkozunk (...). Ha felteszed a kérdést a srácoknak, hogy mikor kezdődött a drogkarriered, azt mondják általában, mikor elszívtam az első füves cigit. Kb. 12-13 éves korra teszik a történetet. Ebből nem lehet megérteni, hogy valaki miért lett szenvedélybeteg. Okai vannak, család, mikor gyerekkortól kezdve... ez nagyon jó dolog, amikor el lehet jutni odáig a mentori munkában, hogy megérti az okokat. Nem hibásokat keresünk, de vannak okok. Annyit még ehhez, hogy vannak különböző iskolák, én nem hiszek ilyen genetikai okokban, én azt gondolom, hogy a szenvedélybetegség szociálisan tanult valami, és ebben látom az ő számukra a legnagyobb reményt is.

Legjobban a csoportokat szeretem, ahol többen vagyunk. Ahol több meglátást hallok. Az utolsó két élményemet tudom felhozni. A legfiatalabb terápiásoknak van. Mivel ők nagyon nehezen tudják megmutatni az érzéseiket, ezt is meg kellett tanulniuk. Maga az, hogy koordinálni a csoportot, hogy mindenki aktív legyen. Esetkezelést, azt is szeretem, ha leülök egy sráccal, esetkezelésre.

6. Nehéz, nem sikeres esetek

A segítők számára az intenzív együttes munka miatt nem könnyű az elválás akkor sem, ha a kliens sikeresen zárta a terápiát. A negatív tapasztalatok egy része a terápia sikertelen, idő előtti befejezéséhez kötődik. Érdemes volna közelebbről megvizsgálni, milyen jelenségek állnak a terápia túl korai

zárása, félbeszakítása mögött, mert itt a szakirodalmi adatok egybecsengenek a segítők rossz érzéseivel, egyedi tapasztalataival: valóban nagy a visszaesés, sőt, a halálozás kockázata.

(...) ha valaki el akar menni, akkor arra van a visszafordító csoport, és ha ez sikerül, akkor marad. Ha nem marad, akkor leltárt készítek a dolgairól, adatokat kitöltöm, és elköszönünk. Konfliktuskezelő csoport van még... Senkit nem kényszerből hoznak, és önállóan dönthet, hogy visszajön. 24 órán belül bárki visszajöhet, és összejön a közösség, és átbeszéljük, hogy tudunk-e együtt dolgozni ezek után. 24 órán belül, ha valaki józanul visszajön, akkor adunk lehetőséget a visszajövetelre. És ha ez nem jön össze, akkor 3 hónap múlva jöhet ismét vissza, és összesen 3-szor az életében.

Ami nem szeretek, az elmenős csoport. Amikor elmegyünk. Volt már arra példa, hogy én ültem az elmenős csoportban, és 10 nap múlva az illető öngyilkos lett. Nem miattam, de a kliensnek az utolsó mondatom... azt meséltem el, hogy én is el akartam menni a házból, de rájöttem, az emberek valójában szeretnek engem, és ő elsírta magát, és 10 nap múlva meghalt. Ezek nehéz dolgok. Tudom, hogy sokan anyagozni mennek ki. Nehezen állják meg. Elmenekülnek. Van büntudatuk is. Azt gondolom, hogy eléggé edzett vagyok, abból fakadóan is, hogy megéltem, hogy nagyon sok haverom meghalt a szerhasználattól, és itt is már voltam temetésen, de ezt azért nem lehet megszokni.

Az elmenősök. Mikor úgy adódik, hogy nekem kell értesíteni a hozzátartozót. Itt is van, meg nincs is, nehéz elengedni, de még viszi a figyelmemet, de már kint is van. Ezek szoktak nehézséget okozni.

Nagyon empátikus vagyok. Jellemző volt, hogy mikor idekerültem, én belepusztultam, ha valaki innen elment. Próbáltam megérteni, hogy valaki miért ment el. Miért nem tudom megmenteni.

Sok ilyen is van. Először, mikor elmennek a klienseim, és meghalnak. A halálhírük. Ilyenben volt pár tapasztalatom. Ilyenek szoktak... mostanában eszembe jutott, hogy ami ilyen volt... két ilyen volt, akik meghaltak. (...) Egy harmincvalahány éves férfi volt, égési sérülésekkel kezelték, és ott volt egy darabig a közösségünkben, nagyon rejtőzködő volt, és mesélte, hogy milyen nehéz élethelyzetei voltak az édesanyjával való kapcsolatában. Tapasztalásom, hogy akik előbb-utóbb kijózanodnak, azok rendezni tudják a kapcsolataikat is előbb-utóbb a családjukkal. És ez a kliens is úgy döntött, hogy elmegy a terápiából, de ő mondta, hogy autóbalesetben égett meg, de ismerősöm mesélte, hogy belehalt az égési sérüléseibe, és utólag raktam

össze, hogy szipuzott, és azért halt meg. Nagyon ott volt bennem, hogy a családjával sem tudták helyrehozni a dolgot.

I: Mi miatt hoztad őt szóba?

A: Mert ezt kérted. De végződhetett volna máshogy is.

I: Volt ennek az esetnek döntő mozzanata?

A: Nem. Ez a befejezetlenség. Hogy egy élethelyzet, aminek nincs megoldása.

I: Te hogy vagy ezzel a történettel? Milyen újra felidézni?

A: A szomorúságom azért ott van.

Ezt a kérdést nem szabad feltenni, hogy mi lett volna ha...

Amikor én voltam az elmenős csoportban, és 10 nap múlva kiugrott az ablakon, és meghalt. Ez azért... valamelyik nap is néztem... ránéztem az ablakra... nem szoktam. 23 éves srác volt. 2 hónapja történt. De ami nyomasztóan tud hatni, hogy ha behoznának anyagot. Akkor az nem. Az iszonyú lenne. Az olyan lenne, mintha arcon köpnének. Akkor menjen el. Nincs azzal gond, ha anyagozni akar.

Az utógondozás kulcskérdés ebből a szempontból, ám a terápia zárását követően a segítők megítélése szerint nem áll rendelkezésre megfelelő számú, elérhető védett munkahely, védett szállás:

I: Volt olyan, hogy nyomasztott valami, akin segítettél volna?

A: Igen, ez már terápia után volt, de korai volt a vége még.

I: A végén mit lehet kezdeni, ha kritikus fázisba érnek?

A: Én azt gondolom, hogy mindenféleképpen kell az átmenet, és ezt máshogy nem tudom elképzelni, mint a félutas rendszerrel. Ez itt hiányzott. Nyomon követés nem történt meg.

Nincsenek már védett szállások, vagy magasak a küszöbök... például már nálunk is van csomó félutas lakásunk, de nálunk is rohadt magasak a küszöbök. Oda is csak 1-2 havi pénzzel kell már rendelkeznie, aki bekerülne. Fontosak a küszöbök.

A személyes tényezők, a határok feszegetése változó intenzitású próbatétel, és egyben a legnagyobb fejlődés forrása is lehet a szakember számára. Van olyan helyzet, amelyben az elfogadás korlátait aligha lehet a segítőtől aktuálisan számon kérni, ezt minden, a segítői pályán dolgozó személy megéli. Ilyenkor lehetőség van a kliens átadására.

(...) nekem már nem ilyen aktív, és azzal néha már nem tudok azonosulni, ha valaki sóvárog. Nem biztos, hogy akarok azonosulni, kicsit már terhes.

Az egészségügyi beavatkozások. Nagyjából az még a nagyon nehéz helyzet, mikor a klienseink elmennek. Meg amit nehéz megélni, ha valaki meghal. Tevékenységben nehéz, amikor nagyon kontroll szerepet kell elővennem. Nem annyira az én terepem, de megcsinálom.

Olyan szakmai tapasztalat, amivel én nem rendelkezem. Ezekben a helyzetekben nagyon sokszor a rögtönzés az én eszközőm, ami nem feltétlen jó. A kollegáktól tanulni kéne, megfigyelni, amit tudok alkalmazni.

I: Te kit tekintesz szakembernek?

A: Aki kicsit összetettebben látja a helyzetet. Nem csak az emberi, hanem a szakmai oldalát is. Mennyire mehetek el, mennyire vihetem bele... A tudás nincs meg nekem. Van egy józanodásom, és technikám. Az elején nem is akarok felelőse lenni egy rossz kimenetelnek. Ha valaki az én hibámból megy el innen, az nagyon nyomasztana.

I: Előfordult, hogy nyomasztott ilyen eset?

A: Határesetek voltak.

(...) az emberöléssel tudok mit kezdeni, de a pedofiliával nem (...). Felvett egy álarcot, hogy ő ezt már rendbe tette magában, de nem hittem el neki. Azt vettem észre, hogy elkezdem megkérdőjelezni magamban azt, amit mond a srác. (...) ez másfajta hiteltelenség volt. Nem tudtam rá figyelni. Egyfolytában az volt bennem, hogy csak terel, mindenféleképpen terel. Őt nem tudtam elfogadni, le is adtam. (...) Találkoztam azzal a határral, mellyel segítőként nem szeretnék dolgozni. Ezzel a határral volt nehéz szembesülni, hogy nekem, aki ilyen elhivatott, van mégis határ. Nem vagyok alkalmas bizonyos dolgokra. (...) De van egy olyan személyem, amelyre ők itt építhetnek.

Megesik, hogy a segítő előre látja, hol hibázik a kliens – ilyenkor nyilván nem fejlődhet kliense helyett, legfeljebb tapasztalati tudásával segítheti. Ennek a „negatív képességnek” a megélése komoly kihívás:

Hogyha azt látom, hogy rossz úton akar menni, én azon nagyon fel tudok háborodni. Most volt egy srác, érzelmei lettek az egyik lány fele. Nem tudunk mit csinálni, nem mondhatjuk, hogy ne legyél szerelmes. Ki vagyok én, hogy beleszóljak? Egyet kérek, az őszinteséget, és a ház szabályát betartani. Ha nem lehetek ketten, nem tudom mi lesz, de elmondom a tapasztalatomat. Kérdezem ilyenkor, hogy nem menekülésről van szó? Egész életemben anyagoztál, itt kényelmesebb az egész, nem kell

felvállalnod magad, hiszen itt bentől ismer téged, biztos, hogy két szenvedélybetegből kell lenni egy párnak? Vagy elfogadja... Még a fűtás rendszerben vannak, de nem bonyolódtak össze. Tartják magukat. Nehéz dolgok ezek felnőtt embereknél. Volt olyan, amikor azt mondta, hogy megbántottál. Mondtam, hogy nem akartalak megbántani. Rosszul élte meg. Megbeszéljük.

Ha személyre nézem, akkor olyan srácokkal, akik csak úgy eljönnek ide, akik nem adják fel magukat, nem tudnak ránézni arra, hogy ők betegek, nincsenek belátással a szabályrendszerekre.

A „dizájner drogok” nehéz helyzet elé állítják a tapasztalt szakembereket is: korábbi tapasztalataikat csak részben tudják hasznosítani. Ezek a kliensek nehezebben érhetőek el (ha elérhetőek), és annak ellenére kevés kapaszkodójuk van az életben (mi az érték számukra?), hogy a mélypontot rendszerint nem érik el a terápiába kerüléskor, de ettől még komoly veszélyben, akár életveszélyben vannak:

Jelzés értékű volt, hogy akart... láttam, hogy nagyon befordult. Nagyon nem beszélt senkivel. Meg csinálta, amit mondtunk neki, de nem lehetett beszélgetni vele. Odaült a tűzrakó helyhez, de nem akart velem beszélni. De láttam rajta, hogy nem lehet vele beszélgetni. De a feladatait megcsinálta. Nem vádолоm magam, mert akkor ő már kész tervvel rendelkezett. A harmadikról ugrott le. De nem mutatta ki a szervezete a drogot. De lehet, hogy volt benne valami dizájner drog.

(...) ő már egyszer elment. Nem tudom. Bennem az van, hogy ő nem akart. A dizájner drogok olyan elmeállapotot okoznak, hogy nem tud magáról az illető. Amikor én elkezdtem használni, az az időszak volt, amikor a rendőrségnek, a szakmának, senkinek lövése nem volt arról, hogy mi ez a kábítószer. (...) én az a generáció vagyok, akivel nem tudtak mit kezdeni.

Ezek a szerek most már túl intenzívek. Ezekkel a dizájner drogokkal megérkeznek, és még 4 hónapig elérhetetlenek. Ezek... mondjuk úgy, hogy ezek a srácok nagyon sok mindent akarnak, tényleg a csúcsokat... csak a NIKE, vagy csak a top cuccok. Semmiféle szakképzettsége nincsen, funkcionálisan analfabéta, de ő nem megy el 200.000Ft-ért dolgozni sehova. Irreális elvárásaik vannak. A lehetőségeik és vágyaik annyira távol vannak egymástól, és annyira áthidalhatatlan, és képesek mindenre. Ha kell, akkor ledöf bárkit. (...) Ha itt lennél egy hétig, abszolút látnád. Azok a srácok nem tudnak beszélni. Nem képes felismerni, megfogalmazni a saját érzéseit. Nem tud kommunikálni. Nem lehet rábízni semmit. Sokszor focizni

se akarnak. Elvannak magukban. Felmennek aludni, befele fordulnak. Részt venni nem tudnak a csoport életében. Mondok valamit például. Ha egy srác megkapja, hogy csütörtökönként le kell vinnie a kukát, és délután felhozni. Ha csütörtökön 3-4-szer mondják neki, akkor se viszi le. Lehet, hogy meg is ígéri, de elfordul, és már nincs is ott. Erre mondják, hogy térben és időben nem orientált.

Ezekről a srácokról mondjuk, hogy elvannak. Tompa, stagnáló dolog. Most nyár van. Ilyenkor szervezünk egy hetes bringatúrát, jövő héten meg kenutúrát. Mikor elkezdi beszélni erről a srácokról, akkor háromféle vélemény van. Valaki lelkes, horgászni fog, a másik meg mondja, hogy ő szét fogja törni a kenut egy husággal, utálok a szúnyogokat stb. Ezekkel lehet dolgozni. De akit rohadatul nem érdekel, csak így van, mint egy növény, na, azon látszik, hogy érzelmileg egy ilyen meg se mozgatja, nem érdekl. Berakjuk a mikrobuszba, egy hétig elunatkozik, ül törökülésben, nem zavarja, ha esik az eső, ha tűz a nap. Mindegy neki, hogy parton ül vagy a csónakban. Megtörténnek vele a dolgok, de sose derül ki, hogy utálja, vagy szereti valójában. (...) Azt fogja mondani, hogy tudja, hogy zombi volt. Én hetente találkozom a srácokkal, és valamikor jót röhögünk, hogy ő zombi volt az első hónapokban. Vele megtörténnek a dolgok, és később vissza tudnak emlékezni, de akkor tompán éli át. Nem is tudom, hogy átéli-e.

7. A család, párkapcsolat szerepe

A családi működés zavarai egységes magyarázatként bukkannak fel (akár a többi, kliensekkel, alumni csoportokkal készült interjúban). E zavarok kezelésére nincs mindig lehetőség:

Azt kell, mondjuk akkor, hogy... akkor az ellenkezője az igaz, hogy a család lesz a visszaesés legnagyobb kockázata. Akkor azt szoktuk mondani, hogy ha Debrecenbe laktál, akkor költözzél Kőszegre. Ez viszonylag gyorsan kiderül.

I: Szerinted mi tette ezt, milyen hatások tették ezt a fiatalokkal? [A dizájner-probléma elterjedtsége kapcsán.]

A: Szerintem alapvetően a család. Én nem szeretném másra nyomatni a történetet. Ha szétnézel a házban, főleg fiúk vannak. 95%-ban nincs apjuk. Vagy viszonylag fiatal korban elváltak a szülei. Vagy ha nem váltak el, akkor az apa elérhetetlen érzelmileg.

I: Mi változtatta meg ennire a családokat?

A: Ferge Zsuzsát kellene erről megkérdezni. Nem tudom. Azt gondolom, hogy ez egy átmenet a szocialista rendszerből a kapitalista rendszerbe, hogy nagyon sokan jönnek fel vidékről a városba, ez a mobilitás. Én azt feltételezem, hogy anyáink generációja, van egy használhatatlan tudás.

8. A társadalmi háttér: társadalmi problémák, kirekesztés

Ez az a kérdéskör, amely az intézmények felelősségén már túlmutat. Van-e hová integrálódni? Az alumni interjúkban a rehabilitációs intézmény egyesek számára mint lehetséges élettér jelenik meg, hiszen az ott megtapasztalt, megélt értékrend sok szempontból vonzóbb, mint a makrotársadalom anómiás, gyakran hiteltelen és túlságosan pénzközpontú világa.

Van olyan szitu, amikor... eszembe jut egy régi történet. Van egy olyan élményem, mikor irgalmatlan hosszú a szenvedélybetegséggel töltött idő (pl. 15 éve heroinfogyasztó), akkor baromi nehéz a gyógyítás. Az elmúlt 20 év, az előző rendszer, a rendszerváltás, ez az új... aki mondjuk a 90-es évek közepén már anyagozott, és 10-15 évet így kőkeményen heroinozott, annak ez a mostani felgyorsult, teljesítményorientált, mindenki pótolható típusú világ... sokszor nem tudják már felvenni a versenyt. Nincs eladható piacképes tudása, nincsen lakása, nincsenek már normál emberi kapcsolatai, kimaradt neki az a 15 év, plusz még talán az is, ami előtte volt. Ezek nagyon nehezen tudnak regenerálódni. Akiknek az elmúlt 20 évben nem volt munkaélménye, nagyon nehezen megy el egy felvételi beszélgetésre, ahol sok emberrel kellene versenyeznie.

A társadalomnak egy-egy szeletkéje. Akár a gyülekezetek. Még ott is azt látom, hogy megvannak a maguk kis körei, ott várják a középosztályt, a polgári réteget, akikkel közösen gondolkodnak, és letről nagyon nehezen eresztenek be emberkéket. Még a gyülekezetekben is van egyfajta zártság. A vállalkozói szféra esélytelen, hogy felszívjon innen ilyen típusú srácokat. Aki túl sok időt töltött el, vagy aki régen nagyon elrontott szocializáció után érkezett ide... A másik réteg meg ez a nagyon fiatal. Akiknek meg azt látom, hogy minden mindegy. Vannak a vágyaik, de ha kell, akkor szurkál érte, vagy szétüt bárkit. Mögöttük meg nem a gerincük hiányzik, hanem semmi fajta identitást, értéket nem tart magának fontosnak.

9. Élethosszig tartó fejlődés

Segítő és kliens számára egy mozzanat biztosan közös: ez a terápiás forma megkívánja a folyamatos és együttes fejlődést. Ebben az intenzív folyamatban a segítőnek is fontos, hogy külső forrásokra (szupervízióra, képzésekre) támaszkodhasson. A személyes élet és a terápiás lét közötti határokat nem lehet élesre meghúzni, hiszen szociális tanulás zajlik, jórészt a napi élet tevékenységein keresztül – az intézmény ugyan viszonylag „zárt”, de a személyes határok így folyamatosan nyitottabbak, a kliens számos élethelyzetben tapasztalja meg terapeutája válaszait, reakcióit. A kialakuló helyzeteket mind a normi, mind a felépülő segítő saját fejlődésük szempontjából is mérlegelik.

I: Nálatok a terápiás intézetekben, ha a segítő azt mondja, hogy szomorú attól, ami történik, és tartósan szomorú lesz, hogy beszélitek meg, mi történik, mit csináltok?

A: Én ezt így hagyni szoktam, hogy hasson. A segítő munkámban nekem hozzá tartozik a gyászfolyamat is. Akár sikeres, akár sikertelen folyamatnak. Ha valaki sikeresen elmegy, akkor annak a küzdelemnek a végén is szarul is vagyok, hogy véget ér a kapcsolatunk. Akár támaszkodni tudtam rá, csoportos helyzetekben. A szupervízió ott van a tartós szomorúságra. Én élek is a szupervízióval. Önreflexió fejlesztése. Szoktam is használni a szupervíziót. Felelőtlenység lenne, ha folyamatosan szomorúan mennék dolgozni. Hogyan tudnám a klienseimnek azt mondani, hogy tőlem kérjenek segítséget, ha én szomorú lennék. De a magánéletem is meghatározza, hogy hogyan vagyok a munkában, volt, hogy meghalt egy hozzátartozóm, és szomorú voltam, de tudtam, hogy ez az élethelyzetnek a szomorúsága, nem a kiégés, vagy bármi más.

(...) hangsúlyoznám, hogy az önmagunkkal való foglalkozás nagyon fontos a segítőknél. Szupervízió például. Meg azt a fajta nyitottságot, hogy tanulás nélkül ez nem megy, életfogytig tartó tanulás kell a munkához.

Én azzal tudok segíteni, hogy próbálom visszaadni, amit én a józansággal kaptam.

Sok tréningre mentem. Az elején én mindenre mentem, mert az nagyon sokat adott, hogy megismerjem, hogyan működik a függő ember. Mik azok a segítő technikák, mert én nem vagyok függő. Amikor megkaptam egy srácot, hogy a mentora legyek, hogyan tudok én neki segíteni, hisz nem voltam függő? Ezt sok srác mondta nekem. Ez is egy tanulási folyamat része volt.

De én meg tudtam mutatni nekik, hogy hogyan tudok én élni, függőség nélkül.

Összegzés

Az általunk vizsgált intézményekben a szerhasználati zavar egy korábbi, a függőség és a használat differenciálására épülő modell szerint gondolkodnak. A terápiás változást másodfokú változásként, egyfajta újjászületésként tartják számon, amely illeszkedik az egyházi intézmények megtérésről való gondolkodásához és a tizenkét lépéses csoportok felfogásához is. A szerhasználati zavart, pontosabban a függőséget pszichoszociális zavarnak tekintik, ahol a kialakulás során döntő szerepe van a családi szocializációnak, és maga a betegség legsúlyosabban a kapcsolati szférát érinti. A felépülést – összhangban a vonatkozó szakirodalmakkal – élethosszig tartó tanulási folyamatnak gondolják: e folyamatnak feltétele, és nem eredménye az absztinencia. A felépülés kulcstényezői: a fokozatos felelősségvállalás, az őszinteség és a hitelesség. A felépülés során különböző – a felelősségvállalás aktuális szintjével összhangba hozható – koherens magyarázatok születnek a betegség okozta megpróbáltatásokra.

Az új pszichoaktív szerhasználók esetében a szerhasználati mintázat eltér, ennek következtében fokozatos kiilleszkedés helyett szinte a kizuhanás történik meg. A megszokott felépülési folyamat is megváltozik, legfőképpen mert a másodfokú változás előzményei hiányozhatnak. E használókra fokozottan igaz Laudet (2007) figyelmeztetése: a recovery (felépülés) legnagyobb problémája, hogy lényegében nem re-, mert nincs hová visszatérni, hanem az életet újra fel kell építeni.

Az interjúkból nyert adatok a továbbiakban segítségünkre voltak egy kérdőíves, nagyobb mintán elvégzett, az itt kibontakozó képet megerősítő vizsgálat megtervezéséhez is.

Irodalom

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- B. Erdős, M., Kelemen, G. & Szijjártó, L. (2015). A terápiás közösségek értékelésének kérdései. A TC-k az egészségtanulás szolgálatában. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 41–75.

- Hänninen, V. (2004). A model of narrative circulation. *Narrative Inquiry*, 14(1), 69–85.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research*. 3rd edition. London: SAGE.
- Denzin, N. (2006). *Sociological methods: A sourcebook*. 5th edition. Chicago: Aldine Transaction.
- Gelencsér, K. (2003). Grounded theory. *Szociológiai Szemle*, 13(1), 143–154.
- Hogard, E. (2007). Using consultative methods to investigate professional-client interaction as an aspect of process evaluation. *American Journal of Evaluation*, 28(3), 304–317.
- Kelemen, G., B. Erdős, M. (2003). The role of reintegration rituals in sobriety: A comparative study on recovery and relapse. *Dynamic Psychiatry*, 36(1), 89–113.
- Kelemen, G., B. Erdős, M., Márk, M., Szijjártó, L., Molnár, D., Mihaldinecz, Cs., Madácsy, J. & Brettner, Zs. (2015). *Rehabilitációs programok értékelő kutatása, mint a projektekben testet öltő jó gyakorlat kulcseleme. Addiktológiai rehabilitációs intézmények értékelő modelljének kidolgozása. (Kézirat.)* Pécs: 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület.
- Kelemen, G., B. Erdős, M. & Madácsy, J. (2007). Voices of sobriety: Exploring the process of recovery through patient testimonials. *Addiction Research & Theory*, 15(2), 127–140.
- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuro-Psychoanalysis*, 5(1), 5–21.
- Laudet A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243–56.
- Madácsy, J. (2013). „A mélypont ünnepéye.” *Az Anonim Alkoholisták Közössége Magyarországon. Doktori értekezés.* Pécs: PTE BTK Interdiszciplináris Doktori Iskola.
- Nagy, Zs. (2015). „...életünk minden megnyilvánulásában.” *Adalékok a felépülés életrendjéhez és értékrendjéhez 12 lépéses programokban józanodó szerfüggők körében. Doktori Értekezés.* Budapest: ELTE TáTK Szociológia Doktori Iskola.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533–544.

- Seltzer, M. & Kelemen, G. (2009). Theoretical reflections on rites of passage in a Hungarian therapeutic community. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 4(3), 178–201.
- Weik, E (2001). Myths in transformation processes. *International Studies of Management and Organization*, 31(2), 9–27.

„A múlt megszépíti az emlékeket.” A másik történet: az életesemények konstruálása a felépülőben lévők hozzátartozóinak perspektívájából

The other story: the construction of life events by recovering persons' family members

MÁRK MÓNIKA & MIHALDINECZ CSABA

Összefoglalás

Jelen írás a terápiás közösségben felépülő függő személyek hozzátartozóinak perspektívájából igyekszik bemutatni a talpraállás folyamatának csomópontjait. A terápiás közösségekben zajló felépülés lényeges eleme a hozzátartozókkal végzett terápiás munka, amelynek célja, hogy nagyobb kontrollt legyenek képesek gyakorolni az életüket uraló addiktív minták felett.

Kulcsszavak: *kodependencia – reparentáció*

Abstract

The aim of this paper is to explore major landmarks of recovery from the perspectives of family members of persons in recovery. Therapeutic work with family members is an important programme component in therapeutic communities, with the aim of increasing control over the addictive patterns which rule their lives.

Keywords: *co-dependency – reparation*

A szociális munkásként Bostonban tevékenykedő Gladys M. Price már az 1940-es években felfigyelt az alkoholisták jellegzetes tüneteket produkáló feleségeire. Az 1970-es években tűnik fel az alkoholológiában az „enabler”, a „jogcímet szolgáltató” kifejezés, amely olyan személyt jelöl, aki folytonos gyámkodásával „lehetőséget teremt” a vele élő alkoholista személy számára, hogy ivását folytathassa. (Kelemen & Erdős, 2005) Margaret Cork (1969) *Az elfelejtett gyermekek* című kötetében alkoholista szülők gyerekeinek érzelmi és viselkedési mintázatait tanulmányozva arra jutott, hogy a többségük csupán „találgatja, hogy mi a normális”. A permanens bizonytalanságban élő gyerekek a normális felnőtt világtól elzárva, a

szégyen, a düh, a félelem, a zavartság és emocionális izoláltság légkörében felnevelkedve számos területen (zárkózottság, elmagányosodás, önvád, önértékelési zavar, pszichoszomatikus zavarok stb.) mutatnak eltérést „normális” társaiktól. Ezeknek a megfigyeléseknek a nyomán fejlődött ki a kodependencia (társfüggőség) fogalma, miszerint az aktív gondoskodás integratív szerepét öltő kodependens személy egy szerfüggő életének kényszeres irányítására tesz kísérletet. Az addikcióhoz azonban nem lehetséges egészséges módon alkalmazkodni.

A jelen kutatás részelemeként, a felépülőben lévők hozzátartozóival készített két interjúban – a különböző hozzátartozói minőségben, társként és gyerekként – átélt tapasztalataikról és élményeikről kérdeztük a válaszadókat. Míg a tudományos, addiktológiai irányadó modellek a medicinális – terápiás, gyógyító – szemléletmódon alapozódnak, addig a terápiás közösségekben (TC) és a spirituális önségítő csoportokban (AA, NA) a felépülés, az életmód és életstílus folyamatos transzformációja a cél. E programok konstraintív alapelvei (tehetetlenség az alkohollal szemben, azt tarthatod meg, amit tovább adsz stb.) nem illeszthetők zökkenőmentesen a medicina „alkalmazott racionalitás” modelljébe. (Kelemen, é.n.) Habár a felvilágosult *self-made man* ideájának megfeleltethető a szerfüggő önnön kontrollja alatt álló droghasználat, a szerhasználatból való felépülés nem nélkülözheti a „mások” támogatását, a megnyugvást és kohéziót adó közösséghez tartozás alapélményét. Minél erősebben működik a szerfüggőben az önsajnálát, önvád, a neheztelés, a követelődzés önkínzó masinériája, annál kevesebb esély marad a „gyógyító” közösséghez tartozásra, hacsak nem egy kodependens társhoz való kapcsolódásra. Az a mechanizmus, amikor a tünetek mentén a „befejezetlen ügyek” újrájátszására mintegy ismételten megteremtődik a kaotikus család viszonyainak, a gyermekkor kapcsolati és hangulati zavarainak felnőttkori „mása”, többé-kevésbé minden pszichológiai eltérés, kór hátterében felfedezhető.

A kodependens gondolkodásmód jellegzetessége a probléma tagadása: *„Én például a családi vonatkozásokban azelőtt nem foglalkoztam ezzel a kérdéssel, mert nagyon mélyen átitatott a családom az alkohollal, tehát az, hogy jelen van az alkohol, az természetes volt nálunk. Így férfiágon, abszolút, ezt nem éreztem soha problémának akkor, hogy így iszik a család.”* Gyermeki perspektívából nézve az egyik szülő hiányára helyeződik a hangsúly: *„Ez nagyon furcsa, mert anyáék elváltak, és nem sok emlékem van a gyerekkoromról egyébként (...). Amíg apa nagyon nem csúszott el, addig azért voltak a láthatások, aztán egyszer csak eltűnt, és akkor nem volt gyerektartás, se képeslap, se láthatás, se semmi... Egyszer*

csak eltűnt, én azt hittem, hogy meghalt, csak anya nem akarja megmondani (...). De én ilyenekre nem nagyon emlékszem, hogy apa piásan. Pedig akkor is ivott, vagy hát a múlt megszepíti az emlékeket, amikor velünk volt.” Másutt pedig a következő hangzik el: „De nagyon sok időnek kellett eltelnie, amíg anya is beszélt ezekről a dolgokról. És most, hogy mondjuk így lehetne nyíltabban beszélni ezekről a dolgokról, nagyon érdekes, mert mind a ketten másképp mesélik a történetet (...). Végül is nem tudom, mert ennyi év távlatából már majdnem mindegy, de azért volt egy nagy adag felelőtlenség benne, az biztos.”

A társfüggő érzelmvilágát a negatív és ambivalens érzelmek dominanciája jellemzi: *„Beszéltünk az alkoholról, arra is emlékszem, hogy így mondtam, vannak problémáid. Nyilván nem volt ezen mit tagadni, de én magamról nem gondoltam, hogy nekem is van problémám, hogy ebben a kapcsolatban bármiféle úton-módon érintett lehetek. De azt tudtam, hogy neki vannak. Így, hogy alkoholizmus, az nem is fordult meg a fejemben, tehát hogy alkoholprobléma, tehát fontos, hogy akkor ezt így problémaként gondoltam.”* A társfüggő magatartását pedig a kényszeres segíteni akarás jellemzi: *„Hát, hogy ő valamit nem jól csinál, és akkor volt egy pár hét, ami eltelt, próbálkozott egy egyéni terápiával, akkor így láttuk, hogy ez nem fog menni. Ami az én részem, hogy nyilván minden ilyen alkalommal éreztem, hogy ez egy reménysugár, hogy hátha most, és nem. És hogy így én egészen a terápiáig nem tudtam, hogy nekem lehetne, kellene segítséget kérnem-kapnom, szóval, hogy lehetne nekem is ebből valami kiutat találnom.”*

Az addikciókkal, de különösen a társfüggő viselkedéssel kapcsolatosan a felépülés folyamatában fordulópontként tekinthetünk a szeretetteljes lefűződés, elkülönülés (detachment) fázisára. A kifejezés ellentmondásossága arra vezethető vissza, hogy amíg kisgyermekkorban a kötődés életfontosságú, addig a fejlődés további szakaszaiban egyenesen „mérgező” hatásúvá válhat. A kötődés kapcsolattá alakulásához azonban a személynek előbb távolabbra kell kerülnie, hogy később ismét közeledhessék. Az addikcióra sok kutató kötődési és kapcsolati problémaként tekint, amelyben egyidejűleg van jelen a kapcsolat iránti vágy és a kapcsolati igények tagadása: *„(...) és akkor egyszer csak ott voltunk már a [felvételi] beszélgetésen. Aztán ami nagyon érdekes volt szintén, arra is emlékszem nagyon, hogy nem is egymás mellé ültünk az asztalnál, pedig mi választhattunk először helyet, hanem ő ült az asztal egyik oldalán, vele szemben pedig én. Én most ezt így utólag úgy értelmezem, hogy szimbolikusan kifejeztem, hogy igaz ugyan, hogy ketten vagyunk, de hát ez a te történeted, a te bizniszed.”*

A „hogyan tartható fenn a viselkedésváltozás” kérdésre a legalapvetőbb válasz a kapcsolati háló megváltoztatása, amely a gyakorlatban az új, a felépülés folyamatában modellül szolgáló személyek megismerését és a régi, negatív hatással lévő személyek elkerülését jelenti. Az önségítő csoportok érzelmi biztonságot nyújtó közegében a közösség tagjai olyan kérdésekre keresik a választ, mint a „mi a szeretetteljes lefűződés szerepe a felépülésben”, „milyen tanulási lehetőséget tartogat számukra a nem-dependens kapcsolatok kialakítása”, „hogyan tanulhatnak a hibáikból”, „miképpen azonosíthatók saját életük kodependens vonásai, valamint a kényszeres segítség és az addikció mintázatai”: *„Nyilván ez az én életem része is, a működésemben, a gondolkodásomban benne van, hogy apa alkoholista. Úgyhogy szerintem ezt el kell fogadni, illetve saját magamat is el kell fogadni, hiszen biztosan vannak dolgok, amiket másképpen reagálnék le vagy oldanék meg, ha mondjuk más lenne a helyzet.”*

A kapcsolati bizalom helyreállítása ugyanakkor idő- és munkaigényes feladat: *„Pont a nővéremmel beszélgettünk erről két-három hónapja, hogy mind a kettőnkben volt egy ilyen érzés, hogy akkor apát védelmezni kell, mert milyen szuper, hogy már nem iszik. De hát nem történhet semmi olyan, amitől visszaesne, tehát fiatalkorunkban a nővéremmel sem beszélünk erről, hanem csak csináltuk mind a ketten. Ezek ilyen meg nem beszélt egyezségek voltak, hogy amik otthon vannak balhék vagy nehézségek, azokról nem beszélünk apával (...). Idén tavasszal volt húsz éve [hogy nem iszik], nehéz húsz évre visszagondolni egyébként, mert közben az ember életében is történik sok minden. Ez egy szál, ami tényleg nagyon fontos. De nem foroghat e körül minden, hogy apát óvni kell, hogy nem szabad neki elmondani dolgokat, hogy nem szabad neki visszajelezni. Tehát ezeknek el kell múlniuk, ez nem normális.”*

A „törődő konfrontáció”, szenvedélybetegek és hozzátartozóik esetében, a megfelelő időzítéssel a kapcsolati fejlődés hatékony eszközének bizonyulhat: *„Soha nem felejttem el, azt hiszem középiskolások voltunk, amikor apa odaadta a szenvedélybetegek felnőtt gyermekeiről szóló kis füzetecskét. És ezzel a mondattal adta oda, hogy odaadom, mert biztos majd érdekelni fog, de hát ez rád nem vonatkozik. És elolvasom, és hát azért én azt azért így nem mondanám, hogy nem vonatkozik.”* A fenti kérdésekre adott produktív válaszok esélyt adhatnak az ún. reparentációra, az újra-felnövésre, arra, hogy a függőség valamely aspektusától érintett személyek immáron saját maguk szüleivé válva legyenek képesek törődni magukkal.

Az elindulás – a probléma új köntösben

A kialakult függőség szinte mindig érinti a vérségi és érzelmi kapcsolatokra épülő családot, ezért a szenvedélybeteg kezelésében a családi rendszer összefüggéseit célszerű figyelemmel kíséreni. A hozzátartozókkal végzett munka célja, hogy a család tagjai nagyobb rálátást és kontrollt nyerjenek az életüket befolyásoló és megpecsételő addiktív minták felett. Az addikciókhoz a választás lehetősége is hozzátartozik, abban a vonatkozásban legalábbis, hogy a szenvedélybeteg folytatja-e vagy abbahagyja inkább a szer használatát, a hozzátartozó pedig képes-e megtörni az akár több generáción át húzódó szenvedélybetegség „átkát”: *„És akkor rögtön már ott hallottam az önsegítésről, meg hogy vannak a hozzátartozóknak is csoportok (...). Valami olyasmi lehetett a fejemben, hogy valamit megtanulunk ott, amit majd később a kapcsolatban használhatok, tehát nem az volt bennem, hogy velem mi van és mi az én részem a dologban, vagy hogy hogyan kerültem én egyáltalán ebbe a helyzetbe. Hanem hogy ott majd valamilyen praktikus tanácsot kapok, mint egy óramű, hogy megszerelik, ami elromlott.”* Egy másik megkérdezett így emlékszik vissza a felépülés kezdeteire: *„És akkor egyszer, ez viszont egy nagyon élénk emlékkép, hogy apa húga telefonált, hogy apa rehabon van (...). 12 éves voltam, ha jól emlékszem, tehát még általános iskolás, és [a rehabilitáción] ültünk az udvaron, apa egy farönkön, a tesómmal mi ketten egy-egy lábán, és akkor így mondta, hogy itt olyan emberek vannak, akik alkoholt és drogokat használtak. De még akkor sem állt össze úgy gyerekfejjel igazán a kép, hogy ez ő is. Tudod, hogy ő is az, csak még valahogy nem rakod össze.”*

A függőséggel, felépüléssel kapcsolatos elképzelések az új tapasztalatok következtében módosulnak. Az alkoholizmussal kapcsolatos modellek az elmúlt száz év során jelentősen átalakultak, és a dominánssá váló betegségmodell jótékony hatásaként az alkoholisták stigmatizációja is csökkent. Az addikciók betegségként való értelmezése mellett nem annyira tudományos, mint gyakorlati érvek szólnak: kezelésükben terápiás módszerek sora bizonyul hatékonynak. Az alkoholizmussal kapcsolatos közgondolkodásban mindemellett – „teleszkopikus” módon egymásra rétegződve – a „hagyományos” és „tudományos” elképzelések egyidejűleg jelen vannak (moralizáló, kriminalizáló, patologizáló stb.): *„Akkor volt az első hozzátartozói csoport, és hát hülyén hangzik, az ilyen megdöbbenő élményem, amikor megszólalt a párom, és azt mondta, hogy X vagyok, alkoholista... És tök furcsa volt, pedig tudtam, hogy egy rehab helyen vagyok, tudtam, hogy hogyan került oda, láttam, hogy milyen állapotban*

volt az utolsó időkben, na és amikor kimondta ezt a szót, hogy alkoholista, akkor megdöbbsentem.” Egy másik beszélgetésben pedig ez hangzik el: „Az első gondolatom az volt, amikor mondtad, hogy definiáljam magam, akkor eszembe jutott ez, hogy E. vagyok, egy alkoholista lánya, hogy nekem ezzel voltak mindig problémáim, mert úgy fogalmaztam, hogy E. vagyok, akinek az apukája iszik. Mert nem én vagyok egy alkoholista lánya, hanem tőlem függetlenül az apa egy alkoholista, de hogy így most már nem okoz problémát ezt így kimondani, hogy alkoholista lánya vagyok, mást jelent egyébként. Akkor nagyon küzdöttem ellene, vele, meg minden problémám volt.”

A szégyen, bűntudat, az önmaga hibáztatása jellegzetes vonásai mind a függő, mind a társfüggő személynek: *„Elvileg ugye a szakmám meg a tanulmányaim során kellett volna, hogy tudjam, nekem is lehet segítséget kérnem, meg hogy egyébként ez a folyamat hogyan megy le, meg hogy egyébként egy ilyen nagy tagadás-maszlagban vagyok. Hogy mekkora kivárásokkal voltam ez ügyben, és hogy ez így nem volt elég ahhoz, hogy már a kapcsolatunk elején szembesüljek vele, hogy ő már nem egy kezdő alkoholista, és hogy úristen, hogy nem vettem ezt én észre, pedig még a szakmámból is tudnom kellett volna ezt. Szóval ez most egy plusz szégyen volt, amit nehéz volt akkor kezelni. Egy plusz nehézség.”*

A problémával kapcsolatos felfogás fokozatosan átalakul: *„A betegségről (...) az talán meggyőződött, de nem tudnám ezt egy pillanathoz kötni, hogy ez hogyan fordult át vagy hogyan nem, de hogy azt gondolom, hogy betegség, mert van rá egy ilyen kezelési mód, tehát nem fog meggyógyulni, de hogy mégiscsak van egy olyan mód, amivel tünetmentesnek lehet maradni. Vagy pedig így a saját vonatkozásomban, amit az én életemben okozott az alkohol, arra is van egy olyan mód, vagy több olyan mód, amivel ezt lehet valamilyen szinten karbantartani vagy kezelni.”*

A sorstársak, kortársak modellhatása és hitelessége a felépülés szolgálatába állítható hatóerők. A csoporthoz tartozás történhet különösebb „hezitálás”, zökkenők nélkül, de lehetséges többszöri nekirugaszkodással is. A csoporthoz kapcsolódást megkönnyítheti egyfajta krízisszerű, sajátos lelkiállapot fennállása: *„Akkor nagyon intenzíven tudtam a magam útját járni. Bennem az az egy év az úgy él, hogy nagyon gyorsan összeszedtem a bátorságom és elmentem az önsegítő csoportra, még az első hónapban én is. És hogy így megragadtam, és nagyon hamar tudatosult bennem, hogy ez a program nem a kettőnkéről szól, tehát nem azért kell oda járnom vagy járok oda, hogy valami receptet fogok a kapcsolatunkra tanulni, hanem van egy csomó olyan dolog, amivel nem*

foglalkoztam a saját életemben, vagy foglalkoztam ugyan, de valami más nézőpontból (...). Valahogyan berobbant ez az önsegítő vonal és nagyon sok energiámat elvitte. Ugyan hetente egyszer volt gyűlés, de ez az új nézőpont, amiből ránéztem az életemre, sok energiámat emésztette fel, de nagyon fel is töltött.” Egy másik interjúalany eltérő utat járt be: *„Hát nem ennyire tudatosan, tehát nem járok önsegítő csoportba, de jártam terápiába, többfélebe is. Jártam pszichológushoz, meg a szupervíziónak is volt olyan része, ami abszolút rólam, meg a múltamról szólt. Úgyhogy biztosan ezek is benne vannak, vannak dolgok, mikről tudom, hogy összefüggésben vannak az életemben azzal, hogy apa iszik. Néha még a szakmaválasztás is, szoktam ezen gondolkodni, hogy vajon ez azért van-e? Tudatosan azt mondanám, hogy nem, de érzés szinten elképzelhető, hogy benne van (...). Szóval [a testvéremmel] mindkettőnkben van egy ilyen, hogy [apa] most józan életet él, akárhogyan is él, akárhogyan is működik, nem mindennel értünk egyet, de jó, hogy jelen tud lenni az életünkben.”*

A hiba kijavítása – lépésről lépésre

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a hiba, az addikció javítható, az addikciókból történő felépülés lehetséges. A közös élettörténet újraírásához segíthetnek hozzá a szenvedélybetegek és hozzátartozóik által alakított csoportok. A felépülés paralel folyamatát katalizálhatja egy közös „programnyelven” íródott alternatív forгатókönyv kialakítása: *„Hát egy nyelvet beszéltünk, és a mai napig, egy nagy összeolvadását a kettőnk programjának, azt nem mondanám. De az alap az iszonyat nagy érték, hogy félszavakból meg tudjuk érteni egymást, tehát ez az elejétől kezdve így van. Meg az, hogy nyilván a felépülésben az egy alapérték volt, a józanság, hogy akkor tök mindegy, hogy milyen gáz történik veled vagy velünk, de a mai nap is eltelt tisztán. Ez egy egyetemes alapérték volt, aztán a felépülés előrehaladásával nyilván változnak a szintek, de hát ez egy jó alap.”* A hozzátartozók önsegítő csoportjai kiemelt jelentőségűek az önmaguk és környezetük kedvező változásának, egy konstruktív jövőképvíziójának kialakításában.

Az identikus csoporttagság kialakulása hosszabb időt igényelhet, és a fejlődési folyamatban a kollektív identitás szerepe és hangsúlya időről időre változhat: *„Ez [a közösség] az elején nagyon fontos volt. Egyrészt mire elköltöztünk, addigra nekem is voltak programbeli kapcsolataim, társaimmal, és azért hozzátartozói csoporton láttam, hogy Z. kikkel épül, kikkel végzett egyszerre. Velük nekem is volt valamilyen kapcsolatam,*

jöttek is hozzánk, meg gyűléseken is találkoztak. És most is sok ilyen barátunk van, felépülő függők. Nekem a saját programomban a gyűlések, a találkozók, ezek ráadásul nagyon régóta úgy mennek, hogy mind az AA-nak, mind az Al-Anon-nak egyszerre van. Ezek nemcsak ilyen programbeli, hanem baráti összejövetelek is.”

A törődő kapcsolatokban a gondoskodás készsége is új értelmet nyerhet, a bántó, önmarcangoló gondolatok „kívülre helyezése” lehetőséget ad arra, hogy a hozzátartozók új perspektívából tekinthessenek helyzetükre. A követelőző attitűdöt a hála érzése válthatja fel: *„Amikor elkezdődött számomra a saját felépülési folyamatom, az egybeesett a férjemével is. Nyilván én inkább az önsegítésben, akkor ezek ilyen nagy felismeréseknek számítottak, a felismerés mellé pedig a szégyen megint, hogy akkor most ennyire hülye vagyok, hogy ennyi évig így éltem, hogy rá se láttam a dolgokra. Így volt ez a folyamat, aztán nyilván ennek egyszer így vége lett, hogy hogyan is volt a családban, amiért nagyon hálás vagyok, hogy akkor így megláttam, hogy hogyan működöm.”* A felépülés korántsem „fájdalommentes” folyamat, de a másokért és saját magunkért vállalt felesleges szenvedés romboló: *„Én gondolkodtam már ezen, hogyha apa visszaesne, akkor nekem nem lenne dolgom őt megmenteni. Tehát akkor azt magának kellene megoldania.”* A felelősségvállalás mértéke optimalizálható, beleértve a kapcsolati kontrollt is: *„Most minden héten felhív telefonon, ha véletlenül kimarad egy hét, akkor tuti, hogy utána jelentkezik. Bejön, meglátogat, most számomra ideális a kapcsolatunk. És érdeklődő, hogy próbál segíteni, amiben tud. De nincsenek nagy kilengések, hogy mindenáron mindent, hogy helyre vannak állítva talán a határok. Meg abszolút felnőtt–felnőtt viszonyban vagyunk, ezt is így bírom benne, hogy sosem helyez gyerekszerepbe.”*

Az AA-ban és NA-ban erős a gátló attitűd a szerhasználattal kapcsolatosan, a tagok számára ez a gyakorlatban a régi életmód, régi társak elutasítását jelenti: *„Elfelejttem néha, és megkínálom mondjuk konyakos meggyel, és akkor azt mondja, hogy köszöni, de ha ezt megeszi, akkor eladja a porszívómat és elmegegy inni. Tehát van benne egy ilyen tudatosság is, hogy még a konyakos meggy se, mert akkor annak olyan következményei lesznek. Hogy akár még a mi kapcsolatunk is megszakad. Ami valószínűleg így lenne.”* A hangsúly a „szenvedélybeteg” identitásról a „felépülő szenvedélybeteg” identitásra helyeződik: *„Még tavaly páran a programból elkezdünk egy speciális formát, amit csak hallottuk, hogy létezik, a lépéscsoport ez. Nem előre meghirdetett, nyilvános dolog, hanem szimpátia alapján összeálltunk öten, és úgy dolgozunk a lépéseken, kéthetente.”*

A felépülés mibenlétéről, az „élethosszig” tartó programban való benntartás mikéntjéről eltérően vélekednek az interjúalanyok: „Amikor úgy gondoltam, hogy a program minden eszközét kimerítettem, de akkor mindig jön valami újabb lépés, én úgy élem ezt meg. Más végignézni ezen a folyamaton, mert már tényleg nagyon sok mindent hallottam, de megvalósítani az életemben akkoriban azért még nem sok mindent tudtam.” Továbbá: „A világhoz való hozzáállásunknak mindkettőnk esetében változnia kellett. Magamról tudnám inkább elmondani, például én nagyon határozott elképzelésekkel rendelkeztem arról, hogy hogyan kellene működni a dolgoknak. És elég sok indulat tudott bennem keletkezni, meg csalódás, ha nem így volt. De nagyon kicsi dolgokkal kapcsolatban is, például őrjöngtem, ha késett a vonat egy órát, miért mindig akkor, amikor én rajta vagyok, apró példa. De ilyenek most már nem okoznak ekkora problémát, nem én vagyok a világ közepe, nem feltétlenül úgy történnek a dolgok, ahogyan szerintem történniük kellene.” Egy másik nézőpont szerint pedig így alakul a felépülés: „[Apa] nem jár, nagyon ritkán jár gyűlésekre, maximum, amikor a születésnapja van, vagy valahol megosztást tart, vagy ott főtt a [rehabilitációs intézetben] van valami. De hogy én szerintem nem ez tartja őt józanul, és szerintem az AA közösség sem. Az Alumni-t sokkal inkább el tudom képzelni, hogy ő, mint húszéves józan, egyfajta mintát nyújt. Ezt inkább el tudom képzelni, de ő a tizenkét lépésben, maximum valahol a fejében esetleg ismeri ezt, de nem ezt követi, mert nem találja benne a lelket. Azt mondja, akkor jó a 12 lépés, ha lélek található ott és nem csak bölcsekedések. Nem tudom, hogy gondolkodik-e annyit saját magán, mint a tizenkét lépésben az emberek egyébként. És mégis, azt látom, hogy úgy nem szenved hiányt. Sőt, néha azt gondolom, hogy a maga módján teljesebb életet él összességében a társadalomban. Még így is, hogy alkoholistának definiálja saját magát, hiszen az is.”

Irodalom

- Kelemen, G. & B. Erdős, M. (2005). A kodependencia és az enabling viselkedésminták a családban és az iskolában. In B. Erdős M. & Csürke J. (szerk.), *Dialógus a józanságról* (online publikáció). Letöltve 2015. 09. 22-én:
http://szocialismunka.hu/files/tiny_mce/kodependencia.php.pdf
Kelemen, G. (é.n.). *Rehabilitáció és egészség*. Kézirat.

A felépülés főbb dimenziói. Kérdőíves vizsgálat bentlakásos drogterápián részt vett szenvedélybetegek körében

Major dimensions of recovery. Results of a survey conducted among former clients of residential drug therapy programs

MOLNÁR DÁNIEL, SZIJJÁRTÓ LINDA & B. ERDŐS MÁRTA

Összefoglalás

A szerzők korábban bentlakásos drogterápián részt vett szenvedélybetegek felépülésre vonatkozó tapasztalatait mérik fel kérdőíves vizsgálatukban. Elemzésükben elérhetőségi mintán vizsgálják azokat a főbb folyamatokat és eredmény-indikátorokat, amelyek nemzetközi kutatások, valamint a pécsi kutatócsoport kvalitatív vizsgálatának eredményei alapján kerültek azonosításra. Ismertetik a terápiára jellemzőnek tartott és a felépülés szempontjából fontosnak ítélt tényezőket, és ezek kapcsolatát. Bemutatják azokat a dimenziókat, amelyekben a válaszadók a legjelentősebb változásokat érzékelték a bentlakásos terápiát megelőző mélypont időszakához képest.

Kulcsszavak: szerhasználati zavar – értékelés – felépülés folyamata – terápia sikeressége – bentlakásos rehabilitáció – kérdőíves vizsgálat

Abstract

Authors analyze recovery experiences of clients with substance use disorder, who have received treatment in residential programs. The survey was conducted on a convenience sample of recovering persons to underpin major processes and indicators of therapeutic success which have been identified in international evaluation research and in a previous qualitative study by the Pécs research team. Core features of therapy and perceived factors of therapeutic success were analyzed. Dimensions of major transformations are identified, comparing the current states of recovering persons to crisis experiences of „hitting the bottom”.

Keywords: substance use disorder – evaluation – recovery process – therapeutic success – residential treatment – survey

Kérdőíves kutatásunk lebonyolítására a magyarországi drogterápiás intézmények működésének értékelésére kidolgozandó modellt megalapozó kutatás részeként került sor. A vizsgálat elsődleges célja az volt, hogy egy nagyobb mintán végezzük el a megelőző kvalitatív vizsgálatok nyomán kibontakozó összefüggések tesztelését, egyúttal kiegészítő szempontokat határozzunk meg az értékelő modell kidolgozásához.

Kutatói kérdések

A megelőző szakirodalmi forrásfeldolgozás és a kvalitatív adatfelvétel eredményei alapján hat további kutatói kérdést fogalmaztunk meg. A kérdőíves vizsgálat segítségével az alábbi kutatási kérdésekre kerestünk választ:

1. Milyen sajátosságok jellemzik a válaszadók aktív szerhasználatának időszakát? Megéltek-e valamilyen mélypontot a bentlakásos terápia megkezdése előtt, és ha igen, mi volt az?
2. Milyen területeken került sor változásra a bentlakásos terápia előtti és az azt követő időszakban? Miként változtak a válaszadók lakhatási körülményei és büntetőügyei?
3. Milyen tényezők jellemzik a felépülés folyamatát? Voltak-e olyan tényezők a bentlakásos terápia folyamatában, amelyek akadályozták a felépülést?
4. Milyen összefüggés figyelhető meg az általunk vizsgált – korábbi értékelő kutatásokra alapozott (Burgess & mtsai., 2010; Laudet, 2007) – tényezők közt abban a tekintetben, hogy a válaszadó megítélése szerint mennyire voltak jelen a kezelés során, illetve mennyire ítéli a válaszadó fontosnak őket a felépülés szempontjából? Amennyiben a vizsgált tényezők a válaszadók percepciója alapján jelen voltak a kezelés során és a felépülés szempontjából is jelentősnek tartják őket, ez fontos „tapasztalati szakértői” szempontként szolgálhat számunkra az értékelő modell kialakításához.
5. Milyen, a kezelés folyamatában megragadható tényezőkkel mutat együttjárást az, hogy a válaszadó megítélése szerint a kezelés során milyen mértékben volt jelen, hogy a) *segítséget kapott ahhoz, hogy a további életét megtervezze*, illetve b) *érezte, hogy jobb emberré vált a kezelés során*. Másfelől milyen, a kezelés folyamatában

megragadható tényezőkkel mutat együttjárást az, hogy a válaszadó megítélése szerint mennyire fontos a felépülés szempontjából, hogy a) *segítséget kapott ahhoz, hogy a további életét megtervezze* és b) *érezte, hogy jobb emberré vált a kezelés során*. (Laudet, 2007)

6. A megélt életminőség milyen mértékben változott a válaszadók által legsúlyosabbnak ítélt és a kérdőív kitöltésekor megélt időszak között? Célkitűzésünk az volt, hogy választ tudjunk adni arra a kérdésre, a kezelést követően történt-e változás (javulás vagy romlás) az általunk vizsgálni kívánt tényezők esetében.

Módszertan

A kutatás mintája

A kutatásban 81 fő (76 fő férfi, 5 fő nő) vett részt. Életkoruk 21 és 61 év közötti (átlagos életkor: 40,1 év, szórás: 8 év). A vizsgálati személyek a komlói, a magyarózd, a ráckeresztúri és a zsbriki drogterápiás intézmények esetében a terápiás programot befejező terápiások, illetve az alumni közösség tagjai voltak. A kutatásban való részvételre a válaszadók önként jelentkeztek.

A kutatás mérőeszköze

A kérdőíves adatfelvétel mérőeszközét (5. melléklet) a megelőző szakirodalmi forrásfeldolgozás és a kvalitatív adatgyűjtés tapasztalatai alapján állítottuk össze (ld. e lapszám tanulmányait). A kérdőív 27 kérdést és egyéb itemet tartalmaz, amelyek közt nyitott és zárt kérdések is találhatóak. A mérőeszközt két formátumban, papíralapú és online kérdőívként készítettük el. A két változat az eltérő technikai lehetőségek miatt kismértékben eltért egymástól, de a változók összetétele szempontjából ezek a különbségek nem relevánsak.

Az adatfelvétel folyamata

A kérdőív első változatának kialakítását követően próbakérdezést bonyolítottunk 5 fő, a célcsoportba tartozó válaszadó részvételével. A próbakérdezés célja az volt, hogy meg tudjuk határozni a válaszadás

időtartamát, tesztelni tudjuk a kérdőív értehetőségére és áttekinthetőségére vonatkozó kérdéseinket, továbbá, hogy információt kapjunk arra vonatkozóan, van-e elegendő hely a nyitott kérdések megválaszolásához, van-e a kérdőívől esetlegesen hiányzó kérdés, illetve szükség van-e további instrukciókra.

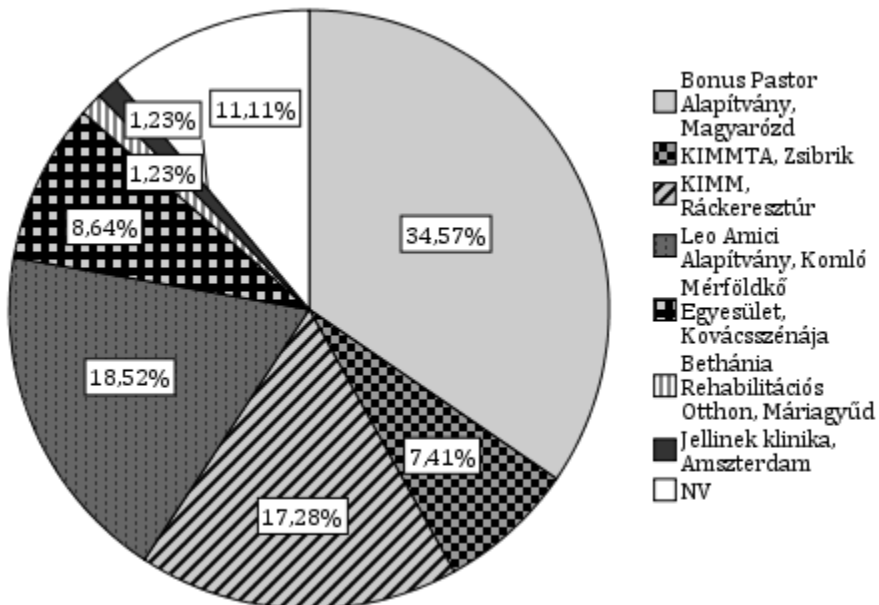
Tekintettel a tervezett adatgyűjtési eljárásra, a papíralapú és a digitális változat működőképességét is vizsgáltuk. A visszajelzések alapján az alábbi módosításokra került sor:

1. A kérdőívől kihagytuk a *megcsúszásra* irányuló kérdést, mivel azt többen határozottan visszaesésként, annak egy típusaként értelmezték.
2. Bővítettük a kérdőívet egy olyan kérdéssel, ami arra irányul, hogy milyen hatás játszott szerepet a bentlakásos rehabilitáció elkezdésében, amennyiben a válaszadó életében előzetesen nem volt mélypont.
3. Az online kérdőív mobilplatformokra optimalizált változatában kérdések helyett – a számítógépes böngészőkhöz készített változathoz hasonlóan – kérdéscsoportokra bontva tettük elérhetővé a mérőeszközt. Erre a módosításra azért volt szükség, mert a válaszadók egy része szükségét érezte annak, hogy a több válasza is rákérdező kérdések (pl. egyéb fogyasztott drogok típusai) kitöltésekor lássa az előzőleg beírt válaszokat.
4. Néhány esetben átfogalmaztunk bizonyos kérdéseket és állításokat, hogy azok jelentése egyértelműbb legyen.

A kérdőív véglegesítését követően a kérdőívet a komlói, a magyarózdai, a ráckeresztúri és a zsbriki drogterápiás intézmények kapcsolattartó munkatársainak küldtük el, azt kérve, hogy továbbítsák azokat a programot befejező terápiások, illetve az alumni közösség tagjai számára. Az adatfelvételi időszakra 2015. augusztus 6. és szeptember 6. között került sor.

A közel 100 visszaérkezett kérdőív, illetve online válaszadás alapján kialakított adatbázisból kiszűrtük az 50%-nál alacsonyabb kitöltöttségű kérdőíveket. Az elemzés alapjául az így kialakult 81 fős elemszámú minta szolgál. A minta nem reprezentatív, a megállapítások a válaszadó 81 főre vonatkoznak.

1. ábra: A válaszadók meghatározó bentlakásos drogterápiájának színterei



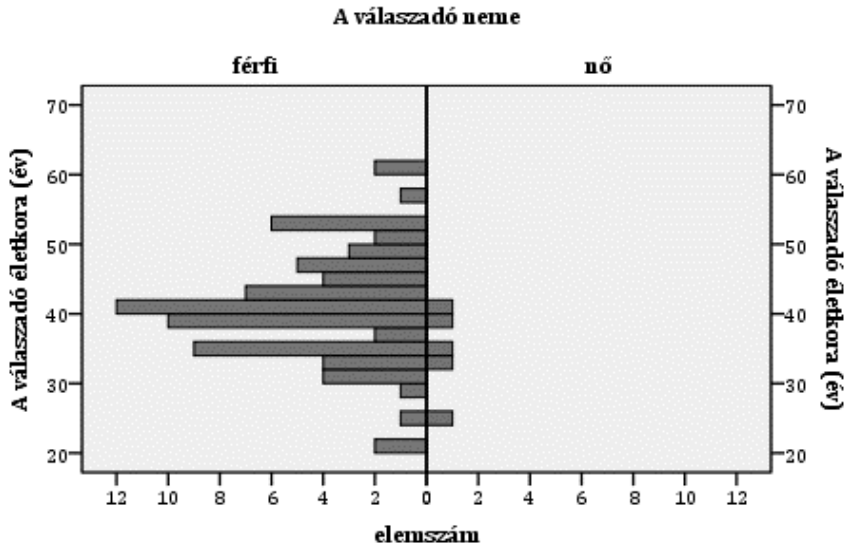
A válaszadók körében a legnagyobb arányban a Bonus Pastor Alapítvány magyarózdai terápiás intézményében felépülő józanodók képviseltetik magukat, összesen 28 fő. A komlói Leo Amici Alapítvány programjában 15 fő, a Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió ráckeresztúri programjában 14 fő vett részt. A Mérföldkő Egyesületet 7, a KIMMTA zsbriki intézményét 6 fő képviseli a mintában. 1-1 fő Máriagyűdön, illetve Amszterdamban vett rész bentlakásos drogterápiás programban, 9 fő pedig nem válaszolt az erre irányuló kérdésre.

Eredmények bemutatása

A minta szocio-demográfiai jellemzői

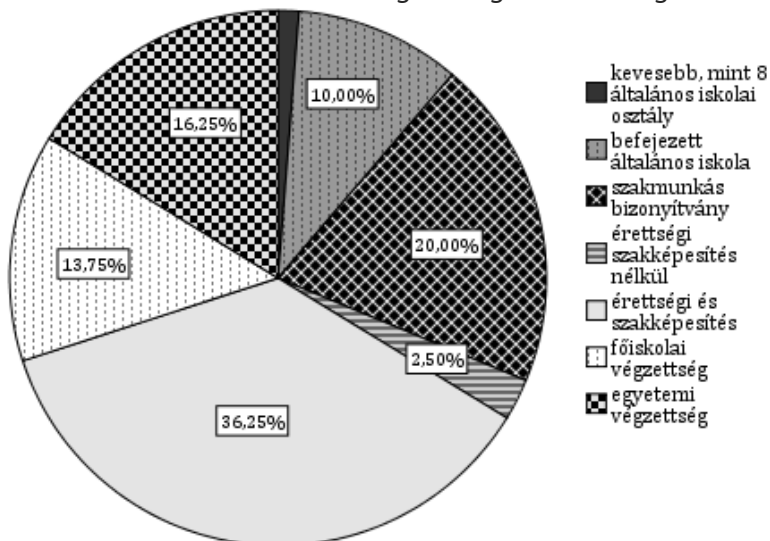
A mintában szereplő 81 válaszadó közül 76 fő férfi, 5 fő nő. Átlagos életkoruk 40,1 év, 8 évnyi szórás mellett.

2. ábra: A minta nem és életkor szerinti megoszlása



A válaszadók közül egy fő nem választott a legmagasabb iskolai végzettségre irányuló kérdésre. A többi válaszadó körében a legjellemzőbb iskolai végzettség az érettségi és a szakképesítés volt (29 fő). 16 fő rendelkezik szakmunkás bizonyítvánnyal, 13 fő egyetemi diplomával. Főiskolai végzettsége 11 főnek, általános iskolai végzettsége 8 főnek van. A legkisebb arányban a szakképesítés nélküli érettségivel (2 fő) és a 8 általános iskolai osztálynál kevesebbel rendelkezők (1 fő) képviseltették magukat a mintában.

3. ábra: A válaszadók iskolai végzettség szerinti megoszlása

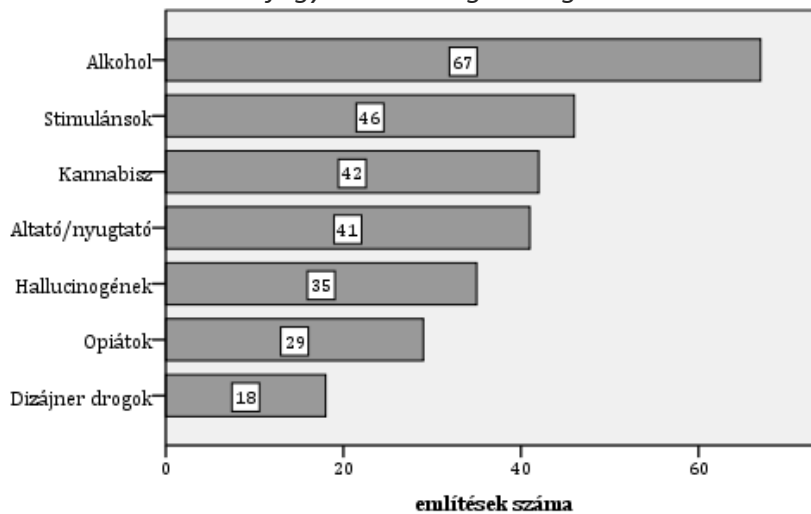


A válaszadók aktív szerhasználati időszakának jellegzetességei

A mintában szereplő személyek közül a válaszadás időpontjában senki sem használt alkoholt, kábítószeret vagy új pszichoaktív anyagot.

A korábban használt drogok köréből a legtöbb említést (67) az alkohol kapta. A sort a stimulánsok (46 említés), a kannabisz (42 említés), az altatók, illetve nyugtatók (41 említés), a hallucinogének (35 említés), az opiátok (29 említés) és a dizájner drogok (18 említés) folytatják.

4. ábra: A korábban fogyasztott drogok megoszlása a mintában



A korábban fogyasztott drog(ok) típusa kapcsolatban van a válaszadók életkorával. Míg az alkohol esetében a korábbi fogyasztók, addig a többi drog esetében a korábban nem fogyasztók az idősebbek. A életkori megoszlás értékeit a 1. táblázat mutatja be, amelyekkel kapcsolatban érdemes felhívni a figyelmet a dizájner drogokkal kapcsolatba kerülő válaszadók fiatalására.

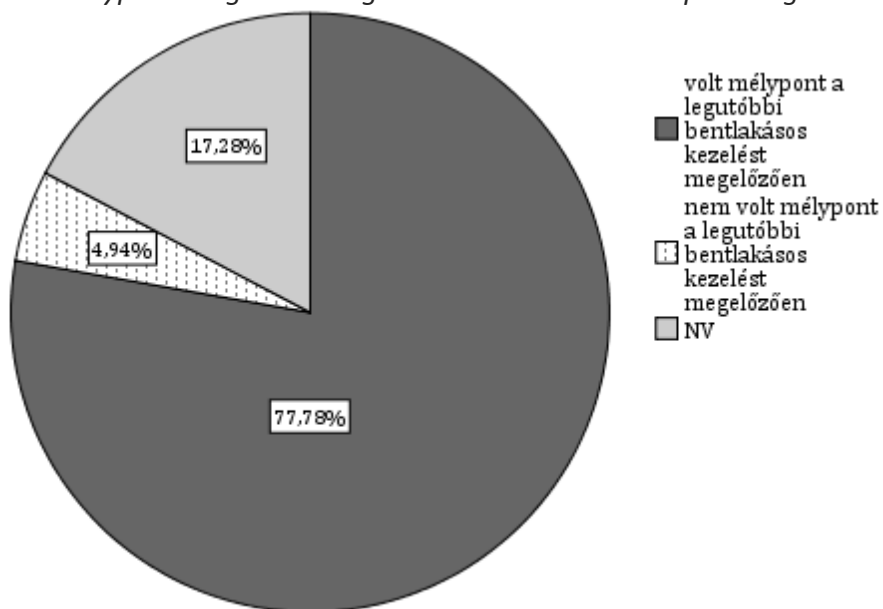
1. táblázat: Adott drogot korábban fogyasztók átlagos életkora

Drog	Azoknak az átlagos életkora...	
	...akik korábban fogyasztották a szert (év)	...akik korábban nem fogyasztották a szert (év)
Alkohol	41	35,86
Stimulánsok	36,52	44,94
Kannabisz	36,62	43,95

Altató/nyugtató	37,68	42,64
Hallucinogének	35,43	43,73
Opiátok	38,72	40,88
Dizájner drogok	31,94	42,47

A teljes mintában 77,78% volt azoknak az aránya, akik a legutóbbi bentlakásos terápiájukat valamilyen mélypont megélését követően kezdték meg (ld. 5. ábra).

5. ábra: Mélypont megélése a legutóbbi bentlakásos terápiát megelőzően



A mélypont mibenlétét az alábbiak szerint azonosították be a válaszadók:

- *Borzasztó.*
- *Kórház, zárt osztály.*
- *Öngyilkossági kísérlet.*
- *Teljes anyagi, érzelmi és erkölcsi csőd.*
- *Az elszigetelődés, az egyedül maradás félelme.*
- *Hallucinálás, remegés, üldözési mánia.*
- *Válás. Alkoholizmus.*
- *Családom elvesztése.*
- *Képtelen voltam normális életmódot folytatni.*
- *Munka nélkül... senki nélkül... Hajléktalan élet.*

- *Gyerekkor.*
- *Teljes fizikai-pszichikai leépülés.*
- *Nem ért már semmit az életem.*
- *Nem akartam alkohol nélkül élni, és azt hittem, nem is tudok. Szociális és anyagi lemerülés.*
- *Munkanélküliség. Kilátástalanság. Úgy éreztem, ha nem változom meg, akkor meghalok.*
- *Család, munkahely elvesztése, depresszió, öngyilkossági kísérlet... stb.*
- *30 kg-ot lefogyva haldoklottam, már nem volt annyi anyag, ami az elvonásomat elvitte volna. Már senki szóba nem állt velem, éheztem stb.*
- *Az agy leépülése és a szervezet káros leépülése.*
- *Ellehetetlenülés.*
- *Életmentő műtét, kivették a lépem, 3 hét intenzív osztályon élet-halál között.*
- *Az otthoni sok vita és veszekedés.*
- *Hajléktalanság és a kézsérülésem.*
- *Rájöttem, nem megy az életem, nem vagyok képes dolgozni, az emberi kapcsolataim már rég megromlottak, lelkiileg és fizikailag leépültem.*
- *Párkapcsolati, és ezzel családi kudarc... Két gyermek édesapja vagyok, és nem nevelhetem fel őket...*
- *Már a szüleim is fanyalogva néztek rám.*
- *Halálfélelem, öngyilkossági vágyak, gondolatok, anyagi, erkölcsi, fizikai, mentális mélypont.*
- *Hajléktalanság, emberi kapcsolatok teljes elvesztése, hiánya, magány, totális leépülés, igénytelenedés, céltalanság.*
- *Munkahelyen epilepszia, már munkára sem vagyok alkalmas, majd élőködés szüleimen, céltalanul, és látva tehetetlenségüket.*
- *Sokkal gyorsabban mélyebbre kerültem. Minden utolért.*
- *Egzisztenciális süllyesztő.*
- *Kilátástalanság, volt még munkám meg lakhatásom, de érzelmileg a poklok poklát jártam meg.*
- *Családi háttér megszűnése.*
- *Nincs tovább.*
- *Kétségbeesetten kerestem a megoldást a függőségemre.*
- *Újabb munkahely elvesztése, és a használatom eredménytelensége (már alig-alig működött, sok volt a szenvedés).*

- *Feleségem kirúgott otthonról, kilátásba helyezte a válást, és hogy sosem élünk már egy családként ő, gyermekünk és én.*
- *Szellemi és fizikai kimerülés, elmagányosodás, öngyilkossági szándék.*
- *Mindennapos rosszulétek, öngyilkosságra való hajlam.*
- *Hajléktalanság, magány, nem jött be a szer.*
- *Teljes elszigeteltség, lopások, magány, teljes zavarodottság.*
- *Halmozódott. Halálesetek, balhék, egy csavarhúzóval rászúrtam valakire önvédelemből (félelemből). Mikor tisztultam, megijedtem, hogy ez akár rosszabbul is elsülhetett volna... Ön- és közveszélyes voltam akkorra. Nem tudtam kontrollálni a viselkedésem. Rabosítottak egy verekedés miatt.*
- *Érzelmi mélypont volt.*
- *Teljes kilátástalanság, napi 24 órás hajsza a drogok után, amik nem töltötték fel a belső űrt jó ideje.*
- *Családom elhagyott, fizikailag és mentálisan is halálközeli állapotba kerültem.*
- *Rájöttem, hogy vége, nincs kiút. Nem maradt bennem emberi érzés, és senyvedni fogok, amíg nyomorúságosan el nem pusztulok.*
- *A lelki mocsok, kilátástalanság, magány, megsemmisülés érzése.*
- *Szellemi és érzelmi mélypont.*
- *Teljes lelki és testi leépülés, „halál”.*
- *Lelki legyengülés.*
- *Testi, lelki leépülés, szégyen.*
- *Elvesztettem a családomat, akiket nagyon szeretek.*
- *Párkapcsolataim működésképtelensége.*
- *Kb. három hónap emlékezetkiesés (majdnem teljes), delírium, epilepszia.*
- *Kristály túladagolása, kapcsolataim elvesztése, önmagam elvesztése.*
- *Lelki kiüresedés, reménytelenség.*
- *Meghalt mellettem a barátom, nem vettem észre, hogy agyvérzést kapott.*
- *Majdnem meghaltam.*
- *Tönkrement a családom, a feleségem eldobott, és az egészségem is igen megromlott.*
- *Hajléktalanság.*
- *Nem tudtam drogot szerezni (elgyengülés).*
- *Összeverték az utcán álmomban.*

A mélypont mibenlétével kapcsolatos válaszokat kategorizálva az alábbi gyakorisági eloszlást kaptuk a minta vonatkozásában:

2. táblázat: A bentlakásos terápiát megelőző mélypont mibenléte

mélypont mibenléte	a válaszok %-ában
komplex leépülés	27,87%
súlyos pszichés problémák	22,95%
családi problémák	19,67%
túladagolás	8,2%
munkanélküliség	4,92%
hajléktalanság	3,28%
egyéb	13,11%

Azok a válaszadók, akik nem valamilyen mélypont hatására kezdték el a terápiát, jellemzően saját belátásukra hivatkoztak. A külső személyes nyomás kettő, az elterelés mindössze egy válaszadó esetében játszott szerepet.

Változások a bentlakásos terápia előtti és az azt követő időszakban

A válaszadók 30,9%-a volt korábban hajléktalan, átlagosan 16,66 hónapig (szórás: 20 hónap). A hajléktalanság idejének szélsőértékei 1 és 70 hónap. Azon vizsgálati személyek közül, akik korábban hajléktalanok voltak, az adatfelvétel idején senki nem volt az, ellenben a válaszadás során a hajléktalanság fennállásáról beszámoló válaszadó a korábbi hajléktalanságot tudakoló kérdésre nemmel válaszolt.

A lakhatási körülmények tekintetében a minta jelentős homogenitást mutat, a válaszadók négyötöde saját otthonban – albérletben, saját tulajdonú ingatlanban vagy szolgálati lakásban – él. 10 válaszadó él félutas házban, és mindössze 1 fő hajléktalan.

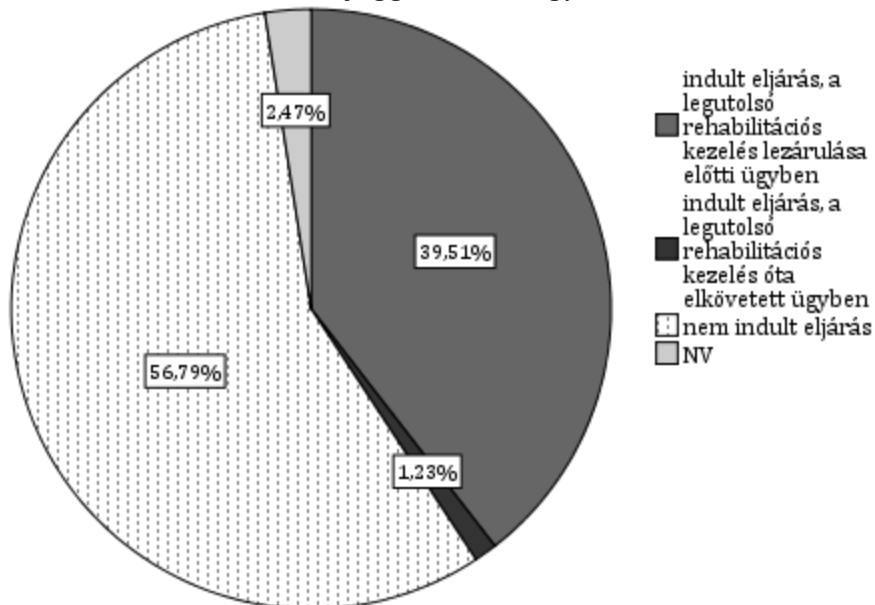
A válaszadók közül 70 fő rendelkezik munkahellyel. A folyamatosan foglalkoztatásban töltött idő átlagosan 5,8 év, 90 hónapnyi szórás mellett. A foglalkoztatásban töltött idő szélsőértékeiként 1 hónapot, illetve 40 évet jelöltek meg a válaszadók. 4 fő nyugdíjas, 3 fő aktív álláskereső. Utóbbiak átlagosan 2,5 hónapja keresnek munkát. A válaszadók között egyvalaki van, aki képzésben való részvétel miatt nem dolgozik, ő pszichológiát hallgat.

A magas arányú foglalkoztatottsággal összhangban a leginkább jellemző jövedelemforrásként is a saját munkát említették a válaszadók. 3-3 fő nevezte meg a nyugdíjat és a családi támogatást erre a kérdésre válaszolva. Az egyetlen válaszadó, aki az egyéb válaszlehetőséget jelölte meg, a saját jövedelem és a családi támogatás kombinációját említette.

A válaszadók 39,5%-a végez valamilyen önkéntes munkát.

A válaszadók többsége (56,79%) ellen nem indult büntetőeljárás a szerhasználattal összefüggésben. Akik ellen igen, azok egy kivétellel a legutolsó rehabilitációs kezelés előtt indult ügyben kerültek bíróság elé.

6. ábra: Szerhasználattal összefüggő büntetőügyek a válaszadók körében



A büntetőeljárás alá volt drogfüggőknek csak egy kisebb hányada, összesen 7 fő volt elítélt valamelyik büntetés-végrehajtási intézményben. Akik voltak elítéltek, azok átlagosan 3 alkalommal kerültek büntetés-végrehajtási intézménybe, átlagosan összesen 41,7 hónapos időtartamban.

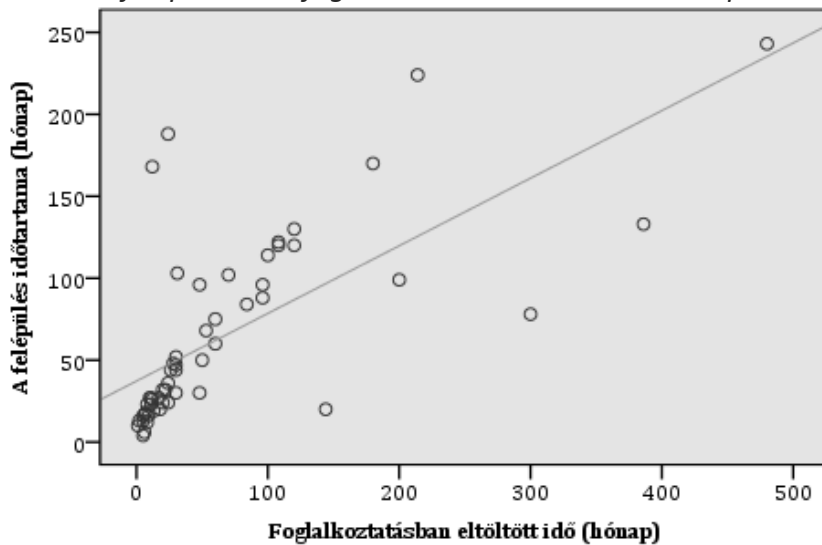
A felépülés folyamatának jellegzetességei

Az adatfelvételt megelőző utolsó bentlakásos terápiát a válaszadók 74%-a végezte el. A terápiát megszakítók aránya 8,6%, a kérdésre nem válaszolók aránya 17,3% volt. A terápia elvégzése szoros kapcsolatban áll azzal, hogy

a vizsgálati személynek volt-e valamilyen mélypontja a bentlakásos terápia megkezdése előtt. Akiknek volt, azoknak a 95%-a elvégezte a terápiát.

A válaszadók átlagosan 63,86 hónapja vannak felépülésben, 56,95 hónapnyi szórás mellett. A legrövidebb felépülési időtartam 4 hónap, a leghosszabb 243 hónap (20,25 év). A felépülés időtartama szignifikáns kapcsolatban ($r=0,393$, $p=0,01$) van az életkorral, illetve ennél erősebb kapcsolat mutatható ki a munkában eltöltött idővel ($r=0,686$, $p=0,01$).

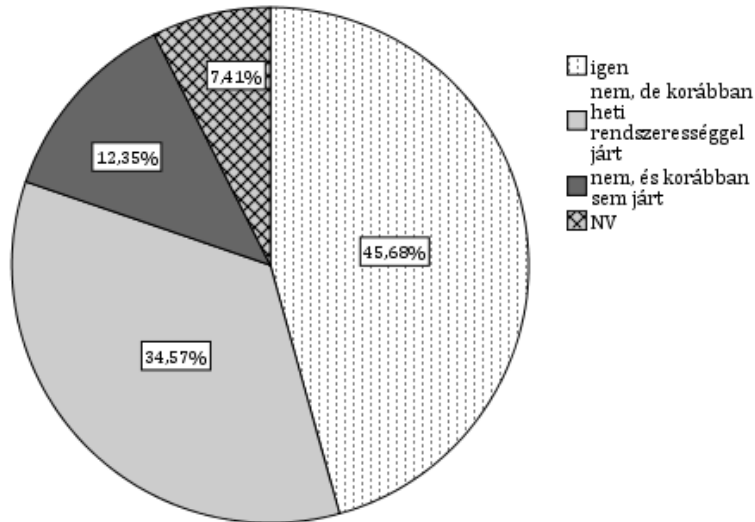
7. ábra: A felépülés és a foglalkoztatás időtartamának kapcsolata



A vizsgálati személyek 80,2%-a válaszolt arra a kérdésre, hogy volt-e visszaesése. Közülük 67,7%-nak nem volt, 24,6%-nak volt, de szakemberektől kapott segítséggel jelenleg is felépülésben van. 7,7% volt azoknak az aránya, akik a visszaesést követően szakemberek segítségével folytatták a felépülést.

A válaszadók 34,57%-a korábban, 45,68%-a jelenleg is jár legalább heti rendszerességgel önsegítő csoportok összejöveteleire. Mindössze 12,35% azoknak az aránya, akik egyáltalán nem kerültek kapcsolatba ezzel a terápiás formával.

8. ábra: Az önségítő csoportok rendszeres látogatására irányuló kérdésre érkezett válaszok megoszlása



A korábban és a jelenleg látogatott önségítő csoportok között is meghatározó szerepet tölt be a Narcotics Anonymous és az Alcoholics Anonymous, illetve a drogterápiás intézményekhez kapcsolódó utógondozó, támogató csoportok.

Egyéb, felépülést támogató közösségbe a válaszadók 32,1%-a jár, jellemzően valamilyen felekezeti (keresztény/keresztényen) alapon szerveződő csoportba.

A terápiás folyamatban a válaszadók 16%-a tapasztalt olyasmit, ami akadályozta a felépülést. A beazonosított akadályozó tényezők az alábbiak voltak:

- támogató háttér hiánya;
- közeli érzelmi kapcsolat, szexuális vágyak, „bemagolt terápia”;
- motiváció hiánya;
- a segítők hozzáállása;
- gyógyszerelés, illetve nem szakszerű kezelés;
- metadon;
- konfrontáció;
- vonzalom egy lányhoz.

A válaszadók 9,9%-a részesül valamilyen kezelésben krónikus betegség miatt. 5 válaszadót a korábbi szerhasználata miatt kialakult testi, 1 válaszadót az így kialakult lelki betegség miatt kezelnek. 2 fő részesül

kezelésben a szerhasználat következményeitől független betegség miatt. További 1 fő úgy érzi, hogy noha jelenleg nem részesül kezelésben, szüksége lenne rá.

Arra a kérdésre, hogy mi történt volna a bentlakásos kezelőintézmény segítségével nélkül, a vizsgálati személyek az alábbi válaszokat¹ adták.

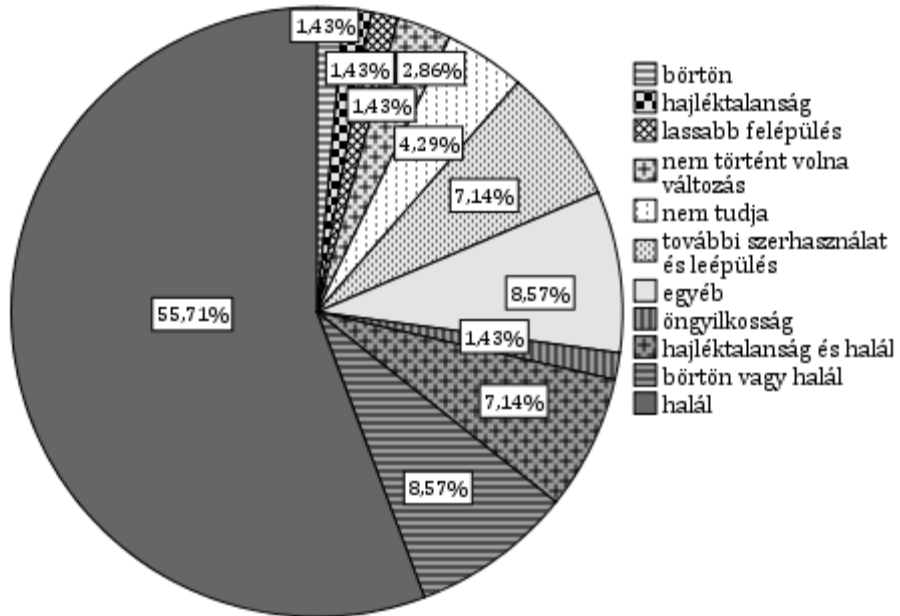
- *Halál. (27 említés)*
- *Börtön vagy halál. (5 említés)*
- *Nem tudom, de semmi jó!*
- *MEGHALTAM
VOLNA!! de a
túlzott önbecsülésem is majdnem ugyanoda vitt! Szerencsére
időben felpofozott az élet mocskosul NAGY keze!*
- *Elszigetelődés, bolondokháza, temető.*
- *Lehetett volna végzetes is!*
- *Talán halott lennék vagy...*
- *NEM TUDTAM VOLNA ÚJ ÉLETET KEZDENI, TÚL TENNI AZ
ALKOHOLIZMUSOM MIATTI VESZTESÉGEKEN.*
- *Szociális helyzetem romlott volna, nem tudtam volna elfogadni
betegségemet.*
- *Már ma nem lennek.*
- *Teljes leépülés, majd halál.*
- *Meghalhattam volna.*
- *Az orvosok szerint Kb. két hetem lett volna még hátra, tehát Halál!!!*
- *Már romokban lenne az életem!*
- *Boldogtalan, céltalan élet, börtön, esetleg korai halál.*
- *A felépülésem lassabb ütemben következett volna be.*
- *Véleményem szerint nem értékelték volna a társadalomban, és így
nehezebben kaphattam volna munkalehetőséget.*
- *Hajléktalan lennék, és beleőrültem volna a szerhasználatba. Vagy a
legrosszabb meghaltam volna.*
- *Hajléktalanság, korai halál.*
- *Minden marad a régiben.*
- *Valahol az árokparton...*
- *Nincs kizárva, hogy öngyilkos lettem volna.*

¹ A nyitott kérdésre adott válaszokat változtatás nélkül közöljük. Álláspontunk szerint a megfogalmazás módja is rendkívül informatív.

- *Nem tudom... ezt nem lehet megmondani, de valószínűleg a következők valamelyike: használat, börtön, más kezelőhely vagy halál.*
- *Hajléktalanság, őrület, öngyilkosság.*
- *Hajléktalanság, korai halál.*
- *Más intézménybe mentem volna, vagy egy zen centrumba egy hosszú elvonulásra. Ezek nélkül valószínűleg meghaltam volna, vagy beleszürkültem volna a használatba.*
- *Vélhetően, valahol hajléktalanként tengetném napjaim...*
- *Talán kisebb-nagyobb megszakításokkal folytatódott volna a drog- és alkoholhasználat. Teljes életvitelt és egész személyiséget érintő változás nem mehetett volna végbe, nem kezdődhetett volna el a felépülés.*
- *Nem tudtam volna önmagától lábra állni és megküzdeni problémáimmal... Semmi jó.*
- *Süllyesztő.*
- *Azt csak a Jóisten tudja! :-) Valószínűleg meghalok előbb utóbb.*
- *Padlót fogtam volna.*
- *Elvesztem volna a világban és lehet, hogy már régen meghaltam volna.*
- *További szerhasználat és leépülés.*
- *Segítség nélkül (orvosi, szakmai) tovább romlott volna állapotom mind mentális, mind fiziológiai szinten.*
- *Már utcán élnék vagy meghaltam volna.*
- *Börtön.*
- *Autóbalesetet szenvedtem volna, vagy testileg és lelkileg mélyebbre zuhantam volna, az intravénás használat is eluralkodott volna rajtam.*
- *Valószínűleg már nem élnék, igen korán eljutottam volna a halálig.*

A válaszokat kategóriákba sorolva és relatív gyakorisági eloszlásukat szemléltetve még inkább egyértelművé válik a halálnak mint kezelés nélkül valószínűsített kimenetnek a dominanciája.

9. ábra: Kezelés nélkül valószínűsített történések megoszlása



A terápiás folyamat egyes jellegzetességeinek megjelenése a terápiás programban, illetve azok fontosságának megítélése

17 tényező kapcsán vizsgáltuk, hogy a válaszadó megítélése szerint azok milyen mértékben voltak jelen a kezelés során, illetve mennyire ítéli a válaszadó fontosnak őket a felépülés szempontjából.

3. táblázat: A Pearson-féle korreláció analízis eredményei a 24-es kérdés esetében, a két kérdéscsoportra adott válaszok közti összefüggés

Állítás	N	Milyen mértékben jellemzi a legutóbbi bentlakásos kezelést? (átlag/ szórás)	Mennyire fontos a felépülés szempontjából? (átlag/ szórás)	A két változó kapcsolata (korrelációs együttható/ szignifikancia)
A kezelés során segítséget kaptam ahhoz, hogy emberi kapcsolataimat rendezzem.	62	4,41 /0,796	4,59 /0,921	r=0,561 (p=0,000)

A kezelés során figyeltek személyes fejlődési szükségleteimre.	62	4,44 /0,871	4,60 /0,752	r=0,702 (p=0,000)
A kezelés során sok fontosat tudtam meg saját betegségről.	63	4,70 /0,659	4,77 /0,584	r=0,723 (p=0,000)
Tiszteletben tartották személyes hitemet, meggyőződésemet	63	4,39 /0,936	4,30 /1,064	r=0,580 (p=0,000)
A segítők pontosan értették, mikor mi van velem.	61	4,27 /0,827	4,35 /0,889	r=0,311 (p=0,015)
A segítők visszajelezték, mikor mi van velem.	60	4,48 /0,741	4,51 /0,887	r=0,712 (p=0,000)
A segítők figyeltek rá, hogy képes legyek értékelni saját előrehaladásomat.	60	4,66 /0,626	4,70 /0,558	r=0, 539 (p=0,000)
A segítőknek azok is fontosak, akik nehezebben boldogulnak a felépülés során.	60	4,70 /0,557	4,60 /0,822	r=0,352 (p=0,006)
A segítők bátorítottak, hogy fokozatosan kipróbáljam magam új szerepekben is.	61	4,38 /0,845	4,37 /0,834	r=0,635 (p=0,000)
Amikor valamilyen számomra fontos eredményt, célt értem el, elismertek.	62	4,52 /0,734	4,60 /0,752	r=0,716 (p=0,000)
A segítők ösztönöztek, hogy más felépülőkkel is kapcsolatba lépjek, kapcsolatot tartsak.	62	4,36 /1,045	4,46 /0,895	r=0,708 (p=0,000)
Segítséget kaptam ahhoz, hogy a további életemet megtervezzem.	62	4,41 /0, 938	4,62 /0,851	r=0,379 (p=0,002)

Érzem, hogy jobb emberré váltam a kezelést követően.	61	4,53 /0,796	4,76 /0,502	r=0,266 (p=0,038)
Segítettek felelősséget vállalni saját felépülésemért, de nem vállalták azt helyettem.	62	4,67 /0,691	4,60 /0,834	r= 0,696 (p=0,000)
Mindig számíthattam valakire.	62	4,63 /0,655	4,60 /0,853	r=0, 673 (p=0,000)
Megtanítottak arra, hogyan ismerhetem fel a számomra kockázatos helyzeteket.	62	4,52 /0,756	4,60 /0,752	r=0,633 (p=0,000)
A segítők hittek benne, hogy képes leszek a változásra, a fejlődésre és a felépülésre.	63	4,56 /0,852	4,64 /0,698	0,449 (p=0,000)

A Pearson-féle korreláció analízis eredményei azt mutatják, hogy *minden esetben* pozitív irányú, szignifikáns összefüggés áll fenn az egyes állítások esetében a két kérdésre – milyen mértékben jellemzi a legutóbbi bentlakásos kezelést, illetve mennyire fontos a felépülés szempontjából – válaszul megjelölt pontszámok közt. Elemzésünk rámutatott, hogy az, hogy az általunk vizsgált tényezők a válaszadó percepciója alapján milyen mértékben jellemezték a legutóbbi bentlakásos kezelését, és mennyiben érezte ezeket a tényezőket fontosnak a felépülés szempontjából, szoros összefüggésben állnak egymással. Megállapítható, hogy minél hangsúlyosabbnak érezte a válaszadó a legutóbbi bentlakásos kezelés során többek közt az élete megtervezéséhez kapott segítséget, a segítők részéről érkező, általa elért eredmények elismerését, a kapott bátorítást, a másokkal való kapcsolattartásra való ösztönzést vagy a segítőknek a felépülésben való felelősségvállalásban nyújtott segítségét, annál fontosabbnak ítélte ezeknek a tényezőknek a felépülésben játszott szerepét.

A további élet megtervezésére, illetve a kezelés során jobb emberré válásra vonatkozó állítások részletes vizsgálata

Vizsgált mintánkon Pearson-féle korrelációs elemzést végeztünk annak érdekében, hogy megvizsgáljuk, a kérdőív 24. pontjában az 1-es kérdéscsoport (milyen mértékben jellemzi a legutóbbi bentlakásos kezelést) vonatkozásában megjelölt, kezeléssel összefüggő tényezők közt milyen kapcsolat áll fenn. A vizsgált tényezők közül kettőt emeltünk ki (*segítséget kaptam ahhoz, hogy a további életemet megtervezzem és érzem, hogy jobb emberré váltam a kezelés során*). Az alábbiakban a két említett állítás esetében megfigyelhető összefüggések bemutatására kerül sor.

„Segítséget kaptam ahhoz, hogy a további életemet megtervezzem.”

1. *Hipotézis:* Azt feltételezzük, hogy pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a kezelést milyen mértékben jellemezte, hogy a válaszadó segítséget kapott a további élete megtervezéséhez és aközt, hogy a válaszadó megítélése szerint *a segítők visszajelezték, mikor mi van vele.*
2. *Hipotézis:* Hipotézisünk szerint pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a válaszadó szerint a kezelést milyen mértékben jellemezte, hogy segítséget kapott a további élete megtervezéséhez és aközt, hogy *figyelték rá, hogy képes legyen értékelni saját előrehaladását.*
3. *Hipotézis:* Feltevésünk szerint aközt, hogy a válaszadó szerint a kezelést milyen mértékben jellemezte, hogy segítséget kapott a további élete megtervezéséhez és aközt, hogy megítélése szerint milyen mértékben volt jelen a kezelés során, hogy *bátorították, hogy fokozatosan kipróbálja magát új szerepekben is,* pozitív irányú, szignifikáns összefüggés mutatkozik.
4. *Hipotézis:* Pozitív irányú, szignifikáns összefüggést várunk aközt, hogy a válaszadó szerint milyen mértékben jellemezte a kezelést, hogy segítséget kapott a további élete megtervezéséhez és aközt, hogy milyen mértékben érezte azt, hogy *ösztönözték, hogy más felépülőkkel is kapcsolatot tartson.*

Az adatelemzés eredményei azt mutatják, hogy pozitív irányú, szignifikáns összefüggés áll fenn a vizsgált állítás esetében az első kérdésre adott válasz (milyen mértékben jellemzi legutóbbi bentlakásos kezelését)

kapcsán megjelölt pontszám, valamint az 1-es és 2-es állítás (*a kezelés során segítséget kaptam ahhoz, hogy emberi kapcsolataimat rendezzem és a kezelés során figyeltek személyes fejlődési szükségleteimre*) esetében megjelölt pontszámok közt. Pozitív irányú, szignifikáns összefüggés áll fenn továbbá az állítás kapcsán megjelölt pontszám és az utolsó 12 állítás (*a segítők pontosan értették, mikor mi van velem, a segítők visszalejték, mikor mi van velem, figyeltek rá, hogy képes legyek értékelni saját előrehaladásomat, a segítőknek azok is fontosak, akik nehezebben boldogulnak a felépülés során, bátorítottak, hogy fokozatosan kipróbáljam magam új szerepekben is, amikor valamilyen számomra fontos eredményt, célt értem el, elismertek, ösztönöztek, hogy más felépülőkkel is kapcsolatot tartsak, érzem, hogy jobb ember lettem, segítettek felelősséget vállalni saját felépülésemért, mindig számíthattam valakire, megtanítottak arra, miként ismerhetem fel a kockázatos helyzeteket hittek benne, hogy képes leszek a változásra, fejlődésre és a felépülésre*) esetében megjelölt pontszámok közt. Az eredmények alapján az állítás kapcsán felállított hipotézisek igazolásra kerültek.

Eredményeink közül a legerősebb korrelációkat kiemelve megállapítható, hogy szoros összefüggés figyelhető meg aközött, hogy a válaszadó mennyire ítélte jellemzőnek a kezelés során a további élete megszervezéséhez kapott segítséget és aközött, hogy a kezelésre mennyire jellemzőnek tartja az emberi kapcsolatai rendezésében kapott segítséget, a személyes fejlődési szükségleteire fordított figyelem nagyságát, hogy a segítők pontosan értették, mikor mi van velem, a segítőtől kapott visszajelzés, bátorítás, másokkal való kapcsolattartásra való ösztönzés észlelt mértékét, hogy figyeltek rá, hogy képes legyen értékelni saját előrehaladását, hogy a segítőknek azok is fontosak, akik nehezebben boldogulnak, annak elismerését, ha számára fontos eredményt, célt ért el, és az abban kapott segítség mértékét, hogy felelősséget tudjon vállalni saját felépüléséért, hogy mindig számíthatott valakire, és hogy megtanították felismerni a kockázatos helyzeteket. Minél nagyobb volt tehát az említett tényezők észlelt jelentősége a kezelés során, annál nagyobb mértékűnek ítélte a válaszadó a kezelés során az élete további megtervezéséhez kapott segítséget.

A Pearson-féle korrelációelemzés rámutatott arra is, hogy az állítás esetében kapott pontszámok a tizenhét vizsgált változó közül két vizsgált változóval nem mutatnak szignifikáns összefüggést. Nincs tehát kapcsolat *a további élet megszervezésében a segítőtől kapott segítség észlelt mértéke* és annak mértéke közt, hogy a vizsgálati személy meglátása szerint, mennyire volt jellemző a kezelésre, hogy *fontos dolgokat tudott*

meg saját betegségéről, illetve hogy tiszteletben tartották személyes meggyőződését és hitét.

„Érzem, hogy jobb emberré váltam a kezelést követően.”

- 1. Hipotézis: Azt feltételezzük, hogy pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a válaszadó megítélése szerint a kezelést milyen mértékben jellemezte, hogy érzése szerint jobb emberré vált és hogy segítséget kapott ahhoz, hogy emberi kapcsolatait rendezze.*
- 2. Hipotézis: Pozitív irányú, szignifikáns kapcsolatot várunk aközt, hogy a válaszadó megítélése szerint a kezelést milyen mértékben jellemezte, hogy érzése szerint jobb emberré vált és hogy a segítők pontosan értették, mikor mi van vele.*
- 3. Hipotézis: Azt feltételezzük, hogy pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a válaszadó megítélése szerint a kezelést milyen mértékben jellemezte, hogy érzése szerint jobb emberré vált és hogy visszajeleztek, mikor mi van vele.*
- 4. Hipotézis: Azt feltételezzük, hogy pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a válaszadó megítélése szerint a kezelést milyen mértékben jellemezte, hogy érzése szerint jobb emberré vált és aközt, hogy a kezelés során mindig számíthatott valakire.*

A Pearson-féle korrelációelemzés eredményei alapján elmondhatjuk, hogy pozitív irányú, szignifikáns összefüggés áll fenn a 13-as állítás esetében az első kérdésre adott válasz (milyen mértékben jellemzi legutóbbi bentlakásos kezelését) kapcsán megjelölt pontszám, valamint az 1-es (*segítséget kaptam ahhoz, hogy emberi kapcsolataimat rendezzem*), 3-as (*sok fontosat tudtam meg a betegségemről*), 5-10-es (*a segítők pontosan értették és visszajeleztek, mikor mi van velem, figyeltek rá, hogy képes legyek értékelni saját előrehaladásomat, a segítőknek azok is fontosak voltak, akik nehezebben boldogulnak, bátorítottak, hogy kipróbáljam magam új szerepekben is, amikor valamilyen fontos eredményt, célt értem el, elismertek*), a 12-es (*segítséget kaptam ahhoz, hogy további életemet megtervezzem*) és 15-16-os (*mindig számíhattam valakire, megtanítottak arra, hogyan ismerhetem fel a számomra kockázatos helyzeteket*) állítások esetében megjelölt pontszámok közt. A 13-as kérdés kapcsán felállított hipotézisek tehát igazolásra kerültek.

A legerősebb korrelációkat kiemelve elmondhatjuk, hogy szoros összefüggés figyelhető meg annak mértéke közt, hogy a válaszadó mennyire tartotta jellemzőnek a kezelés során azt az érzést, hogy jobb

emberré vált a kezelést követően és aközt, hogy mennyire tartotta a kezelésre jellemzőnek, hogy sok fontosat tudott meg a saját betegségéről, hogy a segítők pontosan értették, mikor mi van vele, figyeltek rá, hogy képes legyen értékelni saját előrehaladását, bátorították, hogy kipróbálja magát új szerepekben is, elismerték, ha valamilyen fontos eredményt, célt ért el és hogy mindig számíthatott valakire.

A Pearson-féle korrelációelemzés rámutatott arra is, hogy a 13-as állítás esetében kapott pontszámok a tizenhét vizsgált változó közül öt vizsgált változóval nem mutatnak szignifikáns összefüggést. Nincs tehát kapcsolat aközt, hogy a kezelés során mennyire tartotta jellemzőnek a válaszadó *az érzést, hogy jobb emberré vált a kezelés során* és annak mértéke közt, hogy saját megítélése szerint, milyen mértékben jellemezte a kezelést, hogy *segítséget kapott ahhoz, hogy emberi kapcsolatait rendezze, hogy tiszteletben tartották személyes meggyőződéseit, hitét, hogy a segítők ösztönözték, hogy más felépülőkkal is kapcsolatot tartson, segítettek felelősséget vállalni felépüléséért és hittek benne, hogy képes lesz a változásra, a fejlődésre és a felépülésre.*

A kutatás során választ kerestünk arra is, hogy milyen, a kezelés folyamatában megragadható tényezőkkel mutat együttjárást az, hogy a válaszadó megítélése szerint mennyire fontos a felépülés szempontjából, hogy a) *segítséget kapott ahhoz, hogy a további életét megtervezze* és b) *érezte, hogy jobb emberré vált a kezelés során.* A két tényező kapcsán ebben az esetben is 4-4 pontot tartalmazó hipotézisrendszert fogalmaztunk meg, amelyekhez kapcsolódva korrelációelemzést végeztünk.

„Segítséget kaptam ahhoz, hogy a további életemet megtervezzem.”

1. *Hipotézis:* Azt feltételezzük, hogy pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából, hogy segítséget kapott a további élete megtervezéséhez és aközt, hogy a válaszadó megítélése szerint *a segítők visszajelezték, mikor mi van vele.*
2. *Hipotézis:* Hipotézisünk szerint pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából, hogy segítséget kapott a további élete megtervezéséhez és aközt, hogy *figyeltek rá, hogy képes legyen értékelni saját előrehaladását.*
3. *Hipotézis:* Feltevésünk szerint aközt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából, hogy segítséget kapott a

további élete megtervezéséhez és aközt, hogy megítélése szerint milyen mértékben volt jelen a kezeléssorán, hogy *bátorították, hogy fokozatosan kipróbálja magát új szerepekben is*, pozitív irányú, szignifikáns összefüggés mutatkozik.

4. *Hipotézis*: Pozitív irányú, szignifikáns összefüggést várunk aközt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából, hogy segítséget kapott a további élete megtervezéséhez és aközt, hogy milyen mértékben érezte azt, hogy *ösztönözték, hogy más felépülőkkel is kapcsolatot tartson*.

Az adatelemzés eredményei azt mutatják, hogy pozitív irányú, szignifikáns összefüggés áll fenn a vizsgált állítás esetében a második kérdésre adott válasz (mennyire fontos a felépülés szempontjából) kapcsán megjelölt pontszám, valamint az 5-7-es állítás (*a segítők pontosan értették, mikor mi van vele, a segítők visszajelezték, mikor mi van velem, figyeltek rá, hogy képes legyek értékelni saját előrehaladásomat*) esetében megjelölt pontszámok közt. Továbbá pozitív irányú, szignifikáns összefüggés áll fenn a vizsgált állítás esetében megjelölt pontszám és a 9-16-os (*bátorítottak, hogy fokozatosan kipróbáljam magam új szerepekben is, amikor valamilyen számomra fontos eredményt, célt értem el, elismertek, ösztönöztek, hogy más felépülőkkel is kapcsolatot tartsak, segítséget kaptam, hogy a további életemet megtervezzem, érzem, hogy jobb ember lettem, segítettek felelősséget vállalni saját felépülésemért, mindig számíthattam valakire, megtanítottak arra, miként ismerhetem fel a kockázatos helyzeteket*) állítások esetében megjelölt pontszámok közt. Eredményeink ismeretében elmondhatjuk, hogy hipotéziseink igazolásra kerültek.

A legerősebb korrelációkat kiemelve megállapítható, hogy szoros összefüggés figyelhető meg aközt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából az élete megszervezéséhez kapott segítséget és aközt, hogy a felépülés szempontjából mekkora fontosságot tulajdonít annak, hogy a segítők visszajelezték számára, figyeltek rá, hogy képes legyen értékelni saját előrehaladását, bátorították, hogy kipróbálja magát új szerepekben, elismerték, ha valamilyen fontos eredményt, célt ért el, ösztönözték, hogy más felépülőkkel kapcsolatba lépjen és tartson, hogy érezte, hogy jobb emberré vált a kezelést követően, hogy mindig számíthatott valakire és hogy megtanították arra, hogy hogyan ismerje fel a kockázatos helyzeteket. Minél nagyobb volt tehát az említett tényezők észlelt jelentősége a kezelés során, annál nagyobb mértékűnek ítélte a

válaszadó a kezelés során az élete további megtervezéséhez kapott segítséget.

A Pearson-féle korrelációelemzés rámutatott arra is, hogy a vizsgált állítás esetében kapott pontszámok a tizenhét vizsgált változó közül öt vizsgált változóval nem mutatnak szignifikáns összefüggést. A válaszadók megítélése szerint nincs tehát kapcsolat *a további élet megszervezésében a segítőkötől kapott segítség felépülésben betöltött szerepe* és annak mértéke közt, hogy a vizsgálati személy megítélése szerint mennyire fontos a felépülés szempontjából, *hogy segítséget kapott ahhoz, hogy emberi kapcsolatait rendezze, hogy a felépülés során figyeltek a fejlődési szükségleteire, hogy fontos dolgokat tudott meg a betegségről, hogy tiszteletben tartották személyes hitét és meggyőződését, hogy a segítőknek azok is fontosak, akik nehezebben boldogulnak és hogy a segítők hittek benne, hogy képes lesz a változásra, a fejlődésre és a felépülésre.*

„Érzem, hogy jobb emberré váltam a kezelést követően.”

1. *Hipotézis: Azt feltételezzük, hogy pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából, hogy érzése szerint jobb emberré vált és hogy segítséget kapott ahhoz, hogy emberi kapcsolatait rendezze.*
2. *Hipotézis: Pozitív irányú, szignifikáns kapcsolatot várunk aközt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából, hogy érzése szerint jobb emberré vált és hogy a segítők figyeltek rá, hogy képes legyen értékelni saját előrehaladását.*
3. *Hipotézis: Azt feltételezzük, hogy pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából, hogy érzése szerint jobb emberré vált és hogy segítséget kapott ahhoz, hogy megtervezze a további életét.*
4. *Hipotézis: Azt feltételezzük, hogy pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat áll fenn aközt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából, hogy érzése szerint jobb emberré vált és aközt, hogy a kezelés során mindig számíthatott valakire.*

A Pearson-féle korrelációelemzés eredményei alapján elmondhatjuk, hogy pozitív irányú, szignifikáns összefüggés áll fenn a vizsgált állítás esetében a második kérdésre adott válasz (*mennyire fontos a felépülés szempontjából*) kapcsán megjelölt pontszám, valamint az 1-es (*segítséget kaptam ahhoz, hogy emberi kapcsolataimat rendezzem*), 7-es

(a segítők figyeltek rá, hogy képes legyek értékelni saját előrehaladásomat), 9-es (bátorítottak, hogy fokozatosan kipróbáljam magam új szerepekben), 12-es (segítséget kaptam ahhoz, hogy megtervezzem a további életemet), 14-15-ös (segítettek felelősséget vállalni saját felépülesemért és mindig számíthattam valakire) állítások esetében megjelölt pontszámok közt. Hipotéziseink tehát bizonyítást nyertek.

Eredményeink közül a legerősebb korrelációkat kiemelve elmondhatjuk, hogy szoros összefüggés figyelhető meg annak mértéke közt, hogy a válaszadó mennyire tartja fontosnak a felépülés szempontjából azt az érzést, hogy jobb emberré vált a kezelést követően és aközt, hogy mennyire fontosnak itéli meg a felépülés szempontjából, hogy sok fontos dolgot tudott meg a saját betegségéről, hogy segítséget kapott a további élete megtervezéséhez, hogy a segítők segítettek felelősséget vállalni felépülésért, de nem vállalták azt helyette és hogy mindig számíthatott valakire.

A Pearson-féle korrelációelemzés rámutatott arra is, hogy a vizsgált állítás esetében kapott pontszámok a tizenhét vizsgált változó közül kilenc változóval nem mutatnak szignifikáns összefüggést. Nincs tehát kapcsolat aközt, hogy a felépülés szempontjából mennyire tartja fontosnak a válaszadó *az érzést, hogy jobb emberré vált a kezelés során* és annak mértéke közt, hogy saját megítélése szerint, mennyire játszik fontos szerepet a felépülésben, hogy *figyeltek a személyes fejlődési szükségleteire, hogy fontos dolgokat tudott meg a betegségéről, hogy tiszteletben tartották személyes meggyőződéseit, hitét, hogy a segítők pontosan értették és visszajeleztek arról, hogy mikor mi van vele, hogy a segítőknek azok is fontosak, akik nehezen boldogulnak a felépülés során, hogy elismerték, ha valamilyen eredményt, célt ért el, hogy ösztönözték, hogy más felépülőkkel kapcsolatba lépjen, kapcsolatot tartson, hogy megtanították arra, miként ismerheti fel a kockázatos helyzeteket és hogy hittek benne, hogy képes lesz a változásra, a fejlődésre és a felépülésre.*

A bentlakásos terápiát követően felajánlott utógondozási szolgáltatások közül a legtöbben (44 fő) a felépülő közösséghez/gyülekezethez való csatlakozás lehetőségét említették. Ettől alig maradt el (42 említés) a csoportos utógondozás lehetősége. 29-29 említést kapott a félutas ház és az egyéni utógondozás, az egyéb védett lakhatás, illetve a védett munkahely lehetőségét pedig csak a válaszadók töredéke, 7, illetve 4 fő említette.

A hiányolt utógondozási szolgáltatások körében a családi csoport kapta a legtöbb (11) említést, amit a védett munkahely (10 említés)

követett. A többi, zárt kérdésben vizsgált szolgáltatás (egyéni és csoportos utógondozás, félutas ház, egyéb védett lakhatás, felépülő közösséghez/gyülekezethez csatlakozás) 1-3 említést kapott. További hiányolt szolgáltatásként az utógondozói tábort, illetve a terápiás intézmény által biztosított szponzort említette 1-1 válaszadó.

A megélt életminőség változásának mértéke a válaszadók által legsúlyosabbnak ítélt és a kérdőív kitöltésekor megélt időszak között

A kérdőívben egy 24 dimenziót vizsgáló kérdéscsoport segítségével próbáltuk meg beazonosítani a szerhasználat legsúlyosabb időszakának és az aktuális időszaknak a legfontosabb különbségeit. A vizsgált dimenziók a következők voltak: családi-baráti kapcsolatok, munkára való képesség és hajlandóság, saját egészséggel való törődés, szabályok betartása, elégedettség a saját élettel, annak elfogadása, amit az élet ad, életcélok, önmaga elfogadása, hit, világos, személyes értékrend, valaki, aki hisz bennem, segítség kérésének, elfogadásának és nyújtásának képessége, rossz érzésekkel való megbirkózás, biztonságos környezet, tudatos fejlődés igénye és képessége, jövőbe vetett bizalom, hétköznapi élet feladatainak való megfelelés, hibákból való tanulás képessége és kitartás.

4. táblázat: A legsúlyosabb és a jelenlegi életszakasz közötti különbségek

Vizsgált változók	A legsúlyosabb időszakban (átlag)	Mostanában (átlag)	Változás
Családi kapcsolatok	1,71	4,03	2,32
Baráti kapcsolatok	1,68	3,98	2,3
Munkára való képesség és hajlandóság	1,84	4,52	2,68
Saját egészséggel való törődés	1,44	4,16	2,72
Szabályok betartása	1,7	4,11	2,41
Elégedettség saját életével	1,3	4,16	2,86
Annak elfogadása, amit az élet ad	1,73	4,21	2,48
Életcélok	1,46	4,24	2,78

Önmaga elfogadása	1,44	4,11	2,67
Hit	1,52	4,03	2,51
Világos személyes értékrend	1,65	4,29	2,64
Volt/van, aki hisz önben	2,33	4,56	2,23
Segítség kérésének képessége	1,52	4,08	2,56
Segítség elfogadásának képessége	1,85	4,1	2,25
Segítség nyújtásának képessége	1,97	4,35	2,38
Rossz érzésekkel való megbirkózás úgy, hogy ne ártson önmagának	1,37	4,19	2,82
Rossz érzésekkel való megbirkózás úgy, hogy ne ártson másoknak	1,69	4,23	2,54
Biztonságos, a felépülést támogató környezet	1,63	4,63	3
A tudatos, folyamatos fejlődés igénye	1,52	4,44	2,92
A tudatos, folyamatos fejlődés képessége	1,4	4,37	2,97
A jövőbe vetett bizalom	1,38	4,35	2,97
A hétköznapi élet feladatainak való megfelelés	1,62	4,35	2,73
A hibákból való tanulás képessége	1,51	4,02	2,51
Kitartás	1,8	4,41	2,61

A legsúlyosabb időszak és a kérdőív kitöltésekor aktuálisan megítélt („mostanában”) állapot esetében megjelölt pontszámok átlagértékeit összehasonlítva elmondhatjuk, hogy a válaszadók életükben a legnagyobb mértékű változást a legsúlyosabb időszakhoz képest a *biztonságos, felépülést támogató környezet* esetében érzékelték, míg a legcsekélyebb mértékű változást a *segítség elfogadásának képességének* kapcsán jelezték.

A legsúlyosabbnak ítélt időszakban a legrosszabb értéket a saját étellel való elégedettség (1,3), a jövőbe vetett bizalom (1,38), a tudatos,

folyamatos fejlődés képessége (1,4) kapta, míg a legmagasabb értéket a volt/van aki hisz önben (2, 33) és a segítség nyújtásának képessége (1,97) állítás esetében jelölték meg. A kérdőív kitöltésekor megélt időszak esetében a legrosszabb értéket a baráti kapcsolatok (3,98), a hibákból való tanulás képessége (4,02) és a családi kapcsolatok (4,03) esetében jelölték meg.

Hipotézisünk szerint az általunk vizsgált 24 tényező esetében *minden esetben* szignifikáns különbség figyelhető meg a legsúlyosabbnak ítélt és kérdőív kitöltésekor megélt időszak állapotai közt.

A páros t-próba eredményei szerint minden esetben szignifikáns különbség mutatható ki a két csoport (a legsúlyosabb időszak és mostanában) közt.

5. táblázat: A legsúlyosabb és az aktuális életszakaszra vonatkozó állítások megítélésének különbségét vizsgáló páros t-próba eredményei

	A legsúlyosabb időszakban		Mostanában		N	Különbség		
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás		t	df	Sig.
Családi kapcsolatok	1,71	0,930	4,03	0,923	62	-13,524	61	0,000
Baráti kapcsolatok	1,68	0,877	3,98	0,907	63	-14,437	62	0,000
Munkára való képesség és hajlandóság	1,84	0,987	4,52	0,618	63	-19,806	62	0,000
Saját egészségével való törődés	1,44	0,757	4,16	0,902	63	-19,607	62	0,000
Szabályok betartása	1,70	1,026	4,11	0,785	63	-17,380	62	0,000
Elégedettség saját életével	1,30	0,557	4,16	0,766	63	-22,371	62	0,000
Annak elfogadása, amit az élet ad	1,73	0,884	4,21	0,699	63	-17,333	62	0,000
Életcélok	1,46	0,668	4,24	0,856	63	-19,798	62	0,000
Önmaga elfogadása	1,44	0,642	4,11	0,863	63	-21,516	62	0,000
Hit	1,52	0,780	4,03	0,950	63	-16,188	62	0,000
Világos személyes értékrend	1,65	0,919	4,29	0,750	63	-19,598	62	0,000
Volt/van valaki, aki hitt/hisz Önben	2,33	1,164	4,56	0,562	63	-14,899	62	0,000

Segítség kérésének képessége	1,52	0,715	4,08	0,903	63	-21,428	62	0,000
Segítség elfogadásának képessége	1,85	0,884	4,10	0,882	62	-14,424	61	0,000
Segítség nyújtásának képessége	1,97	1,040	4,35	0,749	62	-15,586	61	0,000
Rossz érzésekkel való megbirkózás úgy, hogy ne ártson önmagának	1,37	0,576	4,19	0,715	62	-24,707	62	0,000
Rossz érzésekkel való megbirkózás úgy, hogy ne ártson másoknak	1,69	0,916	4,23	0,798	62	-19,251	61	0,000
Biztonságos, a felépülést támogató környezet	1,63	1,028	4,63	0,683	62	-18,091	61	0,000
A tudatos, folyamatos fejlődés igénye	1,52	0,825	4,44	0,861	62	-19,293	61	0,000
A tudatos, folyamatos fejlődés képessége	1,40	0,639	4,37	0,730	62	-23,978	61	0,000
A jövőbe vetett bizalom	1,38	0,580	4,35	0,699	63	-26,794	62	0,000
A hétköznapi élet feladatainak való megfelelés	1,62	0,792	4,35	0,744	63	-19,269	62	0,000
A hibákból való tanulás képessége	1,51	0,693	4,02	0,793	63	-21,380	62	0,000
Kitartás	1,80	1,030	4,41	0,804	61	-18,513	60	0,000

Vizsgált mintánkat páros t-próba segítségével vizsgálva azt az eredményt kaptuk, hogy – igazolva hipotézisünket – a válaszadók megítélése alapján az általunk vizsgált huszonnégy tényező esetében jelentős pozitív változás figyelhető a jelen állapotra vonatkozóan, a legsúlyosabb időszakhoz képest.

Összegzés, következtetések

A válaszadók átlagosan több mint öt éve vannak felépülésben, a bentlakásos terápiát háromnegyed részük végezte el. Ez az eredmény egyfelől jelzi, hogy az általuk, mint tapasztalati szakértők által adott információk jelentősen hozzájárulhatnak az értékelő modell kialakításához, másfelől egybecseng azokkal a megállapításokkal, amelyek a terápia elvégzése és a felépülés között erős kapcsolatot jeleznek. (Vanderplasschen & mtsai., 2014)

A bentlakásos drogterápiás programban résztvevő válaszadók aktív szerhasználati időszakuk többféle drog használatával jellemezhető. Alkoholt szinte az összes válaszadó fogyasztott, de jelentős azok száma is, akik stimulánsokat, kannabiszszármazékokat és/vagy altatót, illetve nyugtatót használtak. A dizájner drogok használóinak átlagos életkora a teljes mintán belül alacsonyabb. A válaszadók háromnegyede valamilyen mélypont megélését követően kezdte el a bentlakásos terápiát. Az esetek többségében a mélypontot komplex leépülésként, súlyos pszichés problémákkal, illetve családi problémákkal lehet jellemezni. A bentlakásos terápiát megelőzően a válaszadók harmada volt hajléktalan, az adatfelvétel időszakában mindössze egy fő. A válaszadók többsége ellen nem indult büntetőeljárás a szerhasználattal összefüggésben. Akik ellen igen, azok egy kivétellel a legutolsó rehabilitációs kezelés előtt indult ügyben kerültek bíróság elé. A válaszadók döntő többsége rendelkezik munkahellyel, amely elsődleges jövedelemforrást is jelent. Közel 40%-uk ezen kívül önkéntes munkát is végez. Mindezek erős markerei a sikeres társadalmi beilleszkedésnek, a proszociális viselkedésnek.

A válaszadók többsége úgy véli, hogy a bentlakásos terápia segítségével nélkül meghalt volna. A relapszusra irányuló kérdésre válaszolók nagyobb részének nem volt visszaesése, érdemes azonban kiemelni, hogy 24,6%-nak volt, de szakemberektől kapott segítséggel jelenleg is felépülésben van. A válaszadók 7,7%-a a visszaesést követően szakemberek segítségével nélkül folytatta a felépülést. Ez azért jelentős, mert az utógondozás szükségességére hívja fel a figyelmet. (Williams, 2014) 34,57% korábban, 45,68% jelenleg is jár legalább heti rendszerességgel önszervező csoportok összejöveteleire, elsősorban AA és NA gyűlésekre. Egyéb, felépülést támogató közösségbe a válaszadók 32,1%-a jár, jellemzően valamilyen felekezeti (keresztény/keresztényen) alapon szerveződő csoportba. A terápiás folyamatban csak a válaszadók kisebb hányada (16%-a) tapasztalt olyasmit, ami akadályozta a felépülést, ezt az

alacsony arányt magyarázhatja ez is, hogy a felépülési folyamat lényegi összetevője a korábbi tapasztalatok megoldásközpontú gondolkodásra jellemző átértékelése, az ún. „harmadik perspektíva” kialakítása. (Kelemen & B. Erdős, 2004)

Az általunk vizsgált – a felépülésre vonatkozó értékelő kutatások (Burgess & mtsai., 2010; Laudet, 2007) fontos dimenzióiként azonosított – 17 tényező esetében pozitív irányú, szignifikáns összefüggést mutattunk ki aközött, hogy az adott tényező milyen mértékben jellemzi a legutóbbi bentlakásos kezelést, illetve aközött, hogy ez a tényező mennyire fontos a felépülés szempontjából. Hasonlóan szoros összefüggés mutatkozott a két, általunk kiválasztott, felépülési folyamatra alapvetően jellemző dimenzió és a többi változó között. A legsúlyosabb időszak és a kérdőív kitöltésekor aktuálisan megítélt („mostanában”) állapot esetében megjelölt pontszámok átlagértékeit összehasonlítva megállapítható, hogy a válaszadók életükben a legnagyobb mértékű változást a legsúlyosabb időszakhoz képest a *biztonságos, felépülést támogató környezet* esetében érzékelték, míg a legcsekélyebb mértékű változást a *segítség elfogadása képességének* kapcsán jelezték. A legsúlyosabbnak ítélt időszakban az ötfokozatú skálán a legrosszabb értéket a saját étellel való elégedettség, a jövőbe vetett bizalom, a tudatos, folyamatos fejlődés képessége kapta, míg a legmagasabb értéket a „volt/van aki hitt Önben” és a segítségnyújtás képessége állítás esetében jelölték meg. A kérdőív kitöltésekor megélt időszak esetében a legmagasabb értéket a biztonságos, felépülést támogató környezet, míg a legrosszabb értéket a baráti kapcsolatok, a hibákból való tanulás képessége és a családi kapcsolatok esetében jelölték meg. Mindez arra utal, hogy a kapcsolati hálózat átszervezése és rekonstrukciója folyamatos erőfeszítéseket igényel. A családi csoport igénye, mint az utógondozás egy fejlesztendő eleme ebben az eredményben is megjelenik.

Összességében megállapítható, hogy a kérdőíves vizsgálatban megkérdezett felépülő (tapasztalati szakértők) válaszai megerősítették az eredmény-értékelés szakirodalmi kutatásokban és kvalitatív elemzésekben körvonalazódó indikátorait, és alátámasztották a felépülési folyamatokról szerzett információkat.

Irodalom

- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T. & Rosen, A. (2010). *Review of Recovery Measures (Version 1.01)*. Australian Mental Health and Classification Network. Letöltve 2015. 01. 21-én:
http://www.mentalhealth.va.gov/communityproviders/docs/review_recovery_measures.pdf
- Kelemen, G. & B. Erdős, M. (2004). *Craving for sobriety. A unique therapeutic community in Hungary*. Pécs: The Faculty of Humanities, University of Pécs & The Leo Amici 2002 Foundation.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243–56.
- Vanderplasschen, W., Vandavelde, S. & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Williams, I. L. (2014). Drug treatment graduation ceremonies: It's time to put this long-cherished tradition to rest. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 32(4), 445–457.

A terápiás közösségek értékelésének javasolt modellje

A possible model for evaluating therapeutic communities

B. ERDŐS MÁRTA & KELEMEN GÁBOR

Összefoglalás

A szerzők a szerhasználati zavarral kezelt kliensek számára működtetett terápiás közösségek (TC) komplex értékelő modelljére tesznek javaslatot. A modell kialakítása a Trident keretrendszerére támaszkodva (Ellis & Hogard, 2006; B. Erdős, 2015), kevert (kvalitatív és kvantitatív) módszereket alkalmazó kutatáson alapszik. A kutatást három hazai terápiás közösségben folytatták le.

Kulcsszavak: komplex értékelés – terápiás közösségek – reflektálás

Abstract

Authors propose a possible model for the complex evaluation of therapeutic communities (TC) for clients with substance use disorder. The model is based on the Trident approach (Ellis & Hogard, 2006; B. Erdős, 2015), utilizing mixed method evaluation research and has been conducted in three Hungarian therapeutic communities.

Keywords: complex evaluation – therapeutic communities – reflection

Az értékelés keretei

A terápiás közösségek szerepe Európában változó. Általánosságban elmondható, hogy azokon a területeken, ahol az emberek erősen individualizálódott, a közösségi lét helyett az egyénre összpontosító társadalomban élnek, a TC-k népszerűsége csökken. (Vanderplasschen, Vandeveldde & Broekaert, 2014) A felépülési modell térhódításával a TC-k értékrendje előtérbe került, e modell azonban nehezen egyeztethető össze a fogyasztói társadalmak szolgáltatás-centrikus gondolkodásmódjával. Ez a mentalitás hosszú távon akár veszélyeztetheti is a felépülési modell érvényre jutását.

Hazánkban a TC-k a '80-as évektől kezdődően viszonylag hamar meghonosodtak, és vezető terápiás modalitásnak számítanak.

Filozófiájukban és gyakorlatukban következetesen képviselik azt a nézőpontot, amelyet a szociális gondoskodás más területein is érdemes konzekvensen követni. Eszerint a segítő feladata, hogy kliensét egyre fokozódó mértékben tegye képessé arra, hogy saját életéért és környezetéért felelősséget vállaljon. Nem okolják a személyt állapotáért, ám a parttalan segítestől tartózkodva elvárják, hogy saját felépülésében aktuális képességeihez mérten aktív szerepet vállaljon. Bár ez a képessé tevő megközelítés a szociális segítség általános alapja, az empowerment (Lakatos, 2009) és ezzel együtt a folytonos fejlődés igénye a TC-k értékrendjében fejeződik ki a legegységesebben.

Vizsgálatunk egyik következtetése, hogy a felépülési kultúra következetes képviselése és népszerűsítése, a TC-k értékrendjének megismertetése gazdagíthatja a társadalmi működést, mert olyan szerepmoделleket és értékeket kínál, amelyek az átlagember (a „normi”) számára sem haszontalanok, a szerhasználati zavarral küzdő személyek számára pedig egyenesen létfontosságúak. Amikor a terápiás közösségbe kerülő személy olyan mértékben helyezkedik kívül az emberi viszonylatok rendszerén, hogy a pusztán léte is veszélybe kerül, nehéz eredményértékelésről beszélni: mert miképpen mérhető egy emberi élet értéke? Természetesen mérhető pl. az elmaradó adók, járulékok, elveszített tudások, lehetőségek, a kapcsolatrendszerben bekövetkező, több generációra kiterjedő pusztító minták okozta károk felmérésével – röviden, a gazdasági, társadalmi és társas rend újratermelésében bekövetkező, mélyreható zavar költségeinek azonosításával. Az etikai megfontolások, az emberi élet feltétlen tiszteletének parancsa az ilyen, egyébként a költséghatékonyságot igazoló számításokat felülírja.

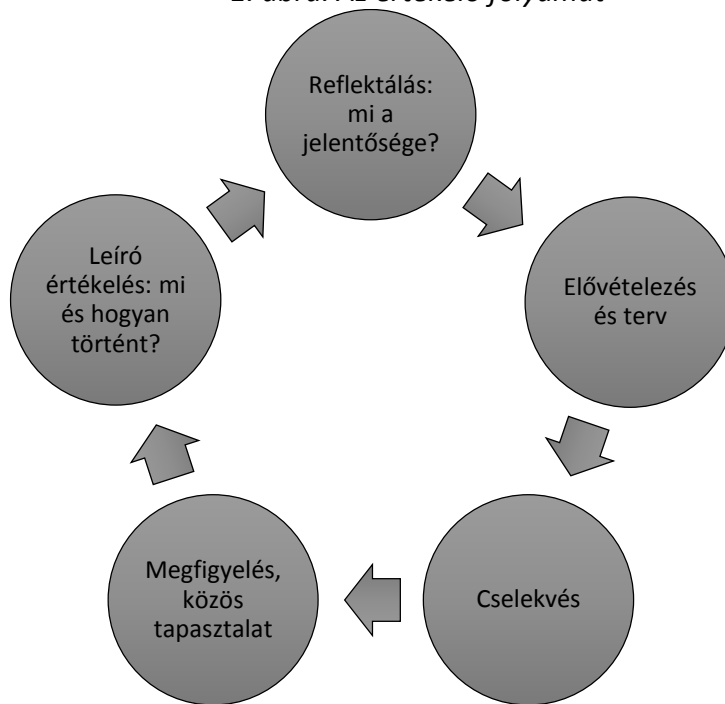
Mégis, a kezdetben életmentő, később az életet fenntartó és fejlesztő terápiás munka egyes vonatkozásai értékelhetőnek bizonyulnak. Ajánlásaink megfogalmazásakor a szakirodalmakból nyert adatokra és saját kutatásunk eredményeire egyaránt támaszkodunk. (B. Erdős & mtsai., 2015a; B. Erdős & mtsai., 2015b; B. Erdős & mtsai., 2015c; Márk & Mihaldinecz, 2015; Molnár & mtsai., 2015) Legalább három olyan jelenséggel számolhatunk, ami egyértelművé teszi, hogy „recept” helyett e területen mindenképpen egyfajta, a folyamatos megújulást, képzést, minőségfejlesztést előtérbe helyező *szemléleti keret* adhatja megalkotandó modellünk alapjait, amelynek csak bizonyos elemei rögzítettek.

- Az egyik a problématerület változékonysága. Az új pszichoaktív szerek használóinál markánsan eltérő kezelési szükségletekkel számolhatunk. A jelenségre aligha lehetett időben és jól felkészülni, bár az intézmények gyorsan és rugalmasan alakítják saját praxisukat az új kihívásokra válaszképpen: Ráckeresztúron tini-rehabot hoznak létre, Kovácsszénáján a stáb egy korszerű módszer, a mentalizáció alapú terápia (MBT) elsajátítására vállalkozott, és mindenütt tervezik a szisztematikus utánkövetést, értékelést.
- A másik az a sajátosság, hogy eltérő módszerekkel, eltérő betegségmagyarázatokkal és felépülési fókusszal egyaránt jó eredményeket mutathat fel az intézmény: ami a kezelés során történik, az lényegében az, hogy koherens magyarázatot alakítanak ki a kliens életének eseményeire, és egyben felkészítik arra, hogy ez a koherencia a változó körülmények közepette ideiglenes érvényű, folyamatosan újjáalakuló.
- Harmadszorra, a felépülők kultúrája eltér a domináns kultúrától, így számos mérőeszköz (Burgess & mtsai., 2010) torz értelmezésekhez vezetne ebben a kontextusban (pl. „vágyom rá, hogy sikeres legyek”; „ha én nem is törődöm magammal, mások igen”; „mindent meg tudok szerezni az életben”). Ide tartozik a spiritualitás kívülálló számára nehezen értelmezhető fogalma, és a felépülésben játszott szerepe is.

Főbb javaslatok

Javaslatunk egyik központi eleme a terápiás folyamat és az eredmények szisztematikus értékelése. Az értékelő folyamat egyes fontosabb állomásait az alábbi ábra szemlélteti:

1. ábra. Az értékelő folyamat



A belépésnél – az intézményekben szokásos motivációs interjú felvétele mellett – mindenképpen javasoljuk az *EuropASI* (Addikció Súlyossági Index) mérőeszköz használatát – ahol ezt esetleg nem tették korábban. Hasznos kiegészítője lehet e szükségletfelmérő folyamatnak egy, a felépülési erőforrásokat több szempontból mérő, a kliens számára könnyen kezelhető eszköz, mint pl. a *Recovery Capital Scale* (ld. a 8. mellékletben). (White & Cloud, 2008) Így pontosabban lehet mérni az alkalmazott terápia sikerességét-sikertelenségét, az elért eredményeket a kiinduló állapothoz viszonyítva. Ráadásul, mint azt a szakirodalmi ajánlásokból láthattuk, a betegség indukálta szükségletek és források eltérő terápiás megközelítést implikálnak. A felvételi eljárás során hasznos, több helyen alkalmazott eszköz az értékelés és a terápia céljaira egyaránt alkalmazható *videofelvétel*.

E területen az intézménybe kerülést követő terápiás *folyamatok* értékelésére minden intézmény törekszik, és vizsgálatunk szerint napi gyakorlatában egyértelműen érvényre juttatja: hiszen a kliensek szelf-reflektív kapacitásának megerősítése (mint a felépülés fontos alapja) csak akkor lehetséges, ha ezt a tevékenységet maga a közösség is modellálja.

Kiemelkedő jelentőségű a kezelést idő előtt megszakítók csoportjáról további, minél részletesebb információ gyűjtése, hiszen

láthattuk, hogy a terápiás program elvégzése és a felépülés között szoros az összefüggés. Javasoljuk, hogy minden intézmény vizsgálja meg, és a stáb közösen dolgozza fel ezeket az eseteket – nem csupán az érzelmi terhet, hanem az eset tanulságait is. (Megfelelő volt-e a kliens előkészítése; konszenzus alakult-e ki a felvételéről; volt-e olyan külső kötődés, amelynek hatásait nem sikerült megfelelően kezelni; volt-e valamilyen egyéb különös esemény, ami magyarázza a kliens idő előtti távozását?)

Az intézmények által megvalósítható folyamatértékelést a következő területekre bonthatjuk:

1. Bizonyos tevékenységek, struktúrák következetes érvényre jutásának vizsgálata az intézmény gyakorlatában, így pl.:

- szisztematikus utánkövetés és támogatás annak felismerésével, hogy a felépülés nem a program befejezésének függvénye, hanem élethosszig tartó fejlődést jelent;
- aktív kapcsolat felépülést segítő csoportokkal;
- a felépülési fázisnak megfelelő napirend és (pszicho)edukáció;
- megcsúszás, visszaesés során korai intervenció;
- rendszeres értékelő tevékenység bevezetése az intézmény praxisában;
- képzés, továbbképzés, szupervízió biztosítása.

2. Más tényezők rendkívül fontosak, ám sokkal nehezebben vizsgálhatóak, nem a viselkedésre, hanem annak befolyásoló, mögöttes tényezőire összpontosítanak, nem struktúráként, hanem valamilyen *minőségként* vannak jelen, pl.:

- a kezelés intenzitása;
- a terápiás szövetség minősége;
- a támogatást és a kihívást jelentő helyzetek optimális aránya és időzítése;
- a „drogozás elrontása”, azaz az attitűd- és identitásváltozás eszközei;
- spirituális orientáció.

Ha tehát megfelelő modellt kívánunk adni a folyamatértékelés megvalósításához, akkor egyfelől az intézményi gyakorlatot és struktúrákat vizsgáló eszközökre, másfelől a közösségi-kapcsolati minőségek vizsgálatára van szükség, amelyekbe e gyakorlat beágyazódik.

A nemzetközi és hazai gyakorlatban megfogalmazott sztenderdek a közvetlenül megfigyelhető szakmai gyakorlat szisztematikus áttekintését teszik lehetővé. A legfontosabb sztenderdek vonatkozásában a következőket állapíthattuk meg:

1) A vizsgált intézményekben a TC-modellt világosan és következetesen alkalmazzák. A lefolytatott interjúk alapján mind a kliensek, mind a terapeuták értik az alkalmazott terápia lényegét, jól meg tudják határozni saját szerepüket az intézményen belül, és a TC-t működtető szervezet is elkötelezett a módszer irányában. Egyértelműek a TC-be lépés és bennmaradás feltételei. Minden tag bevonódik a közösség életébe: együtt dolgoznak a fizikai környezet gondozásán. Ez a fajta, a felépülésben, az (újra- vagy pótlólagos) szocializálásban meghatározó jelentőségű gyakorlat azonban idegen az egészségügyi szférában és a szociális szféra egyes területein uralkodó szolgáltatás-centrikusságtól.

2) Itt hatalmas jelentősége van annak, hogy a „beteg” magára főzön, mosogasson, mosson, takarítson, mégpedig nem fizetségért, hanem a közösség és saját élete minőségének javításáért, azaz magáért a felépülésért. A munka tehát nem a jövedelem, hanem a pszichoszociális jóllét forrása, a rehabilitáció során a személy nem „szakmát” sajátít el, hanem olyan kompetenciákat, amelyek szakma tanulására és a munkavállalásra képessé teszik (állhatatosság, felelősségvállalás, rendszeresség, együttműködés stb.).

3) A kliensek együtt töltik a szabadidőt (étkezés, pihenés). Változó, és a kliensek létszámától is függ, hogy az intézmények mennyire törekszenek (mennyire *tudnak* törekedni) a teljes közösséget egyszerre bevonó elrendezésre (pl. pingpong, olvasás, kétszemélyes, kliensek közötti beszélgetések helyett foci, kirándulás vagy színházterápia, négyes étkezőasztalok helyett egyetlen közös asztal, „kerekasztal”). A kliensek megosztják tapasztalataikat, együttesen megbeszélik a vezetés, a közösségen belüli hierarchia kérdését, figyelembe veszik az egyéni különbségeket. Mindenki felel (előrehaladásának megfelelő mértékben) a szabályok betartásáért, és ezek felülvizsgálata közösen történik. Fontos, hogy a jól tagolt, kompetenciákon alapuló hierarchikus kapcsolatokat preferálják. Mindenki pontosan ismeri a napi időbeosztást, ami a kliensek szükségleteihez igazodik. Ennek mindenütt egyértelmű jeleit láttuk (pl. a napirend a falakra kifüggesztve, jól látható helyeken elérhető). A tempó

néhol feszített, az étkezés gyors ütemű, az alvásra szánt idő viszonylag rövid.

4) A stábben minden szakember jelen van; ez a kedvező állapot azonban a tini-rehabokban még nem valósul meg, mert a gyermekek oktatásában kulcsszerepet játszó pedagógusok a vizsgálat időpontjában hiányoztak a tervezett rendszerből. Megjegyeznénk, hogy a hazai szabályozás nem ismeri el önmagában azt a nélkülözhetetlen tapasztalati tudást, amellyel a „szénior” felépülők, tapasztalati szakértők rendelkeznek, pedig vizsgálatunk tanúsága szerint megszerzett tudásuk, személyes példájuk a felépülőben lévők számára döntő jelentőségű. (Ők hivatalosan nem mint *felépülő szenvedélybetegek*, hanem mint egyéb segítő foglalkozásúak vannak jelen.)

5) Úgy tűnt, az intézmények egymás közötti kapcsolattartása nem túlságosan intenzív, inkább a hasonló megközelítéssel dolgozók egymás közötti tapasztalatcseréjére korlátozódik. Ennek pedig nagy jelentősége volna egy olyan időszakban, amikor a szakma megújulását új és súlyos fordulat (az új pszichoaktív szerek problémája) kényszeríti ki. A szándék és a megfelelő nyitottság mellett természetesen a kölcsönös tanulást lehetővé tévő kapcsolattartásra megfelelő forrásokhoz is szükség van (utazási költségek, képzési költségek, helyettesítés). Hasonló probléma a szervezetek tevékenységének nyilvánossága: ennek menedzselése értő, összehangolt kommunikációt és megfelelő forrásokat igényel (facebook, web, személyes kapcsolattartás, a tömegkommunikáció felépülési üzenetei stb.).

6) A szupervízió és a továbbképzések a munkatársak részére a beszámolók szerint elérhetőek, és rendkívül lényeges fejlődési forrásnak számítanak. E források minőségét nem vizsgáltuk, azt azonban mindenképpen javasoljuk, hogy a szupervíziót ezekben az intézményekben csak az addiktológia gyakorlati területein jártas diplomás szupervízor/pszichoterapeuta, optimálisan külső, független intézmény szakképzett, gyakorlott munkatársa végezhesse. A rendszeres csoportos szupervízió e területen elengedhetetlen; e professzió azonban különös jártasságot igényel. Ezt a rendszert belülről optimálisan egészítené ki a különböző szinteket módszeresen bevonó, minimum havonkénti visszajelzés, megbeszélés.

7) A továbbképzéseket pedig a saját szemléleti keretből kilépve, a sajáttól eltérő TC-működés megismerése céljával is vegyék igénybe a szervezetek. Az összehasonlítás elősegíti a saját tevékenységre történő reflektálást, a különbségek a terápiás gyakorlatot megújító forrásokként szerepelhetnek. Ez a fajta együttműködés akkor lehetséges, ha a forrásokért az intézményeknek nem kell erősen versengeni – az együttműködésből több nyereség adódik. Ezeknek a win-win helyzeteknek a kialakítása nem az intézmények felelőssége.

8) Az utógondozó tevékenység során a közösségi alapú, felépülést támogató hosszú távú programok bevezetése (Williams, 2014) jelenthetne az eddiginél szervezettebb és hatékonyabb megoldást. A terápia hatékonyságát mind a szakirodalmi adatok, mind saját kutatásunk szerint növeli, ha a felépülő egy számára elfogadott érték- és élményközösséghez csatlakozhat. Ilyen közösség szervezésére az intézmények törekszenek is (12-lépéses csoportok, egyéb alumni csoportok, gyülekezetek), ám ezeknek szervezésére és fenntartására a jelek szerint nem jut mindenütt elegendő forrás és kapacitás. A helyi közösségbe történő integrálódás hazánkban aligha járható út, mivel ilyen, erőforrásokban bővelkedő, elfogadó közösségeknek a hazai társadalom szűkében van. Közösségek, „közösségi” alatt legfeljebb egy integrált, lokális ellátórendszer egyes, jellemzően túlterhelt vagy nem minden szintéren elérhető elemeit érthetjük. Célszerű lenne – a nemzetközi ajánlásokkal összhangban – az intézmények hosszú távú utógondozó programjainak megerősítése, hogy a rengeteg munkával, befektetéssel elért eredmények hosszú távú fenntarthatóságát biztosítsák.

9) A kapcsolódó értékelő tevékenység súlyát a vizsgált szervezetek ismerik. A saját tevékenység értékelésére, a minőségbiztosítás megvalósulására határozott törekvéseket észleltünk, ezen a ponton azonban a kialakult gyakorlat megerősítése, a köznapi értelemben vett értékelés szisztematikussá és reflektálttá tétele jelentheti az előrelépést. Ennek egyik lehetséges útja a gyakorlati szakemberek és a területen kutatók jobb együttműködése.

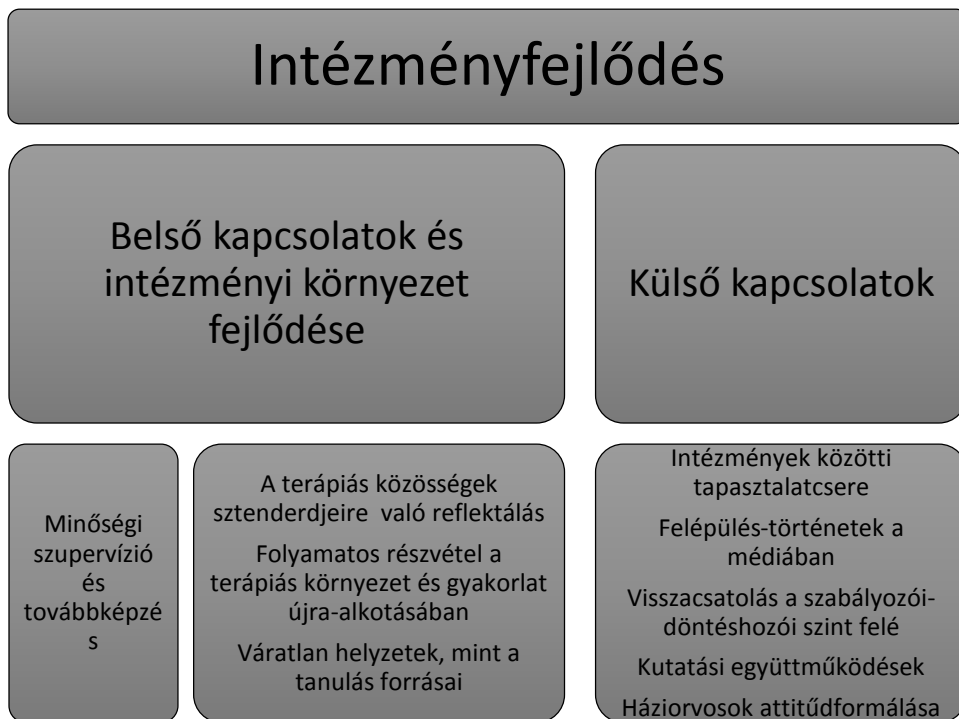
10) Az intézmények felépülési gyakorlatának értékelését segítő kérdőív (*Recovery Promotion Fidelity Scale*) (Burgess & mtsai., 2010, p. 77) csak részben feleltethető meg e terület sajátos kívánalmainak, ezért ennek egyszerű átvételét és alkalmazását nem javasoljuk. Az RPFS a szokásos „szolgáltató”-modellből indul ki, anonim véleményezést támogat ott, ahol

a kezelés a személyes felelősségvállalásra való felkészülést állítja a középpontba; és a kliensek elégedettségének mérését javasolja olyan populáció esetében, amelynél a betegség egy fő vonása kezdetben maga az elégedetlenség. A kérdőív néhány kérdéscsoportja azonban használható szempontokat ad a folyamatértékeléshez, mert a követett gyakorlattal összhangban áll. Ilyenek a következők:

- a kliensek bevonása a döntéshozatalba (milyen módon, milyen következményekkel);
- a felépülő kliensek alkalmazása a szervezetnél (ld. a fenti probléma);
- személyre szabott felépülési tervek (hogyan alakítják ki, milyen gyakorisággal, kinek a bevonásával vizsgálják felül, miként értékelik az eredményeket);
- a felépülés filozófiájának képviselője (küldetésnyilatkozat, amelyet széles körben igyekeznek ismertté tenni);
- felépülés-szemponturn minőségfejlesztés, ahol a fejlesztési célokat a felépülésben lévő személyekkel együtt határozzák meg, és ezeket minden kockázatviselő csoport számára ismertté teszik (pl. döntéshozók, szakemberek, kliensek stb.);
- felépülés-szemponturn továbbképzések a stáb számára (folyamatosan);
- a stáb képes külső személyeknek elmagyarázni, hogy mi a felépülés lényege, és miért ez a szervezetet vezérlő elv;
- a felépüléssel kapcsolatos képzések biztosítása a felépülők számára (az utógondozást is beleértve).

Az intézményi gyakorlat felmérésére egy általánosan elterjedt mérőeszköz a 7. mellékletben található *Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ)* (Melnick & De Leon, 1999), amelyet mi is alkalmaztunk. Javasoljuk e kérdőív kiegészítő jelleggel történő használatát az intézmények önértékeléséhez, a saját praxis átgondolásához.

2. ábra. Az intézményi fejlődés területei



11) Több interjúban megfogalmazódott a szociális tanulás kiemelkedő jelentősége, az, hogy a személy számára a változásban való reményt egy már felépülő sorstárs testesíti meg a döntés időszakában és az első nehézségek megtapasztalásakor. További fontos szempont, hogy az intézmény, akár kliensei és segítői, akkor tud jól működni, ha maga is folyamatos fejlődésre törekszik. Ezzel kapcsolatban az egyik legfontosabb kérdés, hogy minden egyes tevékenység a felépülés szolgálatában áll-e? Hogyan valósul ez meg? A környezet minden eleme a felépülést szolgálja-e (természeti környezet, tárgyak, pl. a könyvek, sportszerek stb.)? A következő ábrán a terápia legfontosabb célkitűzéseit, a fejlesztendő folyamatokat foglaltuk össze, a terápiás közösségek két fő változásmódjára építve: a krízis, azaz mélypont mélyreható, motivációt adó „élet-átváltozása”; és a szociális tanulás lassú, szisztematikus módja:

3. ábra. Kulcsfontosságú folyamatok



Eredményértékelés, utánkövetés

A hosszabb távú utánkövetés és az erre a szakaszra vonatkozó folyamat- és eredményértékelés azért mutatkozik problematikusnak az intézmények számára, mert számos kliensről nem érhetőek el az adatok a későbbiekben. Erre a problémára az egyik lehetséges választ a hosszú távú utógondozó programok bevezetése jelentheti. Az alumni közösségek aktív tagjai elérhetőek maradnak.

A viszonylag pontos, visszaesőket is bevonó, bár nem teljes körű eredményértékelésre módot adó rendszer ma már elvileg létezik. Dr. Szemelyácz János (INDIT Közalapítvány) említette egy beszélgetésünk során, hogy a TAJ-szám alapján történő utánkövetés lehetne a megoldás. Ezt a felvetést gondoltuk tovább.

A Központi Elektronikus Nyilvántartó (KENYSZI) rendszer a szociális területen tevékenykedők számára jelenleg egyfajta „fekete lyuk”, amelybe az adatok bekerülnek, de a szakemberek csak a saját intézményükre vonatkozó adatokat láthatják és követhetik. Nyilvánvaló, hogy erre a zártságra szükség is van a személyiség jogok védelme miatt; azonban a

hatékonyság méréséhez elegendő volna, ha megfelelő szűrők alkalmazásával a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalban dolgozó, a szociális intézmények szolgáltatása adatok teljes köréhez hozzáférő szakemberek, vagy – a törvényben egyébként rögzített elérés biztosításával – a Központi Statisztikai Hivatal szakemberei százalékos arányokat jeleznének vissza arról, hogy a terápiás közösségekben kezelt, a kezelést befejező vagy megszakító személyek közül a rákövetkező 5 évben:

- hányan haltak meg túladagolás, öngyilkosság vagy bűncselekmény következtében;
- hányan kerültek kapcsolatba a büntetés-végrehajtással;
- hányan és hány alkalommal vettek igénybe sürgősségi ellátást túladagolás („mérgezés”) vagy öngyilkossági kísérlet, esetleg szerhasználattal összefüggésbe hozható baleset miatt (itt a BNO-kódok jelenthetnek szűrési szempontokat);
- hányan és hány alkalommal vettek igénybe bentlakásos ellátást szerhasználati zavar diagnózissal;
- hányan és hány alkalommal vettek igénybe ambuláns ellátást;
- hányan vették igénybe a hajléktalanellátó rendszer szociális szolgáltatásait;
- hányan fizetnek társadalombiztosítási járulékot.

A Központi Statisztikai Hivatal bevonását az is indokolná, hogy bizonyos adatokat a fentiek közül az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Általános Finanszírozási Főosztálya (Korábban: Gyógyinfok) kezel. A tervezett Nemzeti Egészségügyi Információs Rendszer működését hasonló alapokról tervezik, ám ezen a speciális területen az egészségügyi és a szociális terület adatait együtt kellene kezelni. Pontosítaná a vizsgálatot, és jelentős lépés volna az eredményértékelésben, ha a megelőző év(ek)ről is lehetne adatokat gyűjteni és visszajelezni. (Kontrollcsoport bevonása valószínűleg itt is az RCT-típusú értékelések kapcsán jelzett problémákat hozná a felszínre.)

Nem olyan rendszert javasolunk tehát, ahol az utánkövetés személyre szabottan valósul meg, és az intézményeknek az egyedi TAJ-szám felhasználásával jeleznek vissza. Bár egy ilyen rendszer pontosabb értékelést tenne lehetővé, a személyiség jogok védelmében az anonimizált és összesített adatok visszajelzését megfelelőbbnek tartjuk. E hosszú távon működtethető utánkövető mérésekkel pontosabban tudni lehetne azt is, hogy melyik intézménynek mi a specifikuma, és melyik klienscsoport ellátásában a leghatékonyabb. Óvakodni kell azonban az adatok

mechanikus értelmezésétől. Például a munkanélküliség aránya az egyes régiókban eltér, és ehhez viszonyítva tudjuk értelmezni a terápiát zárt személyek adatait; társadalombiztosítási járulékot nappali tagozaton tanuló személytől nem vonnak, de ez is a beilleszkedés egy markere; a büntetés-végrehajtással a rehabilitációt megelőzően elkövetett cselekmény miatt is kapcsolatba kerülhetnek; az egészségügyi problémák megítélésében van bizonyos szubjektivitás; nagy az eltérés a felépülési arányokban az alkoholbetegek és a designer szerek használók között stb. Ugyanakkor egy ilyen rendszer bevezetésével Európában is egyedülálló, komplex eredményértékelést lehetne megvalósítani.

A terápiás hatékonyságot mérő kérdőívek hátránya, hogy erősen kultúraspecifikusak, ráadásul, mint már említettük, e közösségek alternatív kultúrájában egyes vizsgálati eszközök, skálák az eltérő értékorientáció miatt értelmezhetetlenek. Az Ipeus szoftver az identitás (értékrend, attitűdök, a szerhasználat kapcsán fellépő kognitív disszonancia) mérésére alkalmas. A pilot alkalmazás kidolgozásához a szoftver külföldi kifejlesztőivel vettük fel a kapcsolatot, korábbi etnográfiai kutatásainkra, a jelenlegi kutatás eredményeire alapozva, és a Kovácsszénáján dolgozó terapeutákkal való megbeszélések során alakítottuk ki azt az első próbaváltozatot, amelyet a kettős diagnózissal (szerhasználati zavar – borderline) kezelt klienseknél szeretnénk alkalmazni. (B. Erdős & mtsai, 2015) A felépülés méréséhez az értékelést a terápiás folyamat elején és végén is el kell végezni. Az alkalmazás tesztelését ezért a jelen projekt futamideje alatt nem tudtuk elvégezni (ez minimum további egy évet vesz igénybe), azonban a külföldi alkalmazások alapján a terápiás hatékonyság mérésének egy potenciálisan érzékeny és megbízható eszközére bukkantunk.

Természetesen a felépülési tőke és az addikció súlyossága változásának mérése a kimenetkor egyaránt alkalmas az eredményértékelés megvalósítására – amennyiben a volt kliens a terápia zárását követően is elérhető, és közreműködik a vizsgálat elvégzésében. A társadalom oldaláról a legnagyobb kérdés, hogy miképpen és milyen mértékben képesek a kliensek a társadalmi újratermeléshez hozzájárulni (munkavállalás, gyermeknevelés, generativitás). A terápiás közösségek viszonylagos zártsága természetes, azonban a kommunikáció egymás irányába, és a hiteles kommunikáció a nagyobb nyilvánosság irányába megnövelheti saját hatékonyságukat és társadalmi elfogadottságukat. Ez különösen fontos nem csupán a felépülők jobb társadalmi elfogadása, de a prevenció és a terápiába lépés szempontjából is.

Irodalom

- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T. & Rosen, A. (2010). *Review of recovery measures (Version 1.01)*. Australian Mental Health Outcomes and Classification Network. Letöltve 2015. 01. 21-én:
http://www.mentalhealth.va.gov/communityproviders/docs/revie_w_recovery_measures.pdf
- Ellis, R. & Hogard, E. (2006). The Trident: A three-pronged method for evaluating clinical, social and educational innovations. *Evaluation*, 12(3), 372–383.
- B. Erdős, M. (2015). Az értékelő kutatás egy korszerű modellje. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 30–40.
- B. Erdős, M., Kelemen, G. & Szijjártó, L. (2015a). A terápiás közösségek értékelésének kérdései. A TC-k az egészségtanulás szolgálatában. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 41–75.
- B. Erdős, M., Madácsy, J., Brettner, Zs. & Szijjártó, L. (2015b). Szervezeti sajátosságok vizsgálata: vezetői interjúk és a SEEQ kérdőív. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 92–98.
- B. Erdős, M., Szijjártó L., Márk, M., Madácsy, J. & Mihaldinecz, Cs. (2015c). A felépülés folyamata és értékelése kliensek, valamint segítők részéről. Kvalitatív vizsgálatok. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 117–177.
- Lakatos, K. (2009). *A képessé tétel folyamata*. Budapest: Közösségfejlesztők Egyesülete.
- Márk, M. & Mihaldinecz, Cs. (2015). „A múlt megszépíti az emlékeket.” A másik történet: az életesemények konstruálása a felépülőben lévők hozzátartozóinak perspektívájából. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 178–186.
- Melnick, G. & De Leon, G. (1999). Clarifying the nature of therapeutic community treatment: The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 301–313.
- Molnár, D., Szijjártó, L. & B. Erdős, M. (2015). A felépülés főbb dimenziói. Kérdőíves vizsgálat bentlakásos drogterápián részt vett szenvedélybetegek körében. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 187–219.
- Vanderplasschen, W., Vandavelde, S., & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Weinreich, P. (2010). *A Guide to the generation of a well-constructed ISA instrument. Guidance for usage of the IPSEUS software*. Dromore: Identity Exploration Ltd.
Letöltve 2015. 09. 18-án:
http://www.identityexploration.com/uploads/files/ISA_identity_instrument_guide.pdf
- White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22–27.

Szoftver-alkalmazás

B. Erdős, M., Erskine, A., Kárpáti, T., Molnár, D., Rozgonyi R., Szijjártó, L., Vata, J. (2015): Ipseus-alkalmazás szerhasználati zavarral/borderline személyiségzavarral kezelt, mentalizáció alapú terápiában részesülő vizsgálati személyek számára (pilot alkalmazás, a szoftver P. Weinreich (2010) fejlesztése).

**Jan Lees, Nick Manning, Diana Menzies & Nicola Morant
(Eds.): A culture of enquiry [A kutatás kultúrája]**

London: Jessica Kingsley Publishers, 2004, 366 o. ISBN 978-1-84642-424-3

MÁRK MÓNIKA

A nyugati típusú jóléti államokban az 1980-as évektől bekövetkező stagnálás egyúttal a jóléti kiadások megnyirbálását hozta. A kisebb tortával beérni kényszerülő jóléti ágazatokban az egymás rovására történő forrásnyerés és az erőteljesebb érdekérvényesítés tűnt lehetségesnek. A versengő érdekeket a jóléti szolgáltatás hasznosságának és gazdaságosságának dimenzióiban igyekeztek összemérni. Az első nehézséget az eltérő minőségek közös „nevezőre hozása”, az objektív mérce felállítása jelentette. A nem kvalifikálható értékek mennyiségi lefordítása csupán egyfajta redukció árán volt lehetséges. A minőségfejlesztés alapjául szolgáló standardizálás éppen az életminőség alapvető kérdéseiben (pl. az élet értelmét meghatározó értékek, eszmények) nem nyújt szinte semmiféle támpontot.

A kliensek számára nem csupán szocio- és pszichotechnikákat, hanem azokon túlmutató erkölcsi irányelveket is mutatni kívánó szolgáltatások számára a mennyiségi mutatókon kívül különösen lényeges a kvalitatív módon történő megközelítés, a „mit?”, „hogyan?”, „mi célból?” típusú kérdésekre történő válaszadás. A kliensek jelentés- és értelemadó folyamataiban keletkezett zavarok „elhárítására”, az értékvilág korrigálására is törekvő, szenvedélybetegek talpra állítására szerveződött terápiás közösségek (therapeutic community, a továbbiakban TC) a hagyományos feltételek mentén működő egészségügyi rendszer hiányosságaira reflektálva jöttek létre. A TC-k univerzális emberi értékekre épülő elmélete és gyakorlata eleve hátrányos helyzetbe hozta őket a racionális és hatékonyságközpontú eljárásokhoz képest, mert eredményességük megfelelő kutatási bizonyítékok hiányában aligha támasztható alá.

Az e kutatás terén tapasztalható lemaradás mérséklésére íródott kötet így elsősorban TC-ben dolgozó szakembereknek készült. A könyvben több módszert és megközelítést bemutatnak a szerkesztők. Az összesen tizennyolc tanulmány három részre bomlik.

Az *első rész* a TC-kutatásokról ad áttekintést a kezdetektől napjainkig. A TC-k többsége egy sajátos intellektuális örökségen szerveződik, amely két jól elkülöníthető területet foglal magába: a szervezetelméletet (organisation theory), különös tekintettel a struktúrák, az interperszonális folyamatok és az egyéni viselkedés közötti interakciókra; és a pszichoterápiát (a személyes fejlődés és változás előmozdítása irányított beszélgetésen keresztül). A pszichoterápiás és szocioterápiás irányzatok egymástól történő „elfejlődése” a TC-k esetében is felvetette a kérdést: melyik irányt kövessék a klinikai intervenciók? Koncentráljanak-e az individuális „nyomvonalra” vagy inkább a társas szituációk által közvetített hatásokra fókuszáljanak? A vagy-vagy válasz alternatívájaként az elméleti szintézis lehetősége kínálkozott (pl. Bourdieu habitus-, mező- és tőkeelmélete, Henri Tajfel szociális identitás kategóriája, Moscovici szociális reprezentáció elmélete). Mennyiben relevánsak ezek az elképzelések a TC-k számára? A TC-t felfoghatjuk mikrotársadalomként, ahol a személyközi interakciók egy biztonságos társas közegben nem csupán „újra-játszhatók”, hanem a hibák, tévedések korrigálhatók is. Kvantitatív vagy kvalitatív megközelítés alkalmazása a célravezető? A kutatások mindegyike – explicit vagy implicit módon – mindkét megközelítéssel dolgozik (pl. pszichometriai kérdőívek, narratív interjúk, naplórészletek).

A kvalitatív kutatás során a hangsúly a szubjektív tapasztalatokra, a folyamatokra és a jelentésadásra helyeződik (az eredmények a viszonylag kis elemszám miatt kevésbé általánosíthatók), s a konstrukcionista felfogással hozható összefüggésbe. A kutatás érvényessége mindazonáltal növelhető olyan stratégiák alkalmazásával, mint az átláthatóság és a trianguláció. A kvalitatív és kvantitatív kutatások erősségei is kamatoztathatók a mentális problémák és kezelésük komplex területén, például egy kvantitatív típusú elemzés alkalmas lehet a TC eredményeinek megvizsgálására, míg a kvalitatív eljárások közelebb visznek a TC-ben lezajló folyamatok megértéséhez.

A TC-kutatások kezdeti időszakában az egyik első „külső megfigyelő” által készített írás Rapoport *Community as Doctor* (1960) című munkája (Nagy-Britannia, Belmont Hospital). Amíg a TC-ben dolgozó, a TC módszere iránt elköteleződött szerzők kritikájaként túlzott bevonódásukat és az „objektivitás” hiányát szokás felhozni, addig Rapoport esetében a problémát a TC perspektívájának tökéletlen megértésében látják. Ettől eltekintve Rapoport írása megtermékenyítő módon hatott a területre. A TC általa bevezetett „négy pillére” a TC-k gyakorlati megvalósítása során is standardként szolgált (demokratizmus, permisszivitás, konfrontáció és

közösségiség). E korai kutatások fókusza jellemzően a „vajon működik-e” kérdésen volt.

De Leon nevéhez kapcsolódnak az 1970-es évek elejétől kezdődő TC-kezelés értékelését végző kutatások (Phoenix House). A TC-kutatások az első, a TC úttörői által informatív és meggyőzősi szándékkal íródott beszámolóktól kezdődően a „kívülálló” által végzett etnográfiai megfigyeléseken keresztül az utóbbi időkben zajlott-zajló kvalitatív, értékelő kutatásokig „ívelnek”. A „*hogyan dolgozik*” kérdés azonban, legalábbis részlegesen, ma is megválaszolásra vár. A kezdeti leíró jellegű kutatásokat az értékelő megközelítések kezdték felváltani (az újabb keletű bizonyíték alapú kutatások a TC-k szó szerinti túléléséhez elkerülhetetlennek bizonyultak, pl. Nagy-Britanniában a National Health Service [Nemzeti Egészségügyi Szolgálat] reformja nyomán).

A *második rész* tanulmányai mintegy visszabontva a „bizonyíték alapuló gyakorlat” kutatási célkitűzését, a „*gyakorlaton alapuló bizonyítékok*” programjában és a gyakorlattal kölcsönhatásban álló tudás eszméjében osztoznak. Másképpen, inkább a gyakorlati tanulást is magába foglaló tudásra építenek, mint a tudás alapú gyakorlatra, írja bevezetőjében Frank Margison. A második rész írásaiban a TC-t a pszichoterápia-kutatás kontextusába helyezve kutadják.

A *szolgáltatások értékelése* két vonatkozó témában történik: *klinikai audit* (a szolgáltatás minősége) és *teljesítményértékelés* (outcomes benchmarking). A minőségre irányuló kérdések: Mennyire kíván a szolgáltatás átfogó (széleskörű) lenni? Mennyire releváns a beavatkozás? Mennyire elfogadható a beavatkozás? Mennyire hozzáférhető és méltányos a szolgáltatás? Milyen hatékonyan működtethető a kezelés? A teljesítményértékelés egyéni szinten és a szolgáltatás szintjén történik.

Practice Evaluation of Therapeutic Communities (Jan Lees) [A terápiás közösségek gyakorlati értékelése]. Nagy-Britanniában jó ideje vita tárgya, érvek sorakoznak pro és kontra a TC-standardok akkreditálása ügyében. Vezetői (manager) oldalról és a közvélemény felől létezik egyfajta nyomás az elszámoltathatóság jegyében, a TC-tagok és szakemberek pedig az autonómiájukat féltik, s kétségeiket fejezik ki a komplex TC-megközelítés standardizálhatóságát illetően (protokoll vagy manuál kontra kreativitás, spontaneitás és reflexivitás).

A TC-k minőségi standardjai vonatkozásában a *Kennard–Lees Audit Checklist* (KLAC) a fenti „folyékony” TC-szemponthoz igyekszik beépíteni az audit kritériumokba, amelynek alapelvei: a „culture of enquiry”; a közös döntéshozatal; a terápiás közösség életének minden aspektusa és történése feldolgozandó nyersanyagként szolgál a terápiás folyamat során;

a terápiás munka a TC kapcsolati rendszerén keresztül történik; a TC-tagok bátorítást kapnak, hogy konstruktív módon csatlakozzanak a közösség egészéhez. Az ellenőrző lista összesen 58 elemet tartalmaz, amelyeket nyolc csoportba sorolnak: a „culture of enquiry”; a kezelési program struktúrája; a kezelési folyamat és a közösségi élet; felelősség és döntéshozatal; kezelőszemélyzet dinamikája és kapcsolatai, határok és keretek; fizikai erőforrások; a stáb erőforrásai.

A *Community of Communities Projekt* [Közösségek Közössége Projekt] keretében a „terápiás közösség ethosának” meghatározására tettek kísérletet, s a fenti nyolc területet továbbiakkal egészítették ki: a környezet és berendezés; felvétel és elbocsátás; gondozás/törődés és kezelés; információ, hozzájárulás és titoktartás; jogok, biztonság, határok és keretek, szervezet, policy és eljárások; külső kapcsolatok.

The Research Context for Therapeutic Communities in the USA (Georg De Leon) [A terápiás közösségek kutatásának kontextusa az USA-ban]. A TC-kutatások két fázisra oszthatók: az 1973–1989 közötti és az 1990 utáni időszakra. A TC-k a hagyományos egészségügyi kezelés alternatívájaként jöttek létre. A kezelésbe felvettek többsége fehér férfi, kevés munkatapasztalattal. A terápiás cél az identitás- és életstílus változtatás. A TC-k kritikájaként költségességüket hozták fel (a nappali ellátásokhoz képest), így a hatékonyság dokumentálása alapvető jelentőségű volt. Az *eredményesség indikátorai*: a viselkedésszerű változások (droghasználat, bűnözés és munkavállalás vonatkozásában) és a pszichikai kondíció javulása (depresszió, szorongás, önértékelés).

De Leon vizsgálatai szerint a *sikerés kezelés prediktorai* a kezelés befejezése és a kezelésben töltött idő hossza (legalább egy év). A súlyos pszichopatológiai kórképek és a bűnöző életmód növelik a kezelés megszakításának esélyét. A kezelésben maradás esélye növelhető egyéni szupportív tanácsadással, a családtagok bevonásával.

Az 1990-es évektől a kutatás fókusza a „vajon működik-e a TC-módszer” kérdéstől a „hogyan működik” kérdés felé mozdult el. A TC komplex elméleti megközelítése „globális kutatási stratégiát” implikál (kvalitatív és kvantitatív technikák ötvözése, résztvevő megfigyelés alkalmazása, a stáb, a kliensek nézőpontjai). A TC-k tanulmányozásának egy lehetséges stratégiája, hogy a teljes kezelési protokollra fókuszál, ahelyett, hogy az egyes elemek közötti kapcsolat azonosítására koncentrálna (a kezelési teória és a kivitelezés egyezősége, „pontossága”). Abból a feltételezésből indul ki, hogy a „pontosság” növelése javítja a kezelés minőségét (kevesebben szakítják meg a kezelést, jobbak az eredményességi mutatók) és csökkenti a kezelésben eltöltött időt.

The Gold Standard (Nick Manning) [Az arany standard]. Az RCT (randomised controlled trial) [randomizált, kontrollált vizsgálat] az „arany standard” az orvosi beavatkozások értékelésében (de nem létezik „arany standard” minden problémára). A TC-kutatásban, ahol egy komplex társas szituációt vizsgálunk, kétségek merülnek fel a megbízhatóság tekintetében (hatóelemek „keveréke” és „dózisa”, a rendszer és a személyek „összjátéka”, a kezelés hatásának mérése).

Using Qualitative Research Methods in Therapeutic Communities (Barbara Rawling) [A kvalitatív kutatási módszer használata a terápiás közösségekben]. Technikák és elemzési eljárások széles skálája sorolható ide. Az adatgyűjtés leggyakrabban interjúzással vagy megfigyeléssel történik, amely kiegészülhet már létező dokumentumok elemzésével vagy naplófeljegyzések készítésén keresztül. A kutatók képanyagot készíthetnek a „természetes közegükben” folyó TC-aktivitásokról, de elterjedt a fókuszcsoporthoz alkalmazása is. A kutatói kérdés a kutatás során finomítható vagy akár jelentős mértékben módosulhat (ez jelentős különbség egy kvantitatív kutatáshoz képest, amely előzetes hipotézisre alapul). A kvalitatív kutatás egyik legnagyobb nehézsége lehet a megfelelő távolság beállítása a kutatás alanyaival. A TC-hez csatlakozó, sokszor speciális képzettséggel rendelkező gyakorlati szakemberek (practitioner’s accounts) „klinikai szemléletű” beszámolóit is értékes részletekkel szolgálhatnak a TC filozófiájáról és aktivitásairól.

Outsiders on the Inside (Nicola Morant & Fiona Warren) [Kívülállók a belső oldalon]. A kutató TC-ben betöltött szerepét és pozícióját a „belső kívülálló” kifejezésben sűrítik össze. Osztják a tudás/tudomány konstruálására vonatkozó nézetet (Knorr-Cetina, Merton), miszerint az alakítja a társadalmi-kulturális kontextust és ideológiákat, s fordítva, a tudományt is formálja az adott történelmi-kulturális beágyazottság. A mikrotársadalmi folyamatok (amelyek a TC-ben is zajlanak) és a szélesebb makrotársadalmi folyamatok (politikai, pénzügyi, stb.) együttesen formálják a mentális egészség területén működő szolgáltatásokat. A szerzők nézete szerint az emberi és intézményi aspektusok nem választhatók élesen külön a tudományos „produktumtól” és kutatási eredménytől. A „termék” és a „gyártó” (product, producer) mindig összekapcsolódnak (a kvantumfizikához hasonlóan a társadalomtudományos megfigyelésekre is igaz, hogy a kutatás a kutatott témára hatással van, azaz működik a reaktivitás vagy megfigyelő effektus). A TC-k lényeges jellegzetességének tekintik, s ezért kutatási szempontból is kiemelik az interperszonális dinamika és folyamatok központi szerepét. A kutató „szokatlan” szerepbe kerül a TC-kutatás során, amelynek nem

tagja a „szokásos” értelemben. Pozíciója ambivalens, hiszen nincs sem igazán „bent”, sem igazán „kívül” (outsider on the inside). Óhatatlanul felmerül a kérdés a stábtagnak és a TC tagjaiban „Ki ez a személy?”, „Vajon mit csinál?”, „Miben áll a kutatás?”. Kennard szerint a stáb és a kliensek részéről tipikus hozzáállások: 1. egy olyan folyamatról van szó, amelyből megtudjuk, hogy a TC működik-e vagy sem; 2. olyasvalami, ami semmi használható eredménnyel nem szolgál majd, hiszen olyan sok tényezőt vizsgál egyidejűleg; 3. etikailag elfogadhatatlan, személytelen és mechanikus út ilyen módon emberekhez közel kerülni, megérteni őket. A szerzők véleménye szerint a kutató egy „harmadik perspektívát”, egy olyan alternatív szempontot képvisel, amely kiegészíti a stáb és a kliensek nézőpontját, s eltérő irányú tapasztalatai jól hasznosíthatók.

A *harmadik rész* a kutatási eredményeket összegzi, s azt veszi számba, hogy melyek a TC legfontosabb eseményei.

What Makes a Therapeutic Community? A Comparative Study of Ideal Values. (Fiona Dunstan & Sarah Birch) [Mi tesz valamit terápiás közösséggé? Összehasonlító vizsgálat az ideális értékekről]. Áttekintve a témában eddig született írásokat Rapoport-tól (1960) Suddards és Wilks (1996) összefoglalójáig, nem találnak egységes TC-definíciót. Szem előtt tartva Main „culture of enquiry” megállapítását, a szerzők kísérletet tesznek a TC-k értékideáljainak azonosítására. A TC „alkotóelemeinek” azonosítása elképzelésük szerint közelebb visz egy általánosabb TC-megközelítés kialakításához, valamint a TC-k értékeléséhez. A vizsgálathoz 58 kérdést tartalmazó kérdőívet használtak, a vizsgálat során 263 klient és stábtagnak kérdezték meg, 6 TC-ből), az adatokat SPSS segítségével (faktoranalízis) elemezték.

A legfontosabb terápiás eseményként a katarzist, az önfeltárást, az interperszonális kapcsolati fejleményekből történő tanulást, a vikariáló tanulást, az elfogadást, az altruizmust, az irányadást, a remény felkeltését és az öntudatosulást tekinthetjük. Mindazonáltal, nehéz volna egységes és általánosítható konklúziót levonni az elemzésből, hacsak nem az utóiratként jegyzett gondolatot: „Therapeutic community practice is what you are doing when you say you are working in a therapeutic community.” [A terápiás közösségi gyakorlat az, amit akkor teszünk, amikor azt mondjuk, hogy egy terápiás közösségben dolgozunk.] – Párhuzamos világok...

Researching Concept-Based Therapeutic Communities (Susan Eley, Rowdy Yates & Jane Wilson) [A koncepció alapú terápiás közösségek kutatása]. A tanulmány egy skóciai kutatócsoport munkájáról számol be. Különbséget tesznek az amerikai és a UK-beli terápiás közösségek

jellegetességei között. Míg az amerikai közösségek felépült függőket is alkalmaznak stábtagnaként, és támaszkodnak az önségítő csoportokra, addig az európaiakra jellemző a szociálpszichiátriai alapelvek, a szociális munka gyakorlatának alkalmazása, valamint az ártalomcsökkentés szempontjainak beépítése a kezelési protokolljaikba. Az Egyesült Királyságban a korai TC-k gyakorlatukban támaszkodtak a „neveletlen” gyerekek kezelését végző úttörők gyakran rurális tevékenységekre alapozott tapasztalataira (Aichorn, Steiner, Pestalozzi). A TC-mozgalom „második vonala” a pszichiátriai betegek ellátásához kapcsolható. Tom Main (The Bulletin of the Menninger Clinic, 1946) fektette le azokat az alapelveket, amelyeket a „demokratikus” TC-nek követnie kell, s amely munkán a pszichoanalitikus praxis nyomai is érződnek. A TC-k „harmadik vonalához” a drogfüggők kezelésére specializálódott közösségek tartoznak (prototípusa a Dederich által alapított Santa Monica-i Synanon). Mindegyik típus osztja azt az elképzelést, miszerint a közösség a legfőbb gyógyító erő, s centrális elemeik közé tartozik az önségítés koncepciója és az encounter csoport terápiás alkalmazása.

E tanulmány szerzői is úgy vélik, hogy a TC-kutatás speciális kihívásokat tartogat, tekintve, hogy a TC-ben minden „bemeneti tényező” és beavatkozás egy „egész” részeként értelmezendő, amelyek hatással vannak a TC és annak tagjai változására és fejlődésére. Így maga az adatgyűjtés sem maradhat „tisztá” és a közegétől elvonatkoztatott, hanem inkább a hatások egyfajta „melanzsaként” fogható fel. A szerzők azon az állásponton vannak, hogy a „kutatói encounter” (research encounter/kvalitatív interjú) a terápiás folyamat része lehet, inkább, mint valamiféle ellenérőt képviseljen. A „terápiás encounter” és „kutatói encounter” számos közös vonással rendelkezik, noha léteznek alapvető különbségek is közöttük.

A szerzők hasznosnak tartják az EuropASI (European Addiction Severity Index) kérdőív alkalmazását az interjúkészítés során, mert relatíve rövid, félig strukturált és multidimenzionális (6 fő területet érint, egészségügyi, foglalkoztatás, alkohol- és drogfogyasztás, jogi- és büntetőügyi aspektusok, családi és szociális kérdések, pszichiátriai előzmények). A kutatás során használt másik kérdőívben (CTQ, Childhood Trauma Questionnaire) a gyerekkori eseményekre kérdeztek rá. A kutatás összefüggést talált a gyermekkori bántalmazás/elhanyagolás és a droghasználat között, habár óvatosságra intenek a túlzott általánosítással kapcsolatosan.

Economic Evaluation in Therapeutic Community Research (Steffan Davies, Diana Menzies) [Gazdasági értékelés a terápiás közösségek kutatásában].

Hatásosság (effectiveness): a speciális intervenció a szándékolt hatást produkálja.

Hatékonyosság/eredményesség (efficiency): az input és output közötti kapcsolat mértéke, például ha két egyformán hatásos kezelés közül az egyik fele annyiba kerül, mint a másik, akkor az olcsóbb a hatékonyabb.

Haszon (benefit): a kezelés okozta haszon mértéke, amely számszerűsíthető, például a nyert életévek száma.

Költség (cost): 1. direkt költség (az egészségügyben, a közösségben, a családban keletkezik); 2. indirekt költség (a kiesett termelés költsége); 3. eszmei/járuelkos költség (általában pszichológiai következmények, fájdalom, elvesztett szabadidő).

A TC-kutatások viszonylag új területe a költséghatékonyág kritériumainak és indikátorainak kutatása. A pszichoterápia hatékonyságának kutatása során indikátorként használják többek között a bentlakásos kezelések időtartama és a foglalkoztatásban töltött idő alakulását. A TC-k költséghatékonyág-kutatása a pszichoterápia hatékonyságkutatásának hagyományait igyekszik követni, a kezelést befejezően méri az igénybevett kezelés költségcsökkenését.

Leaving the Therapeutic Community (Nicola Morant) [A terápiás közösség elhagyása]. A TC elhagyása a terápiás folyamat szerves része. Terápiás kulcsfeladat a szeparációval, leválással, átmenetiséggel kapcsolatos fájdalmas érzések kezelése. Az utóbbi idők fejleménye, hogy az érdeklődés a TC elhagyását követő időszakra irányul (follow-up research). A kvalitatív módszer lehetőséget ad a szolgáltatást igénybevevő szempontjainak érvényesítésére. 15 fő a Henderson Kórházban kezelést igénybe vett klienst interjúoltak meg, félig strukturált interjúkat készítettek, s tartomelemzésnek vetették alá azokat.

A fő kutatási kérdések: 1. Miképpen tapasztalják meg a kliensek a Henderson Kórházban kapott kezelést, különös tekintettel a kezelés lezárására? 2. Melyek a Henderson Kórház volt klienseinek tapasztalatai a kezelést követő hónapokban, s hogyan változnak ezek az idő előrehaladtával? 3. Melyek a volt kliensek szolgáltatási igényei és elvárásai? Milyen különbségeket tapasztalnak ezek és a jelenleg igénybevett szolgáltatások között?

A szerző arra a következtetésre jut, hogy a hosszú távú támogatás elengedhetetlen a terápiát befejezett kliensek számára. Különösen az elbocsátást követő hetekben nagy a veszélye a relapsusnak, így a strukturált és folyamatos támogatás kívánatos ebben az időszakban.

A kötet összességében arról győzi meg az olvasót, hogy szükséges e téren az elméleti háttér fejlesztése, amelyhez a széles körű tájékozódás,

az elemzés és rendszerezés nélkülözhetetlen. Annál is inkább, mert e sokoldalú áttekintést nyújtó kötet is csupán részben képes megválaszolni a szerkesztők által feltett kérdést, hogy vajon melyek a szerhasználatnak és függőségnek azok szabályszerű, rendszerszerűen ismétlődő vonásai, amelyekre a terápiás közösségen kívül más intézmény nem tudott választ adni.

Martin Nicolaus: How was your week? Bringing people together in recovery the LifeRing way. A handbook [Milyen volt a heted? Felépülők közösségépítése a LifeRing módszerével. Kézikönyv]

Oakland: LifeRing Press, 2015, 367 o.

KELEMEN GÁBOR

A kölcsönös segítséget nyújtó csoportok szerepe döntő a szenvedélybetegségből történő felépülésben. Míg a felépülés professzionális segítség, szakemberek közreműködése nélkül is bekövetkezhet, addig olyan kutatást nem ismerünk, mely a felépült sorstársak jó mintái utánzásának szükségtelenségét igazolta volna. A fokozatos, fázikus és küzdelmes felépülési folyamat fő tényezői – a remény, a kölcsönösség, a reziliencia, az életmódváltozás, az identitásfejlődés, a proszociális érték- és ideálkeresés – gyakorlásának a sorstárs közösségek a legjobb színterei. E felépülési célok elérésében a sorstársak a legmegfelelőbb szövetségesek.

Ugyanakkor a kölcsönös segítséget nyújtó különféle csoportok tanítása és dinamikája jelentősen eltér egymástól. Még a 12-lépéses elven működő spirituális közösségek, pl. az *Alcoholics Anonymous* (AA) és a *Narcotics Anonymous* (NA) működésében is számos apróbb különbség figyelhető meg. Az önmagukat világinak és tudományosnak hirdető *SMART-felépülés* csoportjai előszeretettel folyamodnak olyan motiváció- és önirányítás-növelő, illetve kognitív-viselkedési terápiás technikákhoz, melyeket a spirituális csoportok nem alkalmaznak. A *LifeRing* közösségek hármass célkitűzése az absztinenciára, világiasságra és önsegítésre törekvést foglalja magában. S léteznek a szenvedélybetegségből talpraállóknak további sajátos, önálló nézetrendszerrel rendelkező csoportjai (pl. *Nők a Józanságért*, *Menedzselt Mértékletesség* stb.). A meghitt befogadásra, meghallgatásra vágyó, ám a meg nem értéstől, elutasítástól, megítéléstől, nevetségessé válástól féltő talpraálló szenvedélybetegek gyakorta kipróbálják, sorra járnak a különféle beállítottságú csoportokat, mígnem kikötnek annál a közösségnél, melynek tagjait meggyőződésükhöz, ízlésükhöz legközelebb állónak tartják.

Martin Nicolaus az 1999-ben alapított LifeRing önségítő mozgalom egyik meghatározó személyisége, az irányzat egyik fő teoretikusa. Jelen könyvének címe a mozgalom jelmondatként használt „milyen volt a heted?” kérdés. Noha a LifeRing kerülni igyekszik minden olyan rituális cselekvést, melynek vallásos felhangja lehet (pl. ima, fohász), a szertartásosságot egyáltalán nem küszöbölte ki a gyakorlatából. Üléseik rendre ezzel a *szervező* által elhangzó – jelmondatyszerű – kérdéssel kezdődnek. Ugyancsak ceremoniális az ülések zárása, amikor a tagok vagy kezet fognak, vagy egymás tenyerébe csapnak. Nikolaus, aki Marx *Nyersfogalmazvány a Tőkéhez* című művének angolra fordításával vált ismertté a társadalomtudományban, természetesen tisztában van a rítusok mozgalmakban betöltött szimbolikus, érzelmeket mozgósító szerepével, s láthatóan igyekszik a LifeRinget más csoportoktól könnyen megkülönböztethető, ugyanakkor közösségre szabott szertartásokkal felruházni. A „milyen volt a heted?” kérdése a LifeRing józanságról és életről szóló felfogásának több összetevőjét sűríti magába. Ezek egyike az időtávlat mindennapi szemszögből való vizsgálata. Amíg az „itt és most”-ba való belevetés egyes esetekben, pl. az érzelmek megfogalmazásában szorongáskeltő lehet, addig az élettörténetnek még a sűrített elbeszélése is túl hosszú az ülés időkeretéhez képest. Az egy hétre való visszatekintés aránylag könnyen véghezvihető utat kínál a közelmúltból a jelenbe jutáshoz. Nem a „mélypont megélésére” biztat, mert nem hiszi, hogy a függő csak akkor kezd el változni, ha teljesen átélte a tehetetlenséggel járó negatív érzelmeket. Ugyanakkor a felrázó, veszélyt tudatosító, sürgős változást követelő események fókuszba helyezésével megpróbálja elkerülni a beszélgetés közhelyekbe fulladását. Továbbá igyekszik kitérni a nyílt konfrontáció elől, ellenben minél több személyre szóló, támogató visszajelzés adására serkent. A cél tehát a szélsőségek közti középút megtalálása. A végletek közt a köztes úton lavírozás jellemzi az önmeghatározással kapcsolatos csoportelvárást is. A csoporttagság feltétele a szerhasználat abbahagyásának szándéka, ám nem követelmény az, hogy a közösség bármely tagja önmagát alkoholistának vagy függőnek nyilvánítsa.

A LifeRing nemcsak elhatárolja magát a 12-lépéses programok egyes módszereitől, de a szerző olyan mértékben kritikus a spirituális önségítéssel szemben, hogy szinte a „főellenség” szerepét osztja rá. Elsősorban a *szponzorálás* (adott sorstársnak folyamatos emocionális támogatást nyújtás és a lépések gyakorlásában segítséget adás egy másik felépülő személy által) és a *közvetlen interakció tilalma* (kérdés, kommentár tiltása bárki megnyilatkozásával kapcsolatban) gyakorlatát

bírálja. (Az ellenlábás-keresés attitűdje meglehetősen általános volt a 20. század totalitárius mozgalmában.) Másfelől gyakorlatilag behódol a tudományos tekintélyeknek, és szinte fenntartás nélkül hivatkozik a tudományos grémiumok (pl. NIDA) és egyes megbecsült szakemberek nézeteire. A dolgok megkérdőjelezésére, a tekintélyszemélyek véleménye helyett az értelemre és a tudományosan tesztelt bizonyítékokra apelláló modern tudománytól természetesen idegen ez a fajta intellektuális kapitulálás. A tudományban nem az számít, hogy ki mondja, hanem, hogy mit mond, s mire alapozza azt, amit mond.

A LifeRing véleményem szerint a „népi addiktológiai” mozgalmak egyik típusa. Patológias megközelítésében a medicinára támaszkodik, lélektani elgondolásait elsősorban a személyközpontú pszichológiából meríti, erkölcsi hozzáállását pedig értéketikai szempontok hatják át. Vilma Hänninen és Anja Koski-Jännes 1999-ben megjelent, immár klasszikus tanulmányukban a szenvedélybetegségből való talpraállás öt etikai perspektívával rendelkező narratíváját különítették el. Ezek egyikét a 12-lépéses programok jelentik, melyek praktikusságuk ellenére, nyilvánvalóan nem nyújtanak univerzális utat a felépüléshez. A LifeRing főképp a „szabadgondolkodó”, pragmatikus ész győzelmének, valamint az öntudatra ébredésnek a történeteire épít. Ez a megközelítés bizonyára számos szerhasználatot abbahagyni vágyó személyt érdekelhet tartósan, avagy a felépülés-utazás valamely szakaszában. A LifeRingnek jó esélye lehet arra, hogy az addikciókkal kapcsolatos terápiás szükségletek kielégítésének egyik fontos társszereplőjévé váljon.

**Mándi Nikoletta: Lokális drámák – univerzális nyelv:
Terápiás közösségben felépülő szenvedélybetegek életút
narratíváinak visszatérő motívumai. Doktori értekezés**

Pécs: Pécsi Tudományegyetem, 2013, 270 o.

MADÁCSY JÓZSEF

Kelemen (2001) a drogkérdés társadalmi felépítéséről szóló tanulmányában hangsúlyozza, hogy a tudományos megközelítések triangulálása, azaz a történeti, empirikus és etnográfiai ismeretek együttes figyelembe vétele nagymértékben hozzájárul az „addiktológiai tudás” elmélyítéséhez. A hazai szakirodalomban az aktív szerhasználók, illetve a szenvedélybetegségből felépülők világáról szép számmal találhatunk történeti és empirikus megközelítéssel élő tanulmányokat, ugyanakkor a metodológiai triangulum harmadik eleme, az etnográfiai-kulturális antropológiai kutatás inkább szórványosan van jelen ezen a multidiszciplináris területen. Rácz és Hoyer (1995) Jereván lakótelepi droghasználók körében húsz évvel ezelőtt végzett etnográfiai vizsgálatára immár klasszikusként tekinthetünk. Jóval később keletkezett Seltzer és Kelemen (2009) tanulmánya, amely az átmeneti rítusok kontextusában vizsgálja a komlói Leo Amici Alapítvány keretei között működő terápiás közösséget. Az utóbbi években két doktori értekezés is született a témában: Madácsy (2013) a hazai Anonim Alkoholistákról adott etnográfiai leírást, Mándi (2013) pedig a kovácsszénájai Mérföldkő Rehabilitációs Otthonban végzett vizsgálatot, részint etnográfiai leírást adva, részint pedig a kezelésben résztvevők és a terápiás segítők életút narratíváit elemezve. Ez utóbbi mű különösen lényeges a jelen lapszámban bemutatott, rehabilitációs programok értékelő modelljének kidolgozását célzó kutatás szempontjából, hiszen épp egy olyan intézményt tesz elemzése tárgyává, amely kutatásunk vizsgálati terepei között is szerepel.

A részletes etnográfiai leírásban Mándi elsősorban a terápiás folyamat stációira – felvételi, beépítkezés, középideőszak (teljes jogúság), kiépítkezés –, a napok strukturálására, a csoportfolyamatokra és a munkaterápiára koncentrálnak, illetve felépít egy „terápiás szótárt”, melyek a terápiában bevett alapvető fogalmakat, a közösségben betöltött pozíciókat, működési mechanizmusokat (mint pl. a következmények

rendszere) etc. taglalja. A leírás említett értékelési modell szempontjából lényegesebb megállapításai:

- A közösség tagjainak fluktuációs ritmusát maga a gyakorlat alakította ki: a terápiába való bejutás várakozási ideje 2-3 hét, melyet elsősorban az szab meg, hogy a már bent lévők közül a lemorzsolódók tipikusan az első hetekben hagyják el a közösséget.
- A felvételi interjúról, azaz a rendszerint leromlott állapotban lévő jelentkezőről videofelvétel készül, mely hatékony szembesítő eszköz „elmenős csoporton”, ha a kezelésben részesülő idő előtt meg akarja szakítani a terápiát.
- A terápiában töltött első két hét kritikus, kiszámíthatatlan, többnyire megvonási tünetekkel terhes, így ez türelmi időszak, melyben a szabályszegések nem járnak következményekkel, illetve az újoncot mentor segíti.
- A szabályok rigiditását tekintve a kovácsszénájai Mérföldkő középutasként írható le a környékbeli terápiás közösségekkel összevetve. Egy interjúalany jellemzése szerint az egyik hasonló profilú intézmény „az kocka, aki abból kilóg, azt nyissz-nyissz”, azaz rigid szabálykövető rendszert működtet, egy másik pedig „tök szabadság, szeretet völgye, spiritualitás”, „Szénája meg valahol a kettő között van.” „Ha [az elsőben] van egy ilyen helyzet, ha valaki valamit olyat csinál, amit a szabályrendszer kizár, akkor az el van küldve. »Szevasz!« Mi inkább dolgozunk vele! Ebben inkább [a másodikra] hasonlítunk. A következményelvűségben, abban meg inkább [az elsőre].” (Mándi, 2013, p. 105) A tettekért viselt következményeket tehát a kovácsszénájai rehabilitációban is lényeges terápiás tényezőknak ismerik el, de rugalmasan kezelik őket.
- A közösség irányítása egyszerre demokratikus és hierarchikus, a – józanságban való előrehaladottság szerint már önmagában is hierarchikus – közösség és a szakmai stáb egyensúlyán alapul. Az egyensúly alapja, az egyik segítő megfogalmazásában, hogy „egy idő után szakmaivá válik a közösség döntése is, hiszen az idősebb terápiások átveszik a stáb szempontjait.” (Mándi, 2013, p. 108)

Az életút-interjúk bemutatása és elemzése révén Mándi a terápia során formálódó új identitáselbeszélés jellemzőire fókuszál, mely az egyéni sajátosságok mellett jól azonosítható, közössé váló motívumokat tartalmaz. Az elemzés során allegorikus regisztereket, azaz kulturális toposzokat alakít ki, mint az „értelmező közösség”, az „elkülönböződés”,

az „önismeret mint spirituális moratórium”, illetve a „család mint a kapcsolati etika hordozója”. A terápiás közösség egyúttal *értelmező közösség*, amely saját tradíciókat, érzelmi-, kognitív- és viselkedésmintákat, illetve értékrendszert alakít ki. E kommunikatív rendszerben az egyének által feltárt „tünetek” az egyén és közösség dialógusa során értelmezésben részesülnek. Az életút-mozzanatok gyakran maga a narratív struktúra által nyernek értelmet, azzal, hogy részeivé válnak egy az említett dialógusból formálódó ön-elbeszélésnek. Az *elkülönböződés* a közösség által létrehozott különbségkonstrukció, amely az addikció mint sajátos betegség felfogása, a betegségtudat révén teremt a közösség tagjai számára közös identitást, s egyúttal megkülönböztetést a többségi társadalomban élő „normiktól”. A terápia előrehaladásával a betegségtudat változása figyelhető meg: az egyéni jegyek hangsúlyozásától halad a közösség által alkotott képzetek elsajátítása felé. Az *önismeret mint a spirituális moratórium gyakorlata* alatt a szerző azt érti, hogy a felépülés első időszakában, a rehabilitációban töltött hónapok során a vizsgálatba bevont terápiások a *felsőbb erő* mint transzcendens entitás hitét nem tudták magukévá tenni, azt későbbre halasztották. Számukra a terápiás jelenben a felsőbb erő a terápiás közösség formájában volt felfogható. A terápiás időszakban a *spiritualitás* mindenekelőtt az önismeretre jutást jelenti, amely az ugyancsak spirituális közösség, a mások ismerete, a másokkal való dialogikus kapcsolat talaján fejlődik. E kettő, az önmagával és a másikkal való kapcsolat alkotja a transzcendenssel való kapcsolat értelmében felfogott spiritualitás feltételét, amely vélekedésük szerint majd csak a terápia után realizálódhat. A *család* kategóriáján belül megjelenő elbeszéléselemeket Mándi elsősorban a Böszörményi-Nagy által alkotott *kontextuális családterápia*, a *kapcsolati etika* fogalomrendszerében értelmezi. A vizsgált elbeszélésekben feltárja az egyéni sérülések transzgenerációs forrásait, a szenvedélybeteg egyén igazságtalan sérelmekből szerzett destruktív jogosultságát, és mindennek továbbgyűrűzését a következő generáció, saját gyerekei felé. Fő terápiás feladat a családdal való viszony rendezése tekintetében „a szülők felmentése az őket terhelő mulasztás alól, s az elmaradt gondoskodás, megfosztottság elgyászolása.” (Mándi, 2013, p. 228)

A szerző összességében véve abban látja a józanság felé vezető út egyik leglényegesebb lépését, hogy a sikerrel felépülő képes túllépni az őt ért veszteség kompenzálásán alapuló szemléleten, s a közösségileg alkotott jelentésekbe szöve, a veszteséget nyereséggé alakító metanarratívát hoz létre.

Irodalom

- Kelemen, G. (2001). A drogkérdés társadalmi felépítése és ennek hatása a szenvedélybetegségek kezelésére (módszertani megfontolások). In Kelemen G., *Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia* (pp. 99–127). Pécs: Pro Pannonia.
- Madácsy, J. (2013). „A mélypont ünnepélye”. Az *Anonim Alkoholisták Közössége Magyarországon*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, Interdiszciplináris Doktori Iskola.
- Mándi, N. (2013). *Lokális drámák – univerzális nyelv. Terápiás közösségben felépülő szenvedélybetegek életút narratíváinak visszatérő motívumai*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, Interdiszciplináris Doktori Iskola.
- Rácz, J. & Hoyer, M. (1995). „Pörgés és punnyadás” I–II–III. *Szenvedélybetegségek*, 3(4), 244–250; 3(5), 331–336; 3(6), 414–421.
- Seltzer, M. & Kelemen, G. (2009). Theoretical Reflections on Rites of Passage in a Hungarian Therapeutic Community. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(3), 178–201.

Glosszárium

Glossary

B. ERDŐS MÁRTA & MADÁCSY JÓZSEF

12-lépéses program

Kölcsönösen segítő-önsegítő, demokratikus szerveződésű *spirituális* közösségek (fellowships) módszere, amelyek önkéntesen elfogadott egyéni életszabályokat és közösségi hagyományokat fogalmazznak meg a szenvedélybetegségből való *felépülés* elősegítése érdekében. A tizenkét lépésre tagolt módszer lényegi elemei a szerrel vagy viselkedéssel szembeni tehetetlenség beismerése, a kontroll valamely egyénileg felfogott felsőbb erőnek történő átadása, az önvizsgálat, a hibák beismerése, a másoknak okozott károk jóvátétele, a felsőbb erővel való kapcsolattartás és a felépülés üzenetének továbbítása. (Alcoholics Anonymous, 2011; Madácsy, 2013)

Absztinencia

1. Minden pszichoaktív szertől és viselkedésformától (?) való tartózkodás. 2. Minden pszichoaktív szertől való tartózkodás. 3. A választott (bázis-) szertől és a helyettesítésére alkalmas szerektől való tartózkodás. 4. A választott (bázis-) szertől való tartózkodás.

Addikció

Szenvedélybetegség, kóros *függőség* valamilyen szertől vagy viselkedéstől.

Delfi-technika

Egy meghatározott szakmai kérdéssel kapcsolatosan releváns információkat közlünk egy megfelelően összeállított szakértői team minden tagjával külön-külön (köztük lehetőleg anonimitást biztosítva, hogy a kölcsönös ismeretség a véleményeket ne befolyásolja). Ezt követően adott kérdésben elért konszenzusról vagy ennek hiányáról is tájékoztatjuk a résztvevőket, és minden véleményt minden szakértőhöz eljuttatunk (az anonimitásra ügyelve). Kérünk egy újabb véleményezést, és ezt mindaddig folytatjuk, míg el nem érjük a konszenzus célnak megfelelő szintjét. Iteratív, reflektív módszer, ahol egyedi válaszokból áll össze a kollektív tudás.

Értékelő kutatás

Az értékelő kutatás során szisztematikusan, mások számára is követhető, átlátható módon alkalmazott tudományos módszerek segítségével felmérjük az adott program tervezésének, megvalósulásának minőségét, a fejlesztés hatásait. (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004)

Értékelő kutató

Olyan szakember, aki valamely szakmai gyakorlatot annak fejlesztése szándékával ír le és elemez (a hatósági ellenőr távolságtartó, esetleg ellenséges szerepe ehhez a munkához nem megfelelő).

Érvényesség

- Külső, felszíni (face): szakemberek megítélése szerint azt méri, amit kell.
- Tartalmi: lefed mindent, ami releváns (szakértők szerint).
- Kritérium-alapú (criterion-related): más, azonos/hasonló célú eszköz hozta eredményekkel összemérve (predictive/concurrent).
- Konstrukciós: a várakozásoknak megfelelően kapcsolódik más változók rendszeréhez.
- Ld. még: trianguláció.

Felépülés

Megjegyzés: nincs egyértelmű, általánosan elfogadott definíciója, nagyon gyakori, hogy – tévesen – az absztinenciát értik alatta. Definíciók:

1. „Adott pszichoaktív szer vonatkozásában mind a fizikai, mind a pszichológiai függőség leküzdése (overcome), és egyidejű elköteleződés a józanság mellett.” (American Society of Addiction Medicine)
2. A felépülés feltétele a minden hangulatmódosító szertől való tartózkodás, azonban a felépülés ennél több: folyamatos, tudatos önfejlesztés útján megnyíló lehetőség egy új, jobb életre. (Laudet, 2007)
3. „A felépülés az a folyamat, amelynek révén a személy képessé válik élni, dolgozni, tanulni, és teljességgel részt venni saját közössége ügyeiben.” (New Freedom Commission on Mental Health, 2003, idézi Laudet, 2007)

Mi a 2. számú, a kliensek bevonásával kialakított definíciót javasoljuk: az első korlátos, a harmadik túlságosan általános, más fogalmakra (pl. az inklúzióra is) vonatkozhat.

Felépülési kompetencia

A magunk részéről szívesebben javasoljuk ezt a fogalmat, mint a divatos „felépülési tőkét”. A felépülési kompetencia egyfelől utalhat az intézmény felépülést támogató gyakorlatára (képessé és erőssé tétel). Másfelől a felépüléshez szükséges identitástanulás lépcsőfokaira, melyek a kezdeti nem-tudatos inkompetenciától (nincs szükség változásra) a tudatos inkompetencián (változásra van szükség, de miképpen?), a tudatos kompetencián (ha összpontosít a személy, akkor már sikeres), illetve a nem-tudatos kompetencián (görcsös odafigyelés nélkül is sikeres) át vezetnek a reflektív kompetenciáig (ismeri saját személyes tudása jelentőségét). (Kelemen & B. Erdős, 2011)

Feltáró folyamatértékelés (exploratory process evaluation)

Segít szakmai szttenderdek kidolgozásában, lehetővé teszi az összehasonlítást és a megvalósítás mikéntje, valamint az eredmények közötti oksági kapcsolatok feltérképezését, a szakmai kompetenciák megismerését és ezekkel összefüggésben a hatékonyság vizsgálatát.

Folyamatértékelés

A szakmai program megvalósulásának módjára irányuló értékelési forma, amely a folyamatok pontos, részletes leképezésével biztosítja a program jövőbeni replikációját/multiplikációját/finomítását (vö. *formatív értékelés*).

Formatív értékelés

A projekt kezdete előtt, a tervezéskor, vagy a folyamat során végzett értékelő munka. Formái: proaktív (proactive), pl. problémafa–célfá); tisztázó (clarificative), pl. logikai keretmátrix); interaktív (folyamatok minősége); monitoring (költségvetés, határidők). (Saját kutatásunk tehát formatív-interaktív kutatás.)

Függő

Korábban klinikai kategória, ma a 12-lépéses csoportok kultúrájához köthető meghatározás. Eszerint bizonyos szerekre, viselkedésformákra a személy genetikailag fogékony, számára az adott szer/viselkedésforma örök kockázatot jelent. Az igazi nehézség azonban a sajátos, függőkre jellemző kapcsolati mintázat. „Az a személy, aki adott psichoaktív

szer/viselkedés vonatkozásában elveszítette a szabályozás képességét, kontrollvesztés és sóvárgás jellemzi.”

Józanság

A felépülés folyamatában alakuló állapot (megjegyzés: amerikai szakirodalmakban gyakran az absztinencia szinonimája, nálunk csak a köznapi használatban. A szakemberek/felépülő szenvedélybetegek a kettő között az itt közölt definíció szerinti megkülönböztetést teszik.

Kockázatviselő (érintett)

Minden olyan személy, akire a program közvetlen vagy közvetett módon hatást gyakorol. A kockázat lehet anyagi (pl. finanszírozás akár magán-, akár közösségi-kormányzati forrásból), reputációt érintő (pl. szakember, döntéshozó), egészségi (hatásos-e a kezelés?) vagy kapcsolati-környezeti jellegű (pl. család, kiscsoportok, társadalmi vagy természeti károk).

Konstitutív etnográfia

„Sűrű” leírás, mélyelemzés adott csoportok interakcióiról – de nem közvetlen megfigyelés, hanem interjúzás révén. Célja a résztvevők rejtett/hallgatólagos/intuitív tudásának feltárása, explicitté tétele. Visszaemlékezések, rejtett feltevések összegyűjtése.

Konzultatív értékelő módszer

A kutatás kollaboratív módszere. (Caves, 1988)

Megcsúszás

Szerhasználat előfordulása a felépülés ideje alatt, amely azonban nem vezet *visszaeséshez*. (Egyes felépülők e megkülönböztetést elhárító mechanizmusnak tartják, és a megcsúszás jelenségeit is visszaesésnek tekintik.)

Mélypont

Olyan válságos élethelyzet, amelyben a szerhasználat folytatása már nem lehetséges a fizikai és mentális leromlás, és a társadalmi kiilleszkedés miatt.

Mintavételi eljárások

Valószínűségi mintavétel: véletlen mintavétel; rétegzett mintavétel; klaszteres mintavétel; ezek kombinációja a mintavétel során.

Célzott mintavétel: reprezentativitást/összehasonlítást célzó; különös esetet vizsgáló; szekvenciális; célzott mintavételi technikákat kombináló.

Kényelmi mintavétel: elérhetőségi; önkéntes.

Kevert módszerek: egyszerű (basic); szekvenciális; egyidejű (concurrent); többszintű (multilevel); a kevert módszerek kombinációja.

Reprezentativitást/összehasonlítást lehetővé tévő mintavételi eljárások: tipikus eset; deviáns eset; intenzitás; maximum-variációs; homogén; reputációs.

Különös esetet vizsgáló: feltáró (revelatory) eset; kritikus (azaz döntő jelentőségű) eset; a politika/szakpolitika szemszögéből fontos eset; teljes körű; kritérium-alapú.

Szekvenciális mintavétel: teoretikus mintavétel; megerősítő/cáfoló esetek; opportunista/emergens minta; hólabda.

<i>A kontraszt</i>	<i>Célzott mintavétel</i>	<i>Valószínűségi mintavétel</i>
elnevezések	célzott/nemvalószínűségi/kvalitatív	tudományos/véletlen/kvantitatív
a mintavétel átfogó célja	a kutatói kérdés határozza meg	a kutatói kérdés határozza meg
általánosíthatóság	lehet ilyen célja (transzferabilitás)	van ilyen célja (külső érvényesség)
az esetek kiválasztásának logikája	a kutatói kérdés egyes rész céljai alapján – a kutató azokat az eseteket választja ki, amelyekből a lehető legtöbbet tudhatja meg	reprezentativitás – a kutató azokat az eseteket választja ki, amelyek együttesen reprezentálják az adott populációt
a minta mérete	rendszerint kicsi, harminc, vagy annál kevesebb eset	elég nagy ahhoz, hogy a reprezentativitást biztosítsa – minimum ötven eset
az információ terjedelme/mélysége elemzési egységenként	az információ mélysége (depth)	az információ kiterjedtsége (breadth)

mikor határozzák meg a mintát	a kutatás kezdete előtt, vagy a kutatás alatt, vagy előtte is, alatta is	a kutatás kezdete előtt
hogyan veszik a mintát	szakértői vélemény alapján	matematikai képletek segítségével
mintavételi keret	informális keret, valamivel nagyobb, mint maga a minta	formális, rendszerint sokkal nagyobb, mint maga a minta
a keletkeztetett adat típusa	többnyire narratív – lehet numerikus	többnyire numerikus – lehet narratív

(Teddlie & Yu, 2007)

<i>Stratégia</i>	<i>Cél</i>	<i>Példa és megjegyzés</i>
kritérium (i=importance)	azonosítani és beválasztani minden olyan esetet, amely valamilyen fontossági kritériumnak megfelel	sztemerd kérdőíves vizsgálat esetében utánkövető, a mélyebb megértést célzó vizsgálat
kritérium (e=exceed)	egy meghatározott kritériumon túli esetek	pl. azok, akik nem tudták teljesíteni az adott programot
tipikus eset	ami a leggyakrabban, átlagos módon történik	azok is értsék, mi történik a szintéren, akik nem részesei – nem az általánosítás a célja
homogén	adott alcsoport mélységi vizsgálata – lehetővé teszi a csoportos interjút	pl. roma nők a közéletben; felépülő szenvedélybetegek az egyházi rehabilitációs intézményekben
hólabda	hasonló sajátosságokkal jellemezhető	pl. felépülő szenvedélybetegtől kérdezzük, hogy kit ajánlana/segítene még megkérdezni

	személyek elérése	
extrém/deviáns eset	a szokatlant és a tipikust egyszerre képes megjeleníteni	pl. aki a legtöbb kezelést kapta sikertelenül vagy a legkevesebbet eredményesen – indokolt az óvatosság az eset megválasztása és vizsgálata során (nem a „szenzációt” keressük)
variációs- intenzív	mint az előbb, de kevésbé az extrém irányába vizsgálódva	előzetes tájékozódás szükséges az elképzelhető variációkról
maximum variációs	közös vonások, mintázatok felfedezése a heterogén mintában	lehet arra is alkalmazni, hogy minél pontosabban írjuk le a különböző kontextusok/esetek egyedi sajátosságait
kritikus eset	általánosítható eredmények	melyek a kulcsfontosságú dimenziók, amelyektől az eset kritikus esetnek számít? – különösen fontos ezt tudni akkor, ha egyetlen programot/helyszínt/csoportot tudunk megvizsgálni
elmélet-alapú (elméletvezérelt és adatvezérelt egyaránt)	egy adott konstrukció példáit megtalálni azzal a céllal, hogy a konstrukciót tovább árnyaljuk	<ul style="list-style-type: none"> - fontos elméleti konstrukció lehetséges megnyilvánulási formái - a mintában felfedezett konstrukció variáció (emergent concept – ez lényegében a megalapozott elmélet, sk. megjegyzés)
hitelesítő- diszkonfirmáló eset	a lehetséges mintázatok jelentőségének pontos felmérése, a	<ul style="list-style-type: none"> - ha a trendeket azonosítottuk, keressünk ennek ellentmondó eseteket (vö. Karl Popper, sk. megjegyzés)

	felmerülő magyarázatok, eredmények ellenőrzése új esetek bevonásával	<ul style="list-style-type: none"> - a megerősítő esetek elmélyítik és hitelesítik a kapott eredményeket - az ellentmondó esetek segítenek az érvényesség határainak megállapításában; emellett versengő magyarázatok megalkotását teszik lehetővé
rétegzett célzott	főként a variációk meghatározására alkalmas, bár közös vonások felmerülhetnek	a tipikus eset és a max. variáció kombinációja (pl. adott egészségügyi probléma kezelésénél az átlagos költségekkel járó, a kevesebb és a többletköltséggel járó megoldások vizsgálata) – kevesebb a hozadéka, mint a max. variációs mintavételnek, de több, mint a tipikus eset szerinti mintavételnek
célzott random	az eredmények hitelességét növeli	kevésbé reprezentatív, mint a valószínűségi random
opportunistá-emergens	a menetközben felmerülő kérdések tisztázására	akkor alkalmazzuk, amikor a kutatás elején lehetetlen azonosítani azt a populációt, amelyből a mintát vennénk – főképpen az etnográfiai terepmunka módszere
kényelmi	azokat vizsgáljuk, akiket el tudunk érni	gyakran használják, de nem tekinthető célzottnak, sem stratégiainak

(Palinkas & mtsai., 2015)

Pszichoaktív szerhasználat

Minden társadalom és történelmi kor jellemzője. A problémát az egyes szerhasználati mintázatok jelentik: a kultúrától, azaz az adott társadalomban szabályozottnak tekinthető használatától idegen anyagok többnyire kockázatos alkalmazása; közép- vagy hosszabb távon ismeretlen hatású szerek alkalmazása (ld. *Új pszichoaktív szerek, ÚPSZ*); a szerek kényszeres, önpusztító, másokra kockázatot jelentő használata (vö. *Függőség*).

Rekonstitutív etnográfia

A konstitutív etnográfia, a Delfi-módszer és a kritikus incidens-analízis együttes alkalmazása – a feltáró folyamatértékelést célzó módszerkombináció. (Hogard, 2007)

Spiritualitás

„A spiritualitás az emberi tapasztalat, élményvilág egy alapvető, jól elkülöníthető, kreatív lehetőségeket hordozó dimenziója, amelynek van egy személyesen tudatosuló oldala, és egy közösségi, társadalmi csoportokhoz kötődő területe. Témái: az élet jelentése, célja, értelme, az igazság és az értékek világa.” (Cook 2004, pp. 548–549) „A spiritualitás nem magányos utazás, hanem az egyén közösségi alapú jelentés- és kapcsolatkeresése.” (Kelemen & B. Erdős, 2004, idézi Nagy, 2015, p. 114.)

Szerhasználat-zavar, DSM-5

- A betegségcsoport teljes megnevezése: *szerrel összefüggő és addiktív zavarok* (Nussbaum, 2013, p. 159);
- A DSM-IV dependencia és abúzus kategóriáit váltotta fel;
- legalább 2 kritérium fennáll egy 12 hónapos perióduson belül.

Kritériumok:

1. Az eltervezettnél nagyobb mennyiség vagy a használat hosszabb ideje.
2. Állandó vágyakozás a pszichoaktív anyag iránt, vagy sikertelen abbahagyási, vagy kontrollálási kísérletek.
3. Jelentős időráfordítás a pszichoaktív anyag megszerzésére, a használatára vagy a hatásokból történő felépülésre.
4. Visszatérő pszichoaktív anyaghasználat, amely a jelentős szerepkövetelményeknek történő meg nem felelést eredményezi a munkában, az iskolában vagy otthon (pl. ismétlődő hiányzások vagy

rossz munkateljesítmény a pszichoaktív szerhasználat miatt; az iskolában: a szer miatti hiányzások, felfüggesztés vagy kizárás; a gyermekek vagy a háztartás elhanyagolása).

5. Folytatódó szerhasználat, annak ellenére, hogy állandó vagy ismétlődő társas vagy interperszonális problémák jelentkeznek vagy erősödnek fel a szerhasználat hatásaként.

6. Fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása, abbahagyása a szerhasználat miatt.

7. Visszatérő szerhasználat olyan helyzetekben, amelyek fizikai veszélyt hordoznak (pl. a szer által befolyásolt állapotban történő autóvezetés vagy gépkezelés).

8. Folytatódó szerhasználat annak ellenére, hogy az adott személy tudja, hogy milyen állandó vagy ismétlődő pszichológiai problémákat okoz vagy erősít fel a használat.

9. Tolerancia, a következő kritériumok valamelyike szerint: jelentősen megnövekedett mennyiségű pszichoaktív anyag iránti szükséglet, hogy az adott személy elérje az intoxikációt vagy a kívánt hatást és/vagy jelentősen csökkent hatás, ha ugyanolyan mennyiségű anyaggal folytatódik a szerhasználat.

10. Megvonás, a következő kritériumok valamelyike szerint: az adott pszichoaktív anyagra jellemző elvonási tünetek és/vagy hasonló vagy rokon kémiai anyag megszabadítja az adott személyt az elvonási tünetektől vagy megakadályozza azok kialakulását.

11. Sóvárgás (craving) vagy erős vágy vagy sürgető szükséglet az anyag használatára.

Szociális tanulás

A terápiás közösségek két főbb változás-modellben gondolkodnak. A *mélypont* elérése a krízisparadigma, vagy az átmeneti rítusok változás-modelljét idézi: alapvető, gyors élet-átváltozások indulhatnak el ebben a szakaszban. A terápiás intézményben töltött idő során kiemelkedő szerepe lesz a modellkövető, vikariáló tanulásnak.

Sztenderd, sztenderdizáció

Minőségi mérce és annak alkalmazása. Elvárás, hogy tudományosan alátámasztott sztenderdeket alakítsunk ki, és ezek segítsék a minőségfejlesztő tevékenységet.

Terápiás közösség (therapeutic community, TC)

Drogmentes környezet, amelyben a közösség sorstárs tagjai szervezett, strukturált módon élnek együtt azzal a céllal, hogy magukat fejlesztve képessé váljanak a drogmentes életre a környező társadalomban. (Broekaert & mtsai, 1993, idézi Vanderplasschen & mtsai., 2014) Fő módszer: maga a közösségi élet, közös felelősségekkel. Fő formái: a demokratikus (gondolatok, érzelmek szabad kifejezése, demokratikus szerveződés, egyenlőség, közösségiség a *communitas* értelmében, valóságtesztelés a személyhez képest külső nézőpontból) és a konceptuális (önsegítés, hierarchia, közösségiség, konfrontáció). (Forrás: EMCDDA)

Trianguláció

A kvalitatív kutatásokban alkalmazott, nagyobb érvényességet biztosító módszer. A több tájékozódási pont származhat adat, módszer, kutatói, elmélet és akár diszciplínák szerinti triangulációból.

Új pszichoaktív szer (ÚPSZ)

Jogi értelemben korábban a 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet C) jegyzékében, 2015. január 1-től az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet 1. mellékletében szereplő vegyület vagy az ott nevesített vegyületcsoportokba tartozó anyag. Jogi megnevezése „új pszichoaktív anyag”. Az egyes vegyületek vagy vegyületcsoportok új pszichoaktív anyagok közé történő jogi besorolása átmeneti jellegű, a kockázatértékelés időszakára szól, majd jogi státuszuk az értékelésnek megfelelően megváltozik: kábítószerrekké [A] jegyzék] vagy pszichotróp anyagokká [B] jegyzék] minősülnek, vagy megszűnnek a velük kapcsolatos korlátozások. Az egészségügyi és szociális ellátórendszer szakmai nyelvhasználata azonban nem követi szorosan a jogi változásokat, s a 2008-2009-es évektől droghasználati céllal újonnan piacra kerülő pszichoaktív vegyületeket, beleértve a jegyzékbe még nem vettek, a jegyzékbe vettek és a megváltozott jogi státuszúakat is, egységesen új pszichoaktív szerekeknek (vagy – köztük a szintetikus előállítottakat – gyakran designer vagy dizájner drogoknak) nevezi.

Visszaesés

A szerhasználat hosszabb *absztinens* vagy *józan* periódust követő újrakezdése, amely gyakran a megelőző szerhasználathoz képest is súlyosabb állapothoz vezet.

Irodalom

- Alcoholics Anonymous (2011). *Tizenkét lépés és tizenkét hagyomány*. New York: A.A.W.S., Inc.
- Caves, R. (1988). Consultative methods for extracting expert knowledge about professional competence. In R. Ellis (Ed.), *Professional competence and quality assurance in the caring professions* (pp. 199–229). London: Chapman and Hall.
- Cook, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), 539–551.
- Kelemen, G., B. Erdős, M. (2011). Processes of recovery: health learning as identity learning. In B. Erdős M., Kelemen G., Csürke J. & J. Borst (Eds.), *Reflective Recovery* (pp. 23–40). Budapest: Oriold.
- Hogard, E. (2007). Using consultative methods to investigate professional-client interaction as an aspect of process evaluation. *American Journal of Evaluation*, 28(3), 304–317.
- Laudet A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243–256.
- Madácsy, J. (2013). „A mélypont ünnepélye”. *Az Anonim Alkoholisták Közössége Magyarországon*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, Interdiszciplináris Doktori Iskola.
- Nagy, Zs. (2015). „...életünk minden megnyilvánulásában.” Adalékok a felépülés életrendjéhez és értékrendjéhez 12 lépéses programokban józanodó szerfüggők körében. Doktori értekezés. Budapest: ELTE TáTK Szociológia Doktori Iskola.
- Nussbaum, A. M. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Budapest: Oriold.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533–544.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach (7th ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teddlie, C., & Yu, F. (2007). Mixed methods sampling: A typology with examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 77–100.
- Vanderplasschen, W., Vandavelde, S. & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

1. melléklet. A Social and Health Evaluation Unit (SHEU) nyitó kérdéssora¹

Addiktológiai Műhely – 4D Társadalomtudományi Egyesület

Köszönjük, hogy segítségünkre lesznek egy értékelő modell kialakításában. Munkánk során olyan dialógus kialakítására törekszünk, amelyben folyamatosan összevetjük a hazai és nemzetközi ajánlásokat, irányelveket, szakirodalmakból nyert információkat a gyakorlat tanulságaival. Így az Önök tudása, véleménye az értékelő folyamat egyik fontos pillére. Kérjük, legyenek segítségünkre abban, hogy a lehető legjobb értékelési tervet állíthassuk össze, és válaszoljanak az itt következő kérdésekre. A kérdések három területre vonatkoznak: a rehabilitációs program eredményeire, folyamataira, és az érintett felek nézőpontjára.

Elvárások

- Milyen előzetes elvárásuk, elképzelésük van az értékeléssel kapcsolatban?

Az első terület: az eredmények

- A lehető legpontosabban fogalmazva, melyek azok az eredmények, amelyeket a rehabilitációs program segítségével el akarnak érni?
- Ezek közül milyen eredmények mentén érdemes Önök szerint értékelteni a programot?
- Milyen információk érhetőek el számunkra, amelyek alátámaszthatják, hogy ezeket az eredményeket sikerült elérni?
- Milyen más eredményekhez tudjuk hasonlítani a program eredményeit? (Pl. ambuláns kezelés stb.)

¹ R. Ellis és E. Hogard kérdéssora saját vizsgálatunk céljai szerint módosítva.

A második terület: a folyamatok

- Melyek azok a lényegi vonások, amelyek az Önök programját a legjobban megkülönböztetik más hasonló programoktól?
- A program működtetése során milyen tanulságokat sikerült idáig összegyűjteni? (Mi az a néhány legfontosabb tanács, amit egy hasonló program kezdeményezőinek adnának?)
- Melyek voltak a legfontosabb újítások a programban az elmúlt évek folyamán? Miként került ezekre sor?
- Az értékelés ideje alatt hányan használják majd a program szolgáltatásait? (Beleértve az utógondozást stb.)

A harmadik terület: a kockázatviselő felek

- Kik azok a további érintettek, akiknek a véleménye Önök szerint fontos az értékelés szempontjából?

2. melléklet. Alumni interjú

I. Az aktív szerhasználat időszaka

- Mikor kezdődött a szerhasználat? (Mit használt – alkoholt is beleértve.) Mikortól tekintette magát függőnek? Volt-e választott szere? Túladagolás? Szándékosan/véletlenül?
- Ha valaki ekkoriban filmre vette volna az életét, mit látott volna? Mit látott volna, amikor ő a legrosszabb állapotban volt? Milyenek látta őt a segítője (ha volt)?

Sorban:

- egészség(ügy)
- család
- munka
- rendőrségi ügyek
- lakhatás

II. Elindulás

- Ki döntött arról, hogy megpróbálkozik a kezeléssel? Mi járt a fejében, mit szeretett volna ő maga elérni ekkor? Mi minden kellett ahhoz, hogy meg tudja változtatni az életét? Mi volt a legnehezebb időszak, amit a változás során átélt? Miben reménykedett?
- Visszaesés?
- Hányszor és hol vett igénybe kezeléseket? Miképpen emlékszik vissza ezekre?

III. Józanság – józanság fenntartása

- Mióta józan? Mit tekint ma felépülésnek? Mi minden tartozik ehhez?
- Miképpen változtak meg a kapcsolatai?

MELLÉKLETEK

- Mi mindent kapott a józanodással? (Ha valaki most filmre venné az életét, mit látna, milyen változásokat tapasztalna?)

Sorban:

- egészség(ügy)
- család
- munka
- rendőrségi ügyek
- lakhatás

3. melléklet. Fókuszcsoportos interjú

- Mondjátok el, milyen körülmények között kerültetek ide? Mi mindenre gondoltatok, mit vártatok? Miben voltak mások az első itteni élmények? Mi történt volna veletek szerintetek, ha nem jöttetek volna ide?

- Milyen itt egy nap? Milyen nehézségeket tapasztaltatok a napi életben az elején? Mi volt, ami tetszett?

- Szerintetek miben van ennek a helynek a legnagyobb ereje? Mi az, ami segíti a változást?

- Milyen feladatokat, felelősségi köröket kaptok a közösségen belül? Hogyan látjátok ezeket?

- Hogyan látjátok a saját fejlődéséteket (saját, egymásé), miben változtatok meg eddig?

- Mit vártok, miképpen alakul majd az életetek?

4. melléklet. Interjúvázlat a kritikus incidens-elemzéséhez

Minta: normi és felépülő függő segítők.

- Mutasd be a munkádat! Hogyan telik egy tipikus munkanap a számodra?
- Van-e olyan feladatod, amit különösen szeretsz? Amivel nehezen békélsz meg?
- Kérlek, idézd fel azt az esetet, amit itteni szakmai pályafutásodban az egyik legsikeresebbnek ítélsz, és mondd el minél részletesebben!
- Miért ezt az esetet választottad? Mi teszi számodra különlegessé?
- Volt-e valamilyen döntő mozzanat ebben a történetben?
- Milyen képességekre, készségekre volt szükséged ahhoz, hogy ezt az esetet sikeresen vezesd? Hogyan segítettek ebben a többiek, a közösség?
- Mi volt az, ami rajtad, és ami nem rajtad múlt?
- Most pedig arra kérlek, hogy egy olyan esetet idézz fel, ami nyomasztóan hatott rád, ami nem zárult sikeresen.
- Miért ezt az esetet idézted fel? Mi volt benne a döntő mozzanat? Mi kellett volna ahhoz, hogy jobban oldódjék meg a történet?
- Mi volt az, ami rajtad, és mi az, ami nem rajtad múlt?

5. melléklet. Alumni kérdőív

Tisztelt Válaszadó!

Kutatásunk célja, hogy segítse a bentlakásos rehabilitációs intézmények munkájának értékelését, folyamatos fejlesztését.

Ha Ön olyan felépülő szenvedélybeteg, aki legalább három hónapot töltött egy bentlakásos rehabilitációs intézményben, kérjük, segítse munkánkat az alábbi kérdések megválaszolásával.

A válaszadás önkéntes és anonim. A válaszokat összesítve értékeljük.

Kérdéseivel, észrevételeivel keressen minket bizalommal a molnar.daniel@pte.hu email címen.

I. Háttérváltozók.

1. Az Ön neme: férfi nő

2. Az Ön életkora:.....év

3. Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége:

kevesebb, mint 8 általános iskolai osztály

befejezett általános iskola

szakmunkás bizonyítvány

érettségi szakképesítés nélkül

érettségi + szakképesítés

főiskolai végzettség

egyetemi végzettség

4. Van munkahelye?

igen, hónapja dolgozom

nincs, aktív álláskereső vagyok hónapja

nincs, és nem is keresek állást, mert képzésben veszek részt.

↳ Milyen képzésben vesz részt?

.....

nincs, nyugdíjas vagyok

nincs, és egyik sem vagyok a fentiek közül

5. Végez-e önkéntes munkát?

igen

nem

6. Melyik a legjellemzőbb jövedelemforrása?

- a saját munkámból élek meg
- a nyugdíjamból élek
- szociális segélyből élek
- a családom tart el
- egyéb:.....

7. Van-e hol laknia?

- igen, saját otthonom van (albérlet vagy tulajdon vagy szolgálati lakás)
- igen, félutas házban, vagy egyéb támogatott lakhatási formát veszek igénybe
- igen, mások szívésségéből
- hajléktalanszállón élek
- hajléktalan vagyok

II. Szerhasználatra irányuló kérdések

8. Kérem, jelölje X-szel az alábbi táblázatban, hogy milyen szereket használt korábban, illetve jelenleg!

	Milyen szereket használt korábban?		Jelenleg használja-e valamelyik szert?	
	Használtam	Nem használtam	Igen, használom	Nem használom
alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kannabisz (marihuána, hasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opiátok (pl. heroin, kodein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stimulánsok (pl. amfetamin, kokain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPENDICES

altatók és nyugtatók (pl. Xanax, Rivotril)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hallucinogének (pl. LSD, varázsgomba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dizájner drogok (pl. mefedron, kristály)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egyéb drog:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egyéb drog:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egyéb drog:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Indult-e Ön ellen szerhasználatához kapcsolódóan büntetőeljárás?

- igen, a legutolsó rehabilitációs kezelés lezárulása előtti ügyben
- igen, a legutolsó rehabilitációs kezelés óta elkövetett ügyben
- nem

10. Volt-e Ön elítélt valamilyen büntetés-végrehajtási intézetben?

- igen, egy alkalommal hónapig
- igen, több alkalommal, összesen hónapig
- nem

11. Volt-e Ön korábban hajléktalan?

- igen, hónapon keresztül
- nem

III. A felépülés folyamatára irányuló kérdések

12. Jár-e legalább heti rendszerességgel önsegítő/kölcsönösen segítő csoportokra?

- igen
 nem, de korábban heti rendszerességgel jártam
 nem, és korábban sem jártam *(lépjen tovább a 14. kérdésre!)*

13. Nevezze meg, hogy milyen önsegítő/kölcsönösen segítő csoportokba jár, illetve járt!

jelenleg:.....

korábban:.....

14. Jár-e valamilyen egyéb, a felépülését támogató közösségbe?

- igen,
 mégpedig:.....
 nem

15. Kérem, írja be az alábbi táblázatba, hogy milyen intézményekben, milyen időtartamú járóbeteg-ellátásban (ambuláns kezelésben) részesült függősége miatt! (Amennyiben adott intézményben több különböző időszakban is kezelték, az időtartamot összesítve adja meg! Az időtartamnál a számérték mellett tüntesse fel, hogy napról, hónapról vagy évről van-e szó!)

Kezelőintézmény (járóbeteg-ellátás)	Kezelés időtartama:	Megszakította-e idő előtt a kezelést?	
		igen	nem
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Kérem, írja be az alábbi táblázatba, hogy milyen intézményekben, milyen időtartamú bentlakásos kezelésben részesült függősége miatt! (Amennyiben adott intézményben több különböző időszakban is kezelték, az időtartamot összesítve adja meg! Az időtartamnál a számérték mellett tüntesse fel, hogy napról, hónapról vagy évről van-e szó!)

Kezelőintézmény (bentlakásos ellátás)	Kezelés időtartama:	Megszakította-e idő előtt a kezelést?	
		igen	nem
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Volt-e bármi, ami a kezelése során érzése szerint akadályozta az Ön felépülését?

nem

igen ↗

Melyik kezelés során?	Mi volt az akadály?

18. Kezelik-e Önt jelenleg valamilyen tartós, krónikus betegséggel bármilyen egészségügyi intézményben?

igen

- a korábbi szerhasználatommal összefüggő testi betegség miatt
- a jelenlegi szerhasználatommal összefüggő testi betegség miatt
- a korábbi szerhasználatommal összefüggő lelki betegség miatt
- a jelenlegi szerhasználatommal összefüggő lelki betegség miatt
- a szerhasználattól független betegség miatt

nem

- egészséges vagyok
- nem kezelnek, bár szükségem lenne rá

19. Véleménye szerint mi történt volna Önnel a bentlakásos kezelő intézmény segítsége nélkül?

.....

.....

.....

IV. A kezelés és az utógondozás folyamata

20. Elvégezte a legutolsó bentlakásos terápiát, amin részt vett?

igen

nem

21. Legutóbbi bentlakásos kezelésére egy mélypont elérését követően került sor?

igen

↳ **Mi volt ez a mélypont?**

.....
.....
.....

nem

↳ Milyen hatásra kezdte el a terápiát?

elterelés

külső személyes nyomás

egyéb tényező:

.....

22. Hány hónapja tart a felépülése?

..... hónapja

23. Volt-e visszaesése?

volt, de a szakemberektől kapott segítséggel ismét felépülésben vagyok

volt, de szakemberek segítségével ismét felépülésben vagyok

nem volt

24. Kérjük, a megfelelő számértékek bekarikázásával jelezze, hogy mennyire illenek az Ön legutóbbi bentlakásos kezelésére az alábbi állítások, illetve, hogy az állításokban megfogalmazottak mennyire fontosak a felépülés szempontjából! (1 – egyáltalán nem; 5 – teljes mértékben)

	Mennyire jellemzi az Ön legutóbbi bentlakásos kezelését?					Mennyire fontos a felépülés szempontjából?				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A kezelés során segítséget kaptam ahhoz, hogy emberi kapcsolataimat rendezzem.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A kezelés során figyeltek személyes fejlődési szükségleteimre.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A kezelés során sok fontosat tudtam meg saját betegségről.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tiszteletben tartották személyes hitemet, meggyőződésemet.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A segítők pontosan értették, mikor mi van velem.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A segítők visszajelezték, mikor mi van velem.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A segítők figyeltek rá, hogy képes legyek értékelni saját előrehaladásomat.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A segítőknek azok is fontosak, akik nehezebben boldogulnak a felépülés során.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

APPENDICES

A segítők bátorítottak, hogy fokozatosan kipróbáljam magam új szerepekben is.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Amikor valamilyen számomra fontos eredményt, célt értem el, elismertek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A segítők ösztönöztek, hogy más felépülőkkel is kapcsolatba lépjek, kapcsolatot tartsak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Segítséget kaptam ahhoz, hogy a további életemet megtervezzem.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Érzem, hogy jobb emberré váltam a kezelést követően.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Segítettek felelősséget vállalni saját felépülésemért, de nem vállalták azt helyettem.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mindig számíthattam valakire.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Megtanítottak arra, hogyan ismerhetem fel a számomra kockázatos helyzeteket.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A segítők hittek benne, hogy képes leszek a változásra, a fejlődésre és a felépülésre.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

25. Az intézmény a terápiát követően a következő utógondozási lehetőségeket tudta felajánlani: (többet is megjelölhet!)

- egyéni utógondozás
- csoportos utógondozás
- felépülő közösséghez/gyülekezethez való csatlakozás
- félutas ház
- egyéb védett lakhatás
- védett munkahely

26. Nem tudták felajánlani, de szükség lett volna a következőkre: (többet is megjelölhet!)

- egyéni utógondozás
- csoportos utógondozás
- felépülő közösséghez/gyülekezethez való csatlakozás
- félutas ház
- egyéb védett lakhatás
- védett munkahely
- családi csoport
- egyéb,
mégpedig:.....

27. Most arra kérjük, hasonlítsa össze az aktív szerhasználat legsúlyosabb éveit és a bentlakásos rehabilitációs kezelést követő éveket! (Kérjük, az alábbi válaszok közül karikázással jelölje azt a számot, amely a lehető legjobban kifejezi vagy kifejezte az Ön helyzetét, állapotát. Az első oszlopban az élet egy fontos területét jelöljük meg. A második oszlop a szerhasználat legsúlyosabb, a mélypontot megelőző időszakára, a harmadik pedig a jelenre vonatkozik. Kérjük, értékelje 1-től 5-ig e területeket, ahol 1 a lehető legrosszabb, 5 pedig a lehető legjobb érték.)

	A legsúlyosabb időszakban					Mostanában				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Családi kapcsolatok										
Baráti kapcsolatok										
Munkára való képesség és hajlandóság										
Saját egészségével való törődés										
Szabályok betartása										
Elégedettség saját életével										
Annak elfogadása, amit az élet ad										
Életcélok										
Önmaga elfogadása										
Hit										
Világos személyes értékrend										
Volt/van valaki, aki hitt/hisz Önben										
Segítség kérésének képessége										
Segítség elfogadásának képessége										

MELLÉKLETEK

Segítség nyújtásának képessége	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Rossz érzésekkel való megbirkózás úgy, hogy ne ártson önmagának	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Rossz érzésekkel való megbirkózás úgy, hogy ne ártson másoknak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Biztonságos, a felépülést támogató környezet	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A tudatos, folyamatos fejlődés igénye	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A tudatos, folyamatos fejlődés képessége	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A jövőbe vetett bizalom	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A hétköznapi élet feladatainak való megfelelés	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A hibákból való tanulás képessége	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Kitartás	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Köszönjük a válaszadást!

6. melléklet. A CORE-OM fordítása¹

Fontos – kérem, először olvassa el:

Ez a kérdőív 34 állítást tartalmaz arról, hogyan érezte magát Ön az elmúlt hét folyamán. Kérem, olvassa el mindegyik állítást, és gondolja át, milyen gyakran érezte magát így a múlt héten. Ezt követően jelölje meg azt a négyzetet, amelyik a legközelebb van ehhez. Kérem, sötét színű tollal használjon (ne ceruzát), és egyértelmű jelölést tegyen a négyzetbe.²

Az elmúlt hét folyamán

1. Rettenetesen egyedül és elszigetelten éreztem magam.
2. Feszültnek, szorongónak, vagy idegesnek éreztem magam.
3. Azt éreztem, van kihez támogatásért fordulnom, amikor szükséges.
4. Úgy éreztem, rendben vagyok önmagammal.
5. Úgy éreztem, minden energia és lelkesedés hiányzik belőlem.
6. Fizikai értelemben erőszakos voltam másokkal.
7. Úgy éreztem, képes vagyok megbirkózni azzal, ha a dolgok rosszra fordulnak.
8. Fájdalmak, vagy egyéb fizikai problémák zavartak meg.
9. Arra gondoltam, hogy bántani fogom magamat.
10. Úgy éreztem, túl sok nekem az, hogy emberekkel beszélgessek.
11. A feszültség és a szorongás megakadályozott benne, hogy fontos dolgokat tegyek.
12. Boldog voltam mindazzal, amit sikerült megtennem.
13. Akaratlan gondolatok és érzések zavartak meg.
14. Sírhatnék volt.
15. Pánikot, rettegést éltem át.

¹ A klinikai értékelő teszt egyik próbafordítása, mérésre jelen formájában nem alkalmazható.

A CORE-OM online elérhetősége:

www.sussex.ac.uk/counselling/documents/core.pdf (legutóbb letöltve 2015. 11. 20-án).

Felhasználásának feltételei:

http://www.coreims.co.uk/About_Core_System_Outcome_Measure.html (legutóbb letöltve 2015. 11. 20-án).

² A kérdések alatt található válaszlehetőségeket az eredetiben a kérdések mellé helyezett négyzetek jelölik.

MELLÉKLETEK

16. Terveket szőttem, hogy véget vetek az életemnek.
17. Úgy éreztem, a problémáim elhatalmasodnak felettem.
18. Nehézséget okozott elaludni és végigaludni az éjszakát.
19. Pozitív érzéseket, szeretetet éreztem valaki iránt.
20. A problémáimat lehetetlen volt félretenni.
21. Meg tudtam tenni a legtöbb dolgot, amit meg kellett.
22. Fenyegettem, vagy megfélemlítettem egy másik személyt.
23. Elkeseredettnek vagy reménytelennek éreztem magam.
24. Azt gondoltam, jobb lenne, ha már halott lennék.
25. Úgy éreztem, mások kritizálnak.
26. Azt gondoltam, nincsenek barátaim.
27. Boldogtalannak éreztem magamat.
28. Akaratlan képek vagy emlékek nyugtalanítottak.
29. Ingerlékeny voltam mások társaságában.
30. Azt gondoltam, én vagyok a hibás a problémáimért és a nehézségeimért.
31. Optimistának éreztem magam a jövőmet illetően.
32. Elértem azt, amit akartam.
33. Úgy éreztem, mások megaláztak, vagy megszegyenítették.
34. Fizikai sérülést okoztam magamnak, vagy veszélyes módon kockáztattam az egészségemet.

0 egyáltalán nem

1 csak alkalmanként

2 néha

3 gyakran

4 az idő legnagyobb részében

Köszönjük, hogy időt szánt a kérdőív kitöltésére!

7. melléklet. SEEQ – A terápiás közösségek kérdőíve

Kérjük, értékelje az Önök intézményénél folyó terápiás program jellemzőit a következő skálán!

- 0: egyáltalán nem jellemző
- 1: alig fontos
- 2: valamelyest fontos
- 3: mérsékelten fontos
- 4: eléggé fontos
- 5: nagyon fontos

I. TC-NÉZŐPONT

Ebben a részben a szerhasználat TC-alapú megközelítésére kérdezzük rá, arra, miként látják a szenvedélybeteg, a felépülést, és a helyes, egészséges életmódot.

	egyáltalán nem	alig fontos	valamelyest fontos	mérsékelten fontos	eléggye fontos	nagyon fontos
A.) A szenvedélybetegségről alkotott kép						
A problémás szerhasználat egy általánosabb alkalmazkodási nehézségre utal.	0	1	2	3	4	5
B.) A szenvedélybetegről alkotott kép						
A problémás szerhasználat gyökereit egy általánosabb fejlődési, pszichológiai problémában kereshetjük.	0	1	2	3	4	5
C.) A felépülésről alkotott kép						
A felépülés az identitás, a viselkedés és az életstílus átfogó változtatását követeli meg.	0	1	2	3	4	5
D.) A helyes életmódról alkotott kép						
A helyes életmód, beleértve az öngondoskodást, az önmagunkért vállalt felelősséget, valamint a pozitív társas és munkával kapcsolatos attitűdöket, kulcsfontosságú a szerhasználatból történő felépülés folyamatában.	0	1	2	3	4	5

APPENDICES

Értékelje az alábbi kérdéseket a következő kritériumok mentén:

0: a program nem tartalmazza.

Ha tartalmazza:

1: alig fontos

2: valamelyest fontos

3: mérsékelten fontos

4: eléggé fontos

5: nagyon fontos

II. AZ INTÉZMÉNY: A KEZELÉS MEGKÖZELÍTÉSMÓDJA, STRUKTÚRÁJA

A kezelés megközelítésmódja, struktúrája adja azt a keretet, amelyen belül a terápiás folyamat zajlik. A struktúra segíti a TC terápiás céljainak elérését, és az intézményi irányvonalak érvényre juttatását segíti elő.

	a program nem	alig fontos	valamelyest fontos	mérsékeltlen fontos	eléggé fontos	nagyon fontos
A.) Az intézmény szerveződése						
A struktúra hangsúlyos: számos kötelező napi tevékenység, találkozás zajlik, a viselkedést szabályok irányítják, és a szabályok megszegésének világos következményei vannak.	0	1	2	3	4	5
B.) Az intézmény hozzáállása a kezelés során						
A kezelés fókuszában a tagok közösségi részvétele áll.	0	1	2	3	4	5
C.) A stáb szerepe, funkciói						
A stábtagnak legfontosabb feladata, hogy a közösség tagjaként megerősítsék a közösség értékeit, konfrontálják az elfogadott magatartási szabályok megsértésével, valamint szerepmódként szolgáljanak a többiek számára.	0	1	2	3	4	5
D.) A kliensek szerepe és funkciói						
A kliensek, különösen a rangidős lakók, a közösség tagjai, akik felelősséget vállalnak a közösség fenntartásáért, egészségéért, a közösségi értékek megtartásáért, és szerepmódként szolgálnak mások számára.	0	1	2	3	3	5

APPENDICES

E.) Egészség						
A program az egészséges életmódra készít fel, amelynek része a rendszeres szűrővizsgálat, az egészségnevelés és az AIDS-prevenációs tréning.	0	1	2	3	4	5

III. A KÖZÖSSÉG MINT TERÁPIÁS TÉNYEZŐ

Ez a rész azt vizsgálja, mennyiben működik a közösség terápiás tényezőként, és a közösségi kapcsolatok erősítése mennyiben segíti elő a terápiás célok érvényre juttatását.

	a program nem	alig fontos	valamelyest fontos	mérsékeltlen fontos	eléggye fontos	nagyon fontos
A.) A sorstársak mint közösségi kapuőrök						
A terápia résztvevői, különösen a rangidős lakók, védik a közösségi értékeket személyes támogatás nyújtásával, a meggyőzés pozitív módszereivel, és amikor ez szükséges, konfrontáció útján.	0	1	2	3	4	5
B.) Kölcsönös segítség						
A felépülés folyamatának döntő jelentőségű kérdése, hogy a tagok mennyire alakítanak ki mély személyes kapcsolatokat és mennyire segítik egymást.	0	1	2	3	4	5
C.) A közösséghez tartozás erősítése						
Vannak olyan napi programok, pl. csoportok, amelyek a közösségben való részvételt hangsúlyozzák.	0	1	2	3	4	5

MELLÉKLETEK

D.) A közösségen kívüli kapcsolatok (csak bentlakásos programoknál)						
A külvilággal való kapcsolat mennyisége és minősége a tagok terápiás fejlődésétől függ.	0	1	2	3	4	5
E.) Közösségi/terápiás irányítás: privilégiumok						
A közösségen belüli státusz és a megszerzett jogok a terápiás programban való előrehaladástól függenek.	0	1	2	3	4	5
F.) Közösségi/terápiás irányítás: következmények						
Mindig vannak olyan következmények, amelyekkel a közösség normáit megsértő tagok szembesülnek.	0	1	2	3	4	5
G.) Közösségi/terápiás irányítás: felügyelet						
A programnak része valamiféle ellenőrzés, pl. rendszeres drogteszt, vagy más típusú ellenőrzés (lakótér stb.).	0	1	2	3	4	5

IV. OKTATÁS, NEVELÉS ÉS MUNKA

Ebben a részben a formális/nemformális oktatásra kérdezzük: mennyiben része a programnak, és miként támogatja a terápiás célok megvalósulását?

	a program nem	alig fontos	valamelyest fontos	mérsékeltlen fontos	elégé fontos	nagyon fontos
A.) Formális képzési elemek						
Vannak képzéssel, oktatással összefüggő tevékenységek, pl. bizonyos témákban tartott szemináriumok, elméleti képzés, vagy szakképzés.	0	1	2	3	4	5
B.) Terápiás- edukációs elemek						
Van olyan edukációs komponens, amely a személyes fejlődésre irányul, mint például az érzelmi kontroll, a konfliktuskezelés, a személyes döntéshozás készségei, kommunikációs készségek fejlesztése, mások meghallgatása készségének fejlesztése.	0	1	2	3	4	5
C.) A munka mint terápia						
A munka a terápiás program része (az önbecsülés és a társas felelősség fejlesztésének céljaival).	0	1	2	3	4	5

V. FORMÁLIS TERÁPIÁS ELEMEL

Ebben a részben a terápías közösségben végrehajtott formális terápías tevékenységre kérdezőnk rá.

	a program nem	alig fontos	valamelyest fontos	mérsékeltlen fontos	elégge fontos	nagyon fontos
A.) Általános terápías technikák						
A tagok megerősítésekot kapnak, amikor pozitívan cselekszenek, a negatív viselkedéssel viszont konfrontálják őket.	0	1	2	3	4	5
B.) A csoportok mint terápías tényezők						
Számos olyan csoportos tevékenység zajlik, amely megerősíti a közösségi értékeket, és szembesíti a tagokat a negatív viselkedéssel.	0	1	2	3	4	5
C.) Konzultációs technikák						
A konzulens a közösség által szabályozott attitűdök és viselkedésformák szerepmódelje, ez terápías tevékenységének lényegi vonása.	0	1	2	3	4	5
D.) A család szerepe						
Ahol helyénvaló, a családot is bevonják a terápías tervbe.	0	1	2	3	4	5

VI. FOLYAMAT

A TC-ben zajló terápiás folyamat olyan fejlődési folyamatként fogható fel, ahol egy lépcsőzetes, megfelelő mértékben adagolt tanulási folyamat különböző fázisain keresztül haladnak a tagok.

	a program nem	alig fontos	valamelyest fontos	mérsékeltlen fontos	eléggé fontos	nagyon fontos
A.) A kezelés fázisai						
A kezelést úgy tervezik meg, hogy három fontosabb fázisa legyen: orientáció, elsődleges kezelés és felkészítés a kinti életre. Mindegyiknek megvannak a maga sajátos céljai és a kapcsolódó elvárásai.	0	1	2	3	4	5
B.) Bevezető fázis						
Az orientáció/bevezető fázis legfontosabb célja, hogy elősegítse a lakó beilleszkedését a környezetbe.	0	1	2	3	4	5
C.) Elsődleges kezelés						
Az elsődleges kezelési fázis legfontosabb célja, hogy elősegítse az érintett személyben annak az értékrendnek a kifejlődését, amely a közösség sajátja.	0	1	2	3	4	5
D.) Visszailleszkedés fázisa						
A visszailleszkedés fő célja, hogy segítse a TC-n kívüli világra való felkészülést, és az átmenetet: a személyes függetlenedés lépéseit.	0	1	2	3	4	5

8. melléklet. A felépülési tőkét mérő kérdőív angol és magyar nyelven

Recovery Capital Scale

Place a number by each statement that best summarizes your situation.

5. Strongly Agree

4. Agree

3. Sometimes

2. Disagree

1. Strongly Disagree

___ I have the financial resources to provide for myself and my family.

___ I have personal transportation or access to public transportation.

___ I live in a home and neighborhood that is safe and secure.

___ I live in an environment free from alcohol and other drugs.

___ I have an intimate partner supportive of my recovery process.

___ I have family members who are supportive of my recovery process.

___ I have friends who are supportive of my recovery process.

___ I have people close to me (intimate partner, family members, or friends) who are also in recovery.

___ I have a stable job that I enjoy and that provides for my basic necessities.

___ I have an education or work environment that is conducive to my long-term recovery.

___ I continue to participate in a continuing care program of an addiction treatment program, (e.g., groups, alumni association meetings, etc.)

___ I have a professional assistance program that is monitoring and supporting my recovery process.

___ I have a primary care physician who attends to my health problems.

___ I am now in reasonably good health.

___ I have an active plan to manage any lingering or potential health problems.

___ I am on prescribed medication that minimizes my cravings for alcohol and other drugs.

___ I have insurance that will allow me to receive help for major health problems.

APPENDICES

- ___ I have access to regular, nutritious meals.
- ___ I have clothes that are comfortable, clean and conducive to my recovery activities.
- ___ I have access to recovery support groups in my local community.
- ___ I have established close affiliation with a local recovery support group.
- ___ I have a sponsor (or equivalent) who serves as a special mentor related to my recovery.
- ___ I have access to Online recovery support groups.
- ___ I have completed or am complying with all legal requirements related to my past.
- ___ There are other people who rely on me to support their own recoveries.
- ___ My immediate physical environment contains literature, tokens, posters or other symbols of my commitment to recovery.
- ___ I have recovery rituals that are now part of my daily life.
- ___ I had a profound experience that marked the beginning or deepening of my commitment to recovery.
- ___ I now have goals and great hopes for my future.
- ___ I have problem solving skills and resources that I lacked during my years of active addiction.
- ___ I feel like I have meaningful, positive participation in my family and community.
- ___ Today I have a clear sense of who I am.
- ___ I know that my life has a purpose.
- ___ Service to others is now an important part of my life.
- ___ My personal values and sense of right and wrong have become clearer and stronger in recent years.

Possible Score: 175

My Score: _____

The areas in which I scored lowest were the following:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Felépülési források (RCS)

Kérem, értékeljen minden állítást az alábbiak szerint:

5. Teljesen egyetértek
4. Egyetértek
3. Néha
2. Nem értek egyet
1. Egyáltalán nem értek egyet

- Megvannak az anyagi forrásaim ahhoz, hogy eltartsam magamat és a családomat. (!)
- Meg tudom oldani a közlekedésemet.
- A lakóhelyem biztos és biztonságos.
- Ahol élek, ott nincs jelen az alkohol és a drogok.
- Bensőséges kapcsolatban élek, és a párom támogatja a felépülésemet.
- Vannak a családban, akik támogatják a felépülésemet.
- Vannak barátaim, akik támogatják a felépülésemet.
- Vannak hozzám közel álló emberek (a párom, családom tagjai vagy barátok) akik szintén felépülőben vannak.
- Biztos munkám van, amit szeretek, és ami elég jövedelmet ad az alapvető szükségleteim kielégítéséhez.
- Olyan környezetben tanulok vagy dolgozom, ami elősegíti a felépülésemet.
- Folyamatosan részt veszek valamilyen kezelési programban (pl. csoportok, felépülők közössége stb.).
- Van olyan szakmai program, amelyik ellenőrzi és támogatja a felépülésemet.
- Van házi orvosom, aki odafigyel az egészségügyi problémáimra.
- Elég jó az egészségi állapotom.
- Van tervem arra nézve, miként küzdhetek meg a szerhasználatból következő meglévő vagy esetlegesen jelentkező egészségügyi problémákkal.
- Szedem az orvos által előírt gyógyszereket, amelyek minimalizálják az alkohol és más drogok iránti sóvárgást. (!)
- Van egészségbiztosításom, amely lehetővé teszi, hogy komolyabb egészségügyi problémák esetén segítséget kérjek. (!)
- Rendszeresen étkezem és tápláló ételeket fogyasztok.
- A ruháim kényelmesek, tiszták, és alkalmasak arra, hogy a felépülésért vállalt tevékenységeimet elvégezzem.

APPENDICES

___ El tudok jutni felépülést támogató csoportokra az otthonom közelében.

___ Szorosan kötődöm egy helyi felépülést támogató csoporthoz.

___ Van szponzorom, mentorom (vagy más hasonló személy) aki segíti a felépülésemet.

___ Van hozzáférésem internetes felépülést támogató csoportokhoz. (!)

___ Múltam minden jogi következményével szembenéztem.

___ Vannak olyanok, akik rám támaszkodnak saját felépülésük érdekében.

___ A közvetlen környezetemben a felépülés melletti elköteleződésemet szimbolizáló irodalmak, jelképek, poszterek és más hasonló tárgyak találhatóak.

___ Vannak a felépüléshez kapcsolódó szokásaim, rituáléim, amelyek a mindennapi életem részévé váltak.

___ Olyan meghatározó élményben volt részem, amely a felépülés iránti elköteleződésemet kezdetét vagy elmélyülését jelzi.

___ Vannak céljaim és reményeim a jövőre nézve.

___ Vannak olyan problémamegoldó készségeim és forrásaim, amelyek a szerhasználat korábbi éveiben hiányoztak.

___ Úgy érzem, értelmes és pozitív módon vagyok része a családom és a közösségem életének.

___ Ma már világosan érzékelem, ki vagyok.

___ Tudom, hogy az életemnek célja van.

___ A másokért végzett szolgálat az életem fontos részévé vált.

___ Személyes értékrendem, a jó és a rossz megkülönböztetésének képessége az utóbbi években egyre világosabb és erősebb.

A lehetséges pontszám: 175

Saját pontszámom: _____

A területek, ahol a saját pontszámom a legalacsonyabb volt:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

MELLÉKLETEK

A (!)-lel jelölt itemek esetében vannak bizonyos fenntartásaink, ezek kihagyását vagy módosítását javasoljuk:

- A szükséges anyagi források tekintetében megjegyeznénk, hogy hazánkban egyes régiókban nagy a szegénység, e területi eltéréseket számításba kell venni. (Az elégedettség/elégedetlenség alapjául szolgáló összehasonlítás a referenciacsoporttal történik meg, míg a kérdés nem a relatív, hanem az abszolút értelemben vett deprivációra vonatkozik.)
- A legtöbb általunk vizsgált intézmény nem támogatja a sóvárgás leküzdésére alkalmazott gyógyszeres terápiát, így ez az item valószínűleg idegen a terápiás közösségek világától.
- Egészségbiztosítással hazánkban szélesebb körben rendelkeznek, mint az USA-ban.
- Az internetes csoportok lehetnek előnyösek, de ha nem a személyes kapcsolatok alakítását szolgálják, hanem ezek helyébe lépnek, akkor a felépülést inkább veszélyeztetik. (A személyes csoportot kényelmetlen és éppen ezért kihívást jelentő, megoldandó helyzetekben nem lehet kikapcsolni, míg az internetet igen.)

Szerzőink

Authors

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

BRETTNER ZSUZSANNA, dr., egyetemi adjunktus; PTE BTK Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék; brettner.zsuzsanna@pte.hu

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

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

MÁRK MÓNIKA, PhD hallgató, szociális munkás; PTE BTK Demográfia és Szociológia Doktori Iskola; mark-monika@hotmail.com

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

MOLNÁR DÁNIEL, PhD hallgató, egyetemi tanársegéd; PTE BTK Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék; molnar.daniel@pte.hu

SZIJJÁRTÓ LINDA, dr., egyetemi adjunktus; PTE BTK Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék; szijjarto.linda@pte.hu