

**Pécsi Tudományegyetem  
Bölcsészettudományi Kar  
Interdiszciplináris Doktori Iskola**

**Néprajz - és Kulturális Antropológia Tudományok Program:  
Életmód és Mentalitás**

**Lokális drámák - univerzális nyelv**

**- Terápiás közösségben felépülő szenvedélybetegek életút narratíváinak visszatérő  
motívumai -**

**Témavezető: Dr. habil. Nagy Zoltán, egyetemi docens**

**Készítette: Mándi Nikoletta**

## Tartalomjegyzék

I.	Bevezetés.....	5
I.1.	Az elméleti fejezetek tematikája .....	9
I.2.	A kutatás rövid összefoglalása .....	10
I.2.1.	Az értelmező közösség koncepciója .....	10
I.2.2.	Az elkülönböződés.....	11
I.2.3.	Az önismeret, mint a spirituális moratórium gyakorlata.....	12
I.2.4.	A család, mint a kapcsolati etika hordozója .....	13
II.	A függőség konstrukciói .....	16
II.1.	Bevezetés.....	16
II.2.	A függőség természete .....	16
II.3.	A függőségről alkotott hagyományos modellek, értelmezések .....	18
II.4.	A terápiás közösségek története .....	24
II.4.1.	Az „új hedonizmus” .....	24
II.4.2.	Az amerikai és az európai TC-k kialakulásának háttere.....	25
II.4.3.	A Synanon jelenség.....	26
II.4.4.	A radikalizmust árnyaló Daytop.....	28
II.4.5.	A további mérséklődés .....	29
II.4.6.	A terápiás közösség koncepciójának terjedése .....	31
II.4.7.	Az ártalom csökkentés paradigmájának megjelenése: Az első methadon kísérletek.....	33
II.4.8.	A TC hanyatlása, az ártalomcsökkentő kezdeményezések térhódítása .....	34
II.4.9.	A terápiás közösségek rendszerszemlélete .....	36
II.5.	Összegzés.....	37
III.	Narrativitás és függőség .....	39
III.1.	Bevezetés.....	39
III.2.	Függőség és narráció .....	41
III.3.	Addiktológiai kutatások a narrativitás tükrében .....	44
III.4.	A felépülési narratívák.....	55
III.5.	Ricoeur „narratív identitás” fogalmának alkalmazása a felépülés tekintetében .....	60
IV.	IV. A „terep-szöveg” analógia és a „jelzőtlen antropológus” - a kutatói kérdés és a kutatási módszer megszületése .....	63

IV.1. A kezdetek.....	63
IV.2. Az út a kutatói kérdés megfogalmazásához.....	67
IV.3. Helyem és szerepem a terepen.....	71
IV.4. Az alkalmazott kutatási módszerek.....	73
IV.5. A tapasztalás és az élmény „fordításának” nehézségei.....	77
IV.6. Összegzés: .....	77
V. Az életvilág értelmezési lehetőségei az addiktológiai rehabilitáció gyakorlatában .....	79
V.1. Bevezetés .....	79
V.2. Rehabilitáció és életvilág.....	82
V.2.1. Konstruktív és rehabilitáció. Konstruktív terápia-e a rehabilitációs kezelés modalitása? ...	84
V.2.2. A „rehabilitációs” narratíva .....	87
V.2.3. Életvilág - nyelv - narratíva - csoportterápia .....	89
V.3. Az otthon filozófiája, az alkalmazott program elemei .....	93
V.4. A rehabilitáció, mint átmeneti tér. A rituális bánásmód.....	98
V.5. Mobilitás a közösség terében. Stációk, mint tranzicionális rítusok. ....	102
V.6. Terápiás szótár: fogalmak, időstruktúrák, pozíciók .....	115
V.7. Összegzés .....	121
VI. Az allegorikus regiszterek .....	122
VI.1. Bevezetés .....	122
VI.2. A terápiás közösség, mint értelmező közösség: segítség, hiperreflexió, szimbolizáció.....	122
VI.2.1. Bevezetés .....	122
VI.2.2. A vizsgált közösség „tematizálása” .....	123
VI.2.3. Az „értelmező közösség” a rehabilitáció átmeneti terében .....	127
VI.2.4. A hiperreflexió veszélyei .....	132
VI.2.5. Összegzés .....	136
VI.3. Az elkülönöződés folyamata: a határ szerepe a felépülő szenvedélybetegek narratív identitásában.....	138
VI.3.1. Bevezetés .....	138
VI.3.2. Az átmenet szimbolikus tere .....	140
VI.3.3. A narratívák „átalakításának nemes művészete”: a betegségtudat .....	141
VI.3.4. A rehabilitáción résztvevő függőkkel és segítőkkel készített életút interjúk szövegrészleteinek elemzése, a „normi - függő” reláció vizsgálata .....	147
VI.3.5. Összegzés .....	151
VI.4. A spirituális moratórium, mint a transzcendencia előszobája .....	153
VI.4.1. Bevezetés .....	153

VI.4.2. Függőség, spiritualitás, vallásosság a szenvedélybetegség tekintetében.....	154
VI.4.3. Történeti kutatások a spiritualitás és szenvedélybetegség összefüggései kapcsán .....	155
VI.4.4. A spiritualitás kutatásának nehézségei .....	161
VI.4.5. Betegség narratívák és spiritualitás .....	166
VI.4.6. A felépülési narratívák tematikai elemei a vallás és a spiritualitás dimenzióiban .....	169
VI.4.7. Összegzés .....	179
VI.5. A család, mint a kapcsolati etika hordozója .....	182
VI.5.1. Bevezetés. Az interjú kiválasztásának háttere .....	182
VI.5.2. Érvek és ellenérvek a pszichohistorikus módszer tekintetében .....	183
VI.5.3. Az interjúzás technikája.....	185
VI.5.4. Az elemzés szempontjai. A vizsgálódás természetrajza .....	185
VI.5.5. Az elemzés episztemológiai háttere.....	186
VI.5.6. Az elemzett narratíva .....	188
VI.5.7. Összegzés .....	223
VII. Összegzés.....	231
VIII. Mellékletek .....	236
IX. Bibliográfia.....	250

## I. Bevezetés

A szenvedélybetegség, a hozzá kapcsolható konstrukciók, a vele szemben artikulálódó attitűdök heterogén korpuszt képeznek mindennapjainkban. Ennek ellenére a „drogos”, az „alkoholista” képzete inkább telített sztereotípiákkal, katalogizáló, szimplifikáló vélemények születnek a probléma kapcsán, s a feléjük irányuló érdeklődés anekdotikus színezetű kíváncsiságban, vagy őket egyfajta etnikai modellt megjelenítő, eltérő kisebbségi csoportként való szemlélésben merül ki. A „szenvedélybeteg”, a „függő”, mint kevésbé látható, vagy alulreprezentált identitás egyszerre képviseli és ellenpontozza a domináns kultúra ideáljait. A heterogenitással az általam végzett kutatómunka során is találkoztam: szemlélődésem során olyan további diszkurzív részek nyíltak meg előttem, amelyek interdiszciplináris kezelésmódot, episztemológiai nyitottságot igényeltek. Olyan diskurzusokban vettem részt, amelyekben láthatóvá váltak a más nézőpontok, a fennálló oppozíciók, a félreértések, a tisztázás hiányosságai és a reflektív dialógusok is. Mindezek hatására többször éreztem az írás során, hogy lehetetlen feladat a téma kapcsán logikai összefüggéseken alapuló koherenciát nyújtani. Az antropológiai jellegű hozzáállás dilemmái, kérdései, ezen a területen metszik a pszichológia kérdésfeltevéseit, amennyiben a tapasztalat feltételeiről, az értelem konstitúciójáról, vagy a viselkedést magyarázó elvekről szólnak. A dolgozatban megmutatni kívánt gondolkodást tehát olyan figurális tér övezi, amely az antropológia és a pszichológia ismeretelméleti mintáiból, nyelvi apparátusából, s esetlegesen adott tematikus egységekből táplálkozik, azonban az írás mindezek újratagolására, transzformációjára tesz kísérletet.

Mai ismereteink szerint a szenvedélybetegségeknek általánosságban nincs specifikus pszichoterápiás kezelési módja, nem azonosítható olyan irányzat, amely önmagában, vagy preferált kezelési modalitásként alkalmazható lenne. A függőségről szóló, azt kezelésbe vonó „intézményesített” gondolkodás alapvetően két megközelítés mentén történik: az egyik a patológiát, a másik a felépülést és a rezilienciát helyezi fókuszába. *Az értekezés a szenvedélybetegek ellátórendszerének egyik - az előbb említett két megközelítés különös ötvözetén alapuló - elemét, a 12 lépés által<sup>1</sup> konceptuálisan keretezett rehabilitációs modellt,*

---

<sup>1</sup> A „12 lépés” az NA (Narcotics Anonymous) által megfogalmazott felépülési folyamat stációit foglalja magában. A Névtelen Drogfüggők önségítő szerveződései elfogadják a betegségből való felépülés lehetőségét, ám a teljes gyógyulás megvalósulását nem.

*mint sajátos identitással rendelkező ellátási formát mutatja be, az abban résztvevő szenvedélybetegek életút narratíváin keresztül. Ezen túl, a szenvedélybetegek részére rezidenciális kezelést nyújtó rehabilitációs intézményekben használt kezelési modalitások hatásmechanizmusait vizsgálja, s azt, hogy ezek a hatások hogyan jelennek meg a szolgáltatást igénybevevők élettörténeti elbeszéléseiben.*

A tradicionális, főként medikálisnak tekinthető ellátási keretek mellett a felépülés-orientált modellek, mint viszonylag új, s máig sem kiforrott szolgáltatási formák a társas közegre, a közösségi integrációra fektetik a hangsúlyt. Az egészségről alkotott koncepciók nem csak a közbeszéd szintjén alakultak át az utóbbi évtizedekben, hanem a formális megfogalmazások (pl. WHO) tekintetében is. A függőség természetéről alkotott, eddig domináns biológiai definíció komplex fogalommá lényegült, számos különféle dimenziót magában foglalva. A biológiai faktorokon túl megjelennek a kognitív folyamatok, az individuális, kollektív viszonyok, a társas kapcsolatok és a társadalmi láthatóság, befogadás dimenziói is, amelyek nem hagyják figyelmen kívül a közösség és a társadalom szerepét a problémák kialakulásában. A dolgozat egy olyan, felépülés-orientált megközelítés, kezelési modalitás bemutatását tűzi ki célul, amelynek átmeneti terében - tapasztalataim alapján - a faktikus mellett fakultatív életvilágok születnek, ahol a segítő munka által előhívott identitás elbeszélések felülírják az addigi domináns történeteket, s új, alternatív identitás narratívumok jönnek létre. A felépülés a vizsgált életutak tükrében az alapvető hiedelmek, meggyőződések, értékek, világlátások fundamentális rekonstrukcióját, a gondolkodás transzformációját hívja életre. Új kulcsszavak, ideák, metaforák olvasztják fel a gondolkodás és a viselkedés addigi módozatait, amelyek a változás katalizátoraiként funkcionálnak. *Az elvégzett kutatás tapasztalataira építve megállapítható, hogy a változás folyamata a rehabilitáción részt vevők körében, a választott eszköztár tekintetében variábilis, azonban a használt nyelvi kódok hasonlóak. Írásom célja a későbbiekben ismertetett kulturális toposzokban megnyilvánuló kódok bemutatása.*

Számos tudományterület teoretikusai vizsgálták a narratívák - személyes tapasztalat strukturálásában betöltött - szerepét. Vallásfilozófusok (Crites, 1971), teológusok (Goldberg, 1982), személyiség elméletekkel foglalkozó szakemberek (McAdams, 1993), pszichoanalitikusok (Spence, 1982, Schafer, 1983), és pszichiátriai rehabilitációs szakemberek (Harris, 1997), többek között bebizonyították, hogy a történetek koherenciát és útmutatást nyújthatnak az önértelmezéshez. McAdams (1993:13) szerint mindannyian képesek vagyunk "természetes módon történetet konstruálni annak érdekében, hogy életünk

fejezeti egységes, koherens egészt alkossanak”. A betegségekről, és a szenvedésről szóló tapasztalatainkat magukban foglaló történetek az úgynevezett "betegség narratívák" (Kleinman, 1988; Frank, 1995).

Az elmesélt élettörténetek célja, az értelem felfedezése és a körülmények, események közötti kapcsolat megtalálása, egyfajta jelentés-konstruálás. A személyes narratívák nem csupán az egyén alapvető értékeinek és implicit filozófiájának nyilvánosságra hozásában bírnak jelentőséggel: alakítják is a folyamatot - kinyitják az adott lehetőségeket, és létrehoznak még nem létezőket. Ha egy adott történet, nyíltan vagy burkoltan, az állandóságot preferálja és ellenáll a változásnak, akkor azonosítható a stabilitás fenntartására irányuló háttér motiváció és az alternatívák beszűkülése (Taib, 2008). Az általam vizsgált 11 elbeszélés azonban „felépülési narratívának” tekinthető. A betegség narratíva felépülési narratívává változásához vezető út - a 11 interjú alany életében - a tapasztalatban és a társas gyakorlatban gyökerezik. A korábbi történet és a rehabilitációs közösségben kialakult új helyzet között észlelt diszkrepancia megkérdőjelezte a régi elbeszélést, ugyanakkor az új történet a saját életükre gyakorolt relevanciája által került esetükben befogadásra.

Az általam felvett 11 élettörténet olyan kulturális toposzokat hívott életre, amelyeket az „*elkülönböződés*”, az „*önismeret, mint spirituális moratórium*”, a „*család, mint a kapcsolati etika hordozója*” és az „*értelmező közösség*” kategóriáival illettém a dolgozat folyamán. Ezeket az allegorikus regisztereket a terepmunka során nyert tapasztalataim alapján alkottam meg. Az allegória elismerése azt mondatja velünk, hogy a kulturális leírásokban nem az „ez reprezentálja, vagy szimbolizálja azt” reláció, hanem az „ez egy (morális töltettel rendelkező) történet arról” reláció érvényesül - vallja Clifford (1999:154), s vallom én is. Az adatközlők idézésének és a személyesség szövegbe emelésének gyakorlata, az önfeltárás, az önreflektivitás és az önértelmezés új fogalomrendszerének használata, módosítja a róluk való beszéd, a róluk szóló etnográfia diszkurzív stratégiáját. A róluk szerzett tudásunk feltételes, hiszen a fordítás, a projekció elkerülhetetlen velejárói eredményeimnek. A „fordítás” munkáját nehezítette számomra az is, hogy olyan, nagyjából hozzáférhetetlen kapcsolatot kellett megjelenítenem, amely - esetünkben - a „józan kultúra” kialakulása és a fogalmi nyelv között húzódik. Iser (2004:19) szerint „minél idegenebb a másik kultúra, annál megkerülhetlenebb a fordítás valamilyen formájának alkalmazása, mivel annak a kultúrának a sajátosságai, amivel szembe találjuk magunkat, csak úgy érthetőek meg, ha már ismerős talajra vetítjük ki.” A „függés kultúrájának” és a függők „józanság kultúrájába” vezető útjának ismeretlensége vezetett arra, hogy az észlelt kulturális szinteket olyan kifejezéseké

próbáljam formálni, amelyek lehetővé tesznek bizonyos fokú fölcserélhetőséget az idegen és az ismerős között. Újra Cliffordot idézve: a beszámoló terepmunkán alapuló, megírt verzió, azaz nem tekinthető *a* történetnek, hanem csak a számos történet közül *az egyik lehetségesnek*.

A függőségek nyújtotta kihívás, azok kezelése, a felépülés folyamata széles körben érinti a különféle tudományterületeket. Az a színtér, amelyet elsősorban a vizsgálódásom alá vonok, elsősorban az addiktológia területéhez, mint önálló interdiszciplináris szakághoz kapcsolódik, azonban a kutatást, a lélektani antropológia szemszögéből végzem. Ma még - átfogó kutatások hiányában - kevésbé ismert az „önváltoztató függőségi leállás” társadalom - és személyiség lélektana, ám Buda (2011) szerint a programozhatóság hiánya ellenére, valami fontos kifejeződik benne, ami „nem annyira a biológiai pszichiátriát, hanem inkább a pszichoszociális emberképet igazolja”. Dolgozatom célja, hogy hozzájáruljak ennek az emberképhez az azonosításához, olyan általános következtetések levonásával, amelyek az általunk vizsgált kezelési modalitás karakterisztikumaiból eredeztethetőek.

Éppen a fenti gondolatokból kiindulva, a szenvedélybetegekről alkotott narratívák közül ebben a dolgozatban nem az „akkulturációs”, egzotikus drogot, vagy alkoholistát, sem pedig az „ellenállási” narratíva áldozat figuráját kívánom bemutatni. Az általam „választott” narratíva-archetípus a felépülésről szól, olyan főszereplővel, aki a küzdelmet, és története átírását választotta. A betegség-narratívából a felépülési narratíva megszületése, több módon is megtörténhet: a folytonosság, a fokozatos változás során a régi történet lassan alakul, a diszkontinuitás (strukturális változás) során azonban új történet jön létre. „Az előbbi általában evolúciós változásként él meg, az utóbbit forradalmi változásként: más szóval a társadalom szövedéke felszakadásaként.” (Bruner, 2005:193) Ez a gondolat az, amelynek mentén megragadható számomra, miben azonosítható írásom célja. A strukturális változás kulcsa a magánélet területén a mikrokörnyezet kontextusában bekövetkezett radikális váltás, a társadalmi kontextusban pedig akkor születnek új narratívák, amikor a szociális kapcsolatok elrendeződései annyira különbözőek, hogy a régi narratívák már nem bizonyulnak megfelelőnek. Nem gondolom, hogy antropológiai terepmunkám kapcsán új narratíva született. Elmondok, azaz „újraelmondok” egy történetet, egy olyan retorikai konstrukció segítségével, amely az etnográfia reprezentációs gyakorlatát legitimálja: szövegben rögzíték valamit, amit láttam, s megosztom, hogy más is láthassa.



## I.1. Az elméleti fejezetek tematikája

A dolgozat elméleti fejezetei (II. III. fejezet) két nagy tartalmi egységre bonthatóak. A *függőség természetéről, a jelenség köré épült konnotációkról szóló összefoglalás* az addikcióról alkotott hagyományos modellek, értelmezések összegzését nyújtja. A terápiás közösségek történetének ismertetése, magában foglalja a dolgozat tematikai fókuszában tárgyalt sajátos kezelési modalitás, mint rendszer megszületésének, virágzásának, hanyatlásának stációit, az adott szociokulturális miliő elemzését, a fennálló kapcsolódások értelmezését. A *függőség és a narrativitás összefüggéseit vizsgáló* fejezet azt az elméleti keretet kívánja bemutatni, amely jelen írás egyik domináns ismeretelméleti hátterét nyújtja. A narratív addiktológiai kutatásokról szóló összefoglalás azt a folyamatot hivatott szemléltetni, amelynek során a történet mesélés az érintett területen zajló kutatások és a klinikai gyakorlat forrásává vált. A személyes elbeszélések, a felépülési narratívák, mint írásom központi, elemzésre kerülő egységei az egyéni és a kollektív cselekvés jelentését, a háttért nyújtó társadalmi folyamatok értelmezésének lehetőségét is magukban hordozzák. Tárgyalom a Ricoeur által leírt „narratív identitás” fogalmát, annak alkalmazási lehetőségeit a felépülés tekintetében.

A dolgozat IV. fejezete *terepmunkám „viszontagságait”* mutatja be. A kisközösségek etnográfiai vizsgálatában felmerülő kutatói dilemmákat állítja fókuszába, az „antropológus terepéről” szóló szakmai diskurzusok, írások szubjektív áttekintése és az azokra vonatkoztatott reflexióim alapján. Magyarázattal próbál szolgálni arra is, miért éppen a narratív elemzés válik kutatásom módszerévé, annak ellenére, hogy a mintául szolgáló irodalomtudomány és az antropológia sem kínál olyan domináns paradigmákat, amelyek segítségével egyértelműen azonosítható lenne az ilyen jellegű vizsgálódások tárgya illetve technikái.

Írásom V. szakasza részletes betekintést nyújt a vizsgált *rehabilitációs otthon életvilágába*. Igyekszik átfogó képet rajzolni a kezelési modalitás sajátosságairól, az általam konstruktívnek tekintett terápiás beavatkozásokról. Az idővel való rituális bánásmód, a szekvencialitás, az átmeneti tér funkcióját betöltő felépülési szintér, a működésbeli és strukturális sajátosságok feltérképezésén túl, összeállítottam egy „terápiás szótárt”, amelyben az alkalmazott fogalmak, időstruktúrák, hierarchia-státuszok és terápiás pozíciók jelentését vizsgálom. Mindebből olyan sajátos interakciós mintázat rajzolódik ki, amely tudatosan, néha azonban erre vonatkozó

tudás nélkül, szabályozza a közösség tagjainak viselkedését. Az általam leírt jellemző viselkedésminták, ritmussal, időbeni meghatározottsággal bírnak. Az egyszemélyes alaptörténetek a közösség minden tagját érintik, ez által közös alaptörténetté módosulnak. A rítus ebben a térben identitásalakító kommunikációs eszközzé válik, az idővel való rituális bánásmódon keresztül pedig a terápiás állomások tranzicionális rítusokká transzformálódnak. A rehabilitációs folyamat stációi a terápiás hierarchiában betöltött helyet is kijelölik. Az átkelési rítusok gyakorlása nem pusztán szimbolikus jelentőséggel bír, azok szerepe a visszaesés megelőzésében protektív tényezőként játszik szerepet.

## **I.2. A kutatás rövid összefoglalása**

A dolgozat VI. fejezete nyújtja a 11 megismert élettörténet alapján kialakított allegorikus regiszterek bemutatását.

### **I.2.1. Az értelmező közösség koncepciója**

A vizsgált csoport, értelmező közösségként való interpretációjának gondolata a résztvevő megfigyelés során realizálódott bennem. Az élettörténet feldolgozásának gyakorlata, annak intenzitása, a múlt eseményeire való permanens rálátás, reflektív praxis, az általam vizsgált térben, megszabja az értékelés preferenciáit. A terápiás, s egyben értelmező közösség kialakítja a maga kulturális értékrendszerét, melyet a verbalitás csatornáin keresztül közvetít a csoport tagjai számára, s amely a diskurzus, a közösség keretein belül zajló, azt permanensen jellemző, domináns közbeszéd által aktivizálódik. A bemutatott közösség értelmezni tanítja tagjait, közösségi magatartásmintákat kínál, etikai választásokat közvetít, sőt, a közösség által meghatározott, új kulturális tradíciót kínál föl. Mindezt nem kizárólag a tér és az idő, szemléleti rendjének megváltoztatásával teszi, hanem a nyelvközeg új diskurzív rendjét is felkínálja. A világösszefüggések megszervezését többek között a nyelven keresztül végzi, hiszen az új nyelv használata új viselkedést generál, a világban való létezés új módozatát kínálja. A rehabilitációs térben zajló terápiás folyamat elsősorban nyelvi esemény, amelyben a megértés a kapcsolat résztvevőinek folyamatos, nyílt párbeszédére hív fel. A hullámzó, de folyamatos nyelvi aktivitásban a közösség és a tagok együttműködése a leglényegesebb momentum. A szakértői státuszt a közösség birtokolja, ám ez a szakértőség és közösségi tudás

a szociális dialógusból származik. Minden résztvevő a „probléma”, azaz a szenvedélybetegség körül összeállt nyelvi rendszerbe vonódik be. A rendszert azok alkotják, akik hajlandók a problémáról beszélgetni, s akik elfogadják a közösség jelentés- és premisszakészletét.

### **I.2.2. Az elkülönbözödés**

A fejezetben a közösség tagjai által létrehozott „különbség”-konstrukciókat, a konstruálódás szociokulturális mechanizmusait és a különbségtétel jellegzetes tematikáit vizsgáljuk. A betegségtudat általános magyarázó elvként, modellként való működése a vizsgált közösségben, olyan narratív mintát szolgáltat a tagjai számára, amelynek segítségével koherens, elfogadható rendszerbe integrálható a feltárt élettörténeti anyag, s amely által markáns jellemvonással különíti el magát a „függő” a „normitól”. A betegség tudat inkább eszme, mintsem cselekvési rendszer, hiszen elsősorban tájékozódási keretet biztosít a terápián résztvevők számára. A rehabilitáció gyakorlata olyan műveleti rendszer, amelynek célja ugyan saját praxis kialakítása, azonban a segítők csupán a társadalomig vezethetik vissza a résztvevőket: az élettechnikailag releváns tudatosulások, hiedelmek - mint amilyen a betegségtudat - önismeret-formáló szerepet töltenek be, azonban viselkedést módosító stratégiákkal nem szolgálnak. Főként gondolati úton, intellektuális elemek segítségével kísérlik meg helyreállítani az adott állapotot, illetve magyarázatot szolgáltatni az adott helyzetre. Egy ilyen magyarázó rendszer azonban önmagában nem elégséges: a gondolatain túl a „terápiásnak” életmódjában, érzelmeiben és cselekedeteiben is reagálnia kell, mindennek valódi próbája azonban a társadalomba való visszatérése után realizálódhat. A gyógyulási folyamat elején részletes diagnózis készül a betegségről, amely a betegségtudat előhívását célozza. A betegségdiagnózis kiegészül egy „individuális” diagnózissal is, amely a domináns emocionális színezet által növeli ennek a sajátosan kialakított emberképnek a jelentőségét. A „betegség metafora” így nemcsak jelentős, hanem - megfelelő recepció esetén - hiteles magyarázó keretrendszerre válik. Ezen keresztül aktualizálódik a „mi”, ami a terápiás térben már nem rendelődik alá az „én” eszményének, hanem a közös tudáson keresztül, magában hordozza immanens különbözőségét. A két irányvonal (a betegségtudat racionalitása, majd az arra épülő emocionális terápia) kapcsolata nem egyszerű. Néhol ellentmondásos, ám mégsem összekuszálja a segítők intervenciós törekvéseit, hanem dialektikus korreláció következik be.

A betegségtudat olyan igazságfelfogást vezérel, amely képes spiritualizálni a betegséget, képes jelentést adni neki.

Az átmenet terében nyelvi homogenitás, egyfajta nyelvi dogmarendszer rajzolódik ki, aminek egyik meghatározó, kiváltó eleme a betegségtudat. A fennálló és mesterségesen fenntartott dichotómiát („normi - függő” reláció) ugyanakkor ebben a kontextusban, a rehabilitációs térben megfogalmazódó identitás-narratívumok dialektikává formálják: a kezdeti textuális különeműségek képesek áthatni, penetrálni egymás szövegeit, így a terápia későbbi szakaszára az elbeszélések „hasonneművé” válnak. Kollektív azonosságteremtő narratívumok, közösségi azonosság-konstrukciók jönnek létre, amelyek megerősítik őket az elkülönözödés meg- és átélésében.

### **I.2.3. Az önismeret, mint a spirituális moratórium gyakorlata**

A humanisztikus irányzat emberképe szerint (Maslow, 1963) a személyiségfejlődés kibontakozásában meggátolt szelf hiányállapotokat él meg, azaz „D” (deficiency) állapotban létezik. Az autonóm, önmagát megvalósítani képes embert azonban más lélektani szabályszerűségek jellemzik, s képes eljutni a „B” (being) állapotáig. Az általam tapasztaltak alapján a rehabilitáció terében zajló, eklektikus intervenciók mechanizmusok a B állapotot meghaladó, ún. „S” (spirituality) állapotban való létezését tűzik ki célul. Ez a törekvés nem kimondott, a közösség valójában nem tekinti elsődlegesnek a „felsőbb erő” azonosítását. Az önazonosság magasabb önszabályozó szintjeit nem nevezik néven, valójában a transzperszonális modellekben megjelenő, az ember és a környezet, a kultúra, vagy a természetfeletti viszonyáról van szó. A vizsgált kontextusban az utóbbi kettő realizálódik erőteljesen: elsősorban a józan kultúrát közvetítő közösségbe vetett spirituális hit a hatótényező, s csak elenyésző a természetfeletti kapcsolatra utalás, az későbbi, végső célként artikulálódik. Annak megjelenését a rehabilitáción túli, azt követő életszakaszokra, a gyakorlás idejére, a társadalomba való visszatérés idejére anticipálják.

A szakirodalomban vita tárgyát képezi, hogy egy radikális, vagy ideológiához köthető közösséghez való erős kötődés mennyiben jelent „tárgyváltást”, a szerhasználat felhagyása utáni tünetvándorlásként értelmezve az új, szellemi függőséget, mint szurrogátumot. Vizsgálom továbbá, hogy egy 12 lépés által konceptuálisan keretezett közösség mennyiben tekinthető vallásos formációnak, amennyiben a kanonizált írott életmód-követelmények

(elsősorban a 12 lépés) magukban foglalják a „magasabb erő”, vagy a „felsőbb hatalom” kifejezést. Makela (1996) szerint ez a fogalom, tág értelmezhetőséget biztosít - talán a szemantikai túlterheltségére is utal. Ennek okát abban látja, hogy az alkoholizmus és a drogfüggőség is a szekularizálódott társadalom terméke, patológikus megnyilvánulása, ezért a tradicionális vallásos hit nem talál validitást a függő személyiségében.

#### **I.2.4. A család, mint a kapcsolati etika hordozója**

A fejezet az elsődleges szocializációs, transzgenerációs minták hatását járja körül a személyiség későbbi diszfunkcionális működésére vonatkozóan. E minták az addiktív viselkedés egyik indikátoraként jelennek meg a vizsgált elbeszélésben. A fejezet a humán társadalomtudományok jelenkori módszertanában fontos szerepet játszó - egy konkrét - élettörténeti narratívum pszichohistorikus elemzését nyújtja. Annak ellenére, hogy az önéletrajz alkalmas a hasonlóságokat meggondolatlanul összemósó holisztikus megközelítésmódra, társadalmi praxisának intenzitása megkérdőjelezhetetlen. Az elemzésben kirajzolódik, miként kapcsolódik az élettörténeti narratívum problematikája a pszichológia és az antropológia aktuális kérdésirányaihoz. A bemutatott esettanulmány egyértelműen reprezentálja az életút-elbeszélés társadalmi kötöttségeit, azt, hogyan épül társadalmi praxisba az emlékezet és a felidézés momentuma, sőt azt is, hogy milyen kontextuális - jelen esetben kutatói - érdekek nehezedik az egyéni élet megfogalmazására, történetként történő rekonstrukciójára. A prezentált szövegben két struktúra kapcsolódik össze egyetlen metanarratívummá: az interjú alany elbeszélésének és a saját interpretációmnak a szövege. A vizsgált élettörténeti elbeszélést tipikus felépülési narratívaként azonosítani az életút dekonstrukciójának posztmodern fogalma alapján (Majtényi, 2002) nemigen lehetséges, ám az egyes általános kategóriák megjelenése a szövegtestben, átfogó következtetések levonására adhat alapot. A szociálisidentitás - kategória fogalmát Tajfel (1978) meghatározásai alapján definiáljuk. A szerző szerint egy ilyen kategória tagjaként a személy csoporttagként viselkedik. Majtényival ellentétben - az életút interpretálása alapján - azonban úgy vélem, a prezentált elbeszélés magában hordozza a „függők” csoportjának karakterisztikumait és a felépülésre jellemző mentális struktúrákat is. A fenti gondolatokból kiindulva tehát mégis olyan felépülési narratívaként tekintek elemzésem tárgyára, amely - Tajfel alapján - adott szociálisidentitás - kategóriát tükröz: a szenvedélybetegségből felépülő függő történeteként. Az életút interjú teljes átiratával kapott szövegkorpusz, szubjektív formája, belső

felépítettsége, a lokális indoktrináltságból fakadó gazdag ideológiai és kulturális jelenségekből fakadó összetettsége és jelentéstulajdonító képessége miatt különösen alkalmas az elbeszélő személyes és társadalmi (szociális) identitásának megismerésére. Kulcsár-Szabó (2000) szerint az idő elbeszélésének két szélsőségesen „célelvű” változata létezik, azonban mindkettő szoros kapcsolatban áll az önreflexiós attitűddel. Az „apokaliptikus” narratíva az anticipált jövő megjelenítése révén vezet önreflexióhoz, míg az „újrakezdés” elbeszélés-séma a múlt tapasztalatainak korrektív felhasználásán és a hibák megismétlésének kiküszöbölésén alapul, a múlt jelenbe helyezésével. Ez utóbbit példázza a bemutatott életút, ami az új identitás megteremtése érdekében nem csak a folytonos identifikációt, hanem a régi identitás megőrzését is hangsúlyozza.

A „narratíva” szemantikailag túlterhelt fogalmának értelmezésében jelentős különbségek azonosíthatóak a különféle tudományterületeket tekintve. A módszertani feltételek és az elemzési stratégiák változatos képet mutatnak, ám az egyes diszciplínákon belül általában mégis kötöttek. A társadalomtudományok és az antropológia területén az elbeszélés a személy egész élettörténetére utal, az önéletrajzi anyag kötőanyagaként funkcionál. A dolgozatban bemutatott személyes narratíva elemzése e megközelítés alapján az életesemények vizsgálatára irányul. Olyan életeseményekre fókuszál elsősorban, amit a narrátor sorsfordító, életét megváltoztató kulcs momentumként definiál. Ezek manifesztációja, életútra gyakorolt hatása, és modifikátori-szerepe válik az elemzés elsődlegesen preferált egységévé.

A narrátor közvetlen tapasztalatain és sajátos megközelítésén túl a vizsgált történetet egy központi érték kategória tükrében vettem vizsgálat alá, amelyben az egykori, függő életmód problematikusnak, míg a jelenlegi, józan életstílus értéktelítettnek minősül. Az elemzési kategóriák megalkotásánál a Böszörményi-Nagy Iván<sup>2</sup> által kidolgozott kontextuális családterápiás irányzat ismeretelméleti hátterére és annak fogalmaira támaszkodom. A tizenegy történet mindegyikében egyaránt jellemző az interperszonalitás preferálása az intrapszichés helyett, ami arra utal, hogy a függő viselkedés egyik háttér tényezőjeként az emberi kapcsolatok diszfunkcionális működése azonosítható. A szocializációs hátterek közül azonban dominánsan rajzolódik ki az elsődleges, primer szocializáció hatása, annak

---

<sup>2</sup> Böszörményi-Nagy Iván munkásságáról lásd: Böszörményi-Nagy (1987); Böszörményi-Nagy, Framo, (1985); Böszörményi-Nagy, Krasner, (1986), Böszörményi-Nagy, Spark, (1984).

működésbeli, illetve strukturális deficitjei. A származási család diszfunkcionalitása mindegyik életút szempontjából kiemelkedő.

## **II. A függőség konstrukciói**

### **II.1. Bevezetés**

A drogproblémákra irányuló kutatások iránt az elmúlt néhány évtizedben megnövekedett az érdeklődés, különféle tudományos diszciplínák fedezik fel a jelenséget kísérő dilemmákat. Az addiktológia területének elméletalkotói általában egyetértenek abban, hogy a függőség fogalma rendkívül összetett. Ez az összetettség részben a jelenség egyénre ható biológiai, pszichológiai, szociális és spirituális dimenzióiból származik, másrészt abból, ahogyan az a társadalomra, a jogra, a gazdaságra és a politikára hat. (Lettieri, Sayers és Wallenstein, 1980: xiii). A függőség következményeivel nem csak az individuum szintjén kell számolni: annak más rendszer szinteken történő következményeit sem szabad figyelmen kívül hagyni. Ez az összetettség azt eredményezi, hogy a függőség, mint jelenség konstrukciója egyfajta másodlagos ábrázoláson keresztül megy végbe, pl. betegségként, viselkedésként, vagy a vallási diskurzus alapján, akár bűnként is tekinthetünk rá. Ebben a fejezetben nem célom annak a „nyilvánosságot formáló, társadalmi gyakorlatot meghatározó értelmezési séma, szemléleti kör, illetve szemantikai mező” (Kelemen, 2009/c) bemutatása, amelyet a szerző drogpolitikának nevez, mindössze az említett konstrukciók feltérképezésére törekszem. A függőség jelenségéről kialakított konnotációk feltérképezése, azok összetettségének történeti kontextusban való értelmezése adekvát ismeretelméleti háttérrel nyújt annak tárgyalására, hogyan, s milyen társadalmi tér és meghatározottság mentén alakultak ki a terápiás közösségek.

### **II.2. A függőség természete**

Az alábbiakban a függőségről alkotott konstrukciók áttekintését nyújtom, vizsgálva a tárgyalt jelenség természetéről létrehozott modelleket. Az addiktológia területén máig zajlanak a viták a függőség természetéről, nem alakult ki dominánsnak tekinthető etiopatogenetikai modell. A jelenleg uralkodó nézőpont szerint a szerfüggőség valamilyen kémiai anyag által kiváltott



betegség, mások pedig szindrómaként, illetve viselkedési mintaként tekintenek rá. (Heyman, 2009). A hagyományos megközelítések szerint a szenvedélybetegség farmakológiai komponenst is magában foglaló önpusztító viselkedés. (DiClemente, 2003:3). Az addiktív viselkedés, az orvosi megközelítés szerint, krónikus neurobiológiai rendellenesség, amelynek két fő karakterisztikuma: a kényszer és a viselkedési repertoár beszűkülése a túlzott kábítószer-bevitelre fókuszálva, és a kontroll elvesztése a mérsékelt bevitel tekintetében. Az Egyesült Államokban működő NIDA (National Institute on Drug Abuse) definíciója szerint, az addikció "olyan krónikus, kiújuló agyi betegség, amelyet a kényszeres kábítószer-keresés és használat jellemez, annak káros következményei ellenére." E definíció szerint a kábítószer használat módosítja az agy szerkezetét és működését is. A függőségre olyan krónikus betegségként tekint, mely betegség entitást a kompulzivitás, a kontroll-vesztés, az ismételt beviteli kényszer, a negatív következmények figyelmen kívül hagyása, és a hosszú távú absztinencia eléréshez külső segítség igénybevétele jellemez. A betegség progresszív és gyakran halálos kimenetelű, ha nem kezelik. (American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" Washington DC: American Psychiatric Press, 2004); (World Health Organization, "International Statistical Classification of Diseases and Related Problems", Geneva: World Health Organization, 1992)

A betegség paradigma (disease paradigm) az addikciót kezelhető állapotként azonosítja, nem kriminalizálja, és a függőség kérdését közegészségügyi és orvosi háttérbe helyezi. (Smith, Seymour, 2004:29). Azonban a legtöbb betegség paradigma a függőség etiológiájára koncentrálna a változás helyett. Az ok-okozat összefüggéseinek vizsgálata általában a lineáris megközelítési módokat preferálja, a cirkuláris okság érvényesítése helyett. DiClemente szerint a függőség „olyan tanult habitusok összessége, amelyek követése egyre nehezebbé válik, s amely a drámai arcát mutatja, számos negatív következményével." (DiClemente, 2003:4). Hasonlóképpen határozza meg a kábítószer-függőséget Cami és Farre is, akik olyan krónikus állapotként tekintenek rá, amelyben a kényszeres kábítószer-fogyasztói magatartás a súlyos negatív következmények ellenére is fennáll (Cami és Farre, 2003). Koski-Jannes szerint az addiktív betegség "rögzített tevékenységi minták összessége, melyek azonnali jutalommal járnak, de a problémák hosszabb távon a gondolkodás és a cselekvés konfliktusát eredményezik, és változásokat indukálnak az agy neuropszichológiai folyamataiban." (Koski-Jannes, 2004:56). Más teoretikusok szerint a szerfüggőség spirituális betegség, az állapot az egyes ember spirituális ürességéből eredeztethető, vagy az ennek kitöltésére szolgáló útkereséssel kapcsolható össze (Miller, 1998). Ez a felfogás azonosul az Alcoholics

Anonymous szemléletével, amely az addikció háttérében szintén kettős problémaforrást azonosít: testi allergiát és spirituális értelemben vett diszfunkcionalitást. A szerfüggők számára a kábítószer hamis istenségként konstituálódik, hiszen önkéntelenül is spirituális szükségleteik kielégítésére törekszenek. (Ringwald, 2003). A fenti meghatározások eklekticizmusa arra enged következtetni, hogy a függőségről alkotott elméletek nem körvonalaznak és azonosítanak sem egyértelmű, konkrét pszichológiai személyiség struktúrát, sem konkrét személyiség zavart a vizsgált jelenség háttérében (Taieb, 2008:990). A függőség témakörében zajló elméleti kutatások azonban nyújtanak néhány generális karakterisztikumot az addiktív betegség kapcsán:

- a problémás szokásokból appetitív addiktív viselkedés alakul ki,
- a viselkedési minták fiziológiai és pszichológiai összetevői egyaránt szerepet játszanak a függőség kialakulásában, majd annak fennmaradásában,
- a függő személy életében a fenti komponensek kölcsönhatása eredményezi a változásnak ellenálló magatartás minták kialakulását (DiClemente, 2003:4).

### **II.3. A függőségről alkotott hagyományos modellek, értelmezések**

Az addiktológiai kutatások történetében a függőség természetéről különböző elméletek és modellek születtek. A legfontosabb magyarázó modellek bemutatása során Sremac (2010) összefoglaló tanulmányára támaszkodom.

- 1) a társas / környezeti modellek (social/environment models)
- 2) genetikai / élettani modellek (genetic/physiological models)
- 3) személyiség lélektani / intra- pszichikus modellek (personality/intrapsychic models)
- 4) megküzdési / szociális tanulási modellek (coping/social learning models)
- 5) kondicionáló / viselkedést erősítő modellek (conditioning/reinforcement behavioral models)
- 6) kényszeres / mértéktelen magatartás modellek (compulsive/excessive behavior models)
- 7) integratív biopszicho-szociális modell (integrative biopsychosocial model)

## 8) a változás tranzsteoretikus modellje (transtheoretical model)

1. Az első magyarázó modell az ún. társas / környezeti modell. Számos kutatás kimutatta, hogy a kábítószer használat háttérében meghúzódó kockázati tényezők között jelentős a társadalmi tényezők szerepe. Ez a perspektíva a társadalmi folyamatok és a családi rendszerek hatását hangsúlyozza (DiClemente, 2003:7; Johnson, 1980). A kábítószer függőség etiológiájában hajlamosító tényezőként lehet tehát azonosítani az egyéni, kulturális, szubkulturális, faji, etnikai, vagy az adott társadalmi osztály irányában megnyilvánuló domináns gyakorlatot, mely egyfajta szemléletben, a tolerancia éppen uralkodó mértékében jelentkezhet. Erre példa, hogy az 1990-es évek végén megnövekedett a szerb heroin használók száma, amely jelenség háttérében egyértelműen azonosítható volt a nehéz gazdasági helyzet, a háború kapcsán jelentkező poszt-traumatikus állapot, a heroin árának csökkenése és a magas munkanélküliség a fiatalok körében. Több teoretikus is utal arra, hogy a kábítószer használat a család pszichoszociális környezetéből fakadó változók függvénye. (Coleman, 1980). A kábítószer-függők általában nem csak problémás társadalmi háttérrel, hanem diszfunkcionálisan működő, zavaros családi környezettel is rendelkeznek.

A szociális / környezeti paradigma fókuszában a családi környezeti hatások állnak, mint a függőségre predisponáló mikrokörnyezeti komponensek. A problémás családi viszonyok, mint a diszfunkcionálisan működő házasságok, válások, valamint a szülői alkohol és kábítószer fogyasztás mind olyan tényezők, melyek befolyásolják a gyermek azon döntését, hogy kísérletezzen a különböző gyógyszerekkel (Chassin, Curran, Hussong, Colder, 1996). A szülői támogatás hiánya és a kevésbé hatékony szülői felügyelet, illetve kontroll gyakorlata szintén kockázati tényezők a fiatalkorúak kábítószer használatában (Hawkins, Catalano és Miller, 1994). Egyes kutatások megerősítették, hogy a gyermekkori trauma is kulcsfontosságú tényező a kábítószer használat tekintetében (Giaconia, Reinherz, Paradis, és Stashwick, 2003). Vizsgálatok mutattak rá arra is, hogy a gyermekkori szexuális bántalmazás a későbbiekben alkoholizmussal is társulhat (Simpson, 2003). A modell jelentősége ugyan vitathatatlan, ám DiClemente szerint (2003:9) nem ad átfogó magyarázatot az egyéni kiváltó okokra és azok megszüntetésének folyamataira.

2. A második modellbe a genetikai / élettani magyarázatok tartoznak. Több kutatás foglalkozott azzal a jelenséggel, mely szerint a kémiai függőség családi halmozódást és generációkon átívelő öröklődést mutat. Iker vizsgálatok arra utalnak, hogy genetikailag öröklődő kémiai függőség is lehetséges, bár sok éves kutatómunka után sem tudták

azonosítani a kábítószer-függőségért felelős gént (Blume, 2004:73). A családban kialakult mintázatok öröklődésével is magyarázhatóak bizonyos viselkedési tényezők: a szülői szerhasználat válhat a gyermek számára követendővé, mint a stresszel teli, vagy válságos helyzetekre adott megküzdési stratégia. Ugyanakkor a családi mintázatok öröklődésének elmélete sokkal inkább a szociális / környezeti modellhez illeszkedik, mint a genetikaihoz. Hosszú ideig a kábítószer használatot a fizikai függőség szinonimájaként értelmezték, a növekvő tolerancia és a kialakuló fizikai elvonási tünetek miatt. Elvonási tünetek azonban nem minden típusú kábítószer használatára esetén jelentkeznek, ám ha igen, akkor azt erős és kiszámíthatatlan változások jellemzik, testhőmérséklet ingadozás, láz, verejtékezés, remegés, tüszögés, hidegrázás, tachycardia, spontán orgazmus, depresszió, szorongás, paranoia, pánikbetegség és a téveszmék. A genetikai / élettani modell teoretikusai azzal érvelnek, hogy a függőség élettani jelei olyan kritikus mutatók, indikátorok, amelyekeken keresztül a szenvedélybetegség biológiai entitásként és egészségügyi problémaként értelmezhető. Ennek eredményeképpen a kezelés elsődleges célja a méregtelenítésre, az elvonási tünetek csökkentésére vagy enyhítésére irányul, miközben segít az addikt személynek alkalmazkodni kábítószer nélküli élethez. A kezelés azonban nem merül ki a méregtelenítésben, az mindössze egy hosszú távú kezelés első lépése. Bár a genetikai / fiziológiai modell a legszélesebb körben elfogadott és támogatott, számos kritika is éri, amelyek közül néhány igen fontos (Blomqvist és Cameron, 2002; Moos, 2003). A betegség-modellként is emlegetett teória máig sem azonosította a függőségre jellemző biológiai mechanizmusokat, ezért a „függőség” fogalma nem felel meg a „betegség” definíciójának. DiClemente szerint, mivel "különböző személyek válnak függővé különböző típusú anyagoktól és viselkedésektől, ezért a biológiai vagy a genetikai különbségek nem magyarázzák a függők között fennálló kulturális, kontextuális, és intraperszonális különbségeket." (DiClemente, 2003).

3. A lélektani modell a személyiség intrapszichés diszfunkcióihoz és a nem megfelelő, inadekvát pszichés fejlődéshez köti a fiatalkori bűnözést és az antiszociális viselkedési zavarokat, beleértve a kábítószer-függőséget is (Weiss, 1992). Számos elméletalkotó úgy gondolja, hogy a függőség predikátora valamilyen belső mechanizmus vagy a konfliktus. Az antiszociális zavarok, a depresszió, az alacsony önértékelés, a hiperaktivitás, az újdonság keresése vagy a szenzitivitás - mind előrejelzői lehetnek a későbbiekben kialakuló függőségnek (Jessor & Jessor, 1980). Az addiktológusok megkísérelték azonosítani a függőség pszichológiai profilját, de nem találtak rá az „addiktív személyiségjegyekre”, annak ellenére, hogy általánosan elterjedt hit, hogy az létezik (Blume, 2004:73). Blume szerint

"vannak bizonyos - tünetek jellemző klasztereivel rendelkező - lelki eredetű zavarok, melyek gyakran együtt járnak a szerfüggőséggel, de nincs egyértelműen együtt járó személyiségstípus az addikt viselkedéssel" (Blume, 2004:73). A modell mindezek ellenére értékes hozzájárulás a kábítószer függőség jobb megértéséhez, de DiClemente szerint, csak kis részben nyújt magyarázatot a függőség természetére vonatkozóan (DiClemente, 2003:13).

4. A megküzdési / szociális tanulási modellek a kábítószerrel való visszaélést a nem megfelelő megküzdési készségekkel és kritikus személyiségdeficitekkel társítják. Szenvedélybetegségek kialakulásához vezethet a rossz, vagy nem megfelelő megküzdési mechanizmus, az adott helyzetnek megfelelő, adekvát coping stratégiák kiválasztásának képtelensége. A feszültséggel, krízissel való megküzdés készségének hiánya miatt a kábítószerfüggők gyakran választják a menekülést vagy a kényelmet. A szenvedélybetegek pszichoterápiái kezelésének gyakorlati teendői tekintetében Lukas (2009) két - egzisztenciális szempontból meghatározó - motívumot azonosít a függőség kérdése mentén. A nyomorúság és a szenvedés helyzetében a fájdalom elnyomását, míg a bőség és az unalom állapotában az űr kitöltését szolgálja a bódulat. Ami mindkét esetben közös, az a valóság előli menekülés.

E megközelítés szerint a szerhasználat egyfajta alternatív coping mechanizmus, amelyet különösen a frusztrációval, dühvel, szorongással vagy depresszióval járó helyzetek esetében alkalmaznak (Wills, Shiffman, 1985). A válsághelyzetek kezelésére való képesség hiánya tehát az a faktor, amely e nézet szerint a függőség kialakulásának hátterében dominánsnak tekinthető. Bár még mindig keveset lehet tudni azokról a tényezőkről, amelyek a poszttraumás stressz-zavar és a kábítószer-függőség közötti kapcsolatra utalnak, egyes tanulmányok azt mutatják, hogy a megküzdési készségek fontos szerepet játszanak a visszaesés és a felépülés folyamatában (Monti, Rohsenow, Colby és Abrams, 1995). Más vizsgálatok szintén azt mutatták, hogy a rehabilitációs kezelés után megnövekedett alkoholfogyasztás annak köszönhető, hogy a felépülő függő nem használja az alternatív megküzdési mechanizmusokat (Marlatt & Gordon, 1985). A szociális tanulás perspektívája a társas tanulást hangsúlyozza, nem pusztán a megküzdést. Ez a megközelítés a társak és a „jelentős mások”, referencia személyek modell-szerepét emeli ki. Azonban annak ellenére, hogy a megküzdési képesség hiánya fontos szempont a függőség kialakulásának vonatkozásában, nem lehet pusztán a megküzdési repertoárra szűkíteni annak hátterét.

5. A kondicionáló / a viselkedés megerősítését célzó modellek középpontjában a függőség közvetlen hatásai állnak, mint a tolerancia, a megvonás, a fiziológiai válaszreakció, és a

jutalom, a jutalmazás szerepe. Az addiktív anyagok általában olyan módon serkentik az agy öröm központját, hogy ezt a tapasztalatot újra és újra igényelni fogjuk (Blume, 2004:64). Az öröm központ ingerlése eufórikus élményt vált ki, amely inger pozitívan erősíti meg a kábítószer használat aktusát. Ám amint kialakul a tolerancia, és az eufórikus élmény egyre nehezebben jön létre, előfordulhat, hogy a jutalom már csak időszakosan jelentkezik, vagy teljesen elmarad. Adott ugyanakkor néhány különbség a pozitív és negatív megerősítés között. A pozitív megerősítés egyszerűen a szerhasználat kellemes következménye a felhasználó számára. Negatív megerősítés történik azonban, amikor egy személy a mértéktelenség, vagy a megvonás riasztó, averzív következményeivel szembesül, például az anyag csökkenti a megvonását vagy a pszichiátriai tüneteket. A pozitív és a negatív megerősítések egyaránt fontos szerepet játszanak a függőség kialakulásának folyamatában. (Blume, 2004:64).

6. A kényszeres / mértéktelen magatartás modell szerint a függőség a "túlzott étvágy" miatt alakul ki (Orford, 2000). A növekvő étvágy eleinte mértéktelenséghez, majd a függőség kialakulásához vezet. Ez a megközelítés hasonló a szociális tanulási modellben foglaltakhoz. A viselkedés felszabadul az egyén kontrollja alól, s a lelki konfliktusait próbálja ily módon kezelni. Lukas (2009) szerint a szenvedélybeteg csak az őt elbódító önfeledtséget ismeri, azaz nem magát a létet, hanem a lét emocionális tükröződését fogadja el impulzusként.

7. Az elmúlt évtizedben a klinikai és a kutatási gyakorlatban egyaránt az integratív biopszicho-szociális modell vált uralkodóvá. Ez a modell kísérletet tesz a függőségről kialakított versengő elméletek, koncepciók egységesítésére, s a függőséget integrált fogalmi keretbe próbálja foglalni. A kifejezés azt jelzi, hogy a biológiai, a pszichológiai és a szociális magyarázatok egyaránt elengedhetetlenek a szerhasználat megértésének szempontjából. Ebben a teóriában a függőség olyan komplex betegségként konceptualizálódik, amelyet meghatározni a biológiai, a kognitív, a pszichológiai és a szociokulturális folyamatok függvényében lehet. A biopszicho-szociális az egyik első olyan modell, amely felismerte annak fontosságát, hogy ne csak a függőséget, hanem a teljes személyiséget kezelje.

8. A változás transzteoretikus modellje a változás különböző állomásait ismerteti a függőség vonatkozásában és integratív keretet kínál a közvetlen magatartás változás megértésére és az abba való beavatkozásra (DiClemente, Prochaska, 1998). Carlo DiClemente szerint ez a modell "személyes ösvény" (DiClemente, 2003:19), gyengesége azonban az, hogy nem foglalkozik a felépülés folyamatában jelentkező spirituális elemekkel. A modell egyes stádiumai:

- A változásra elszánás előtti állapot: ebben a fázisban a függő nem kívánja a változást, állapota nem okoz gondot a mindennapokban. A szerhasználat pozitívumait, előnyeit tapasztalja, azokról nem akar lemondani a még csekélynek érzékelt hátrányok miatt. Kezelő intézményt nem keres föl, a szerhasználat felhagyására nincs motivációja. Ebben az esetben az elvonásra szólító beavatkozás helyett az információ nyújtása hatékonyabb intervenciónak mutatkozik.
- Az elszánás szakasza: ebben a szakaszban a páciens egyre jobban tudatában van droghasználatára testi, lelki és szociális szinten megmutatkozó negatív következményeinek, azonban még mindig ambivalens a változást illetően.
- Az előkészületi stádium: a szerhasználó, konkrét időintervallum megjelölésével, előkészületeket tesz az aktív cselekvésre, mivel már tudatában van annak, hogy a szerhasználat negatív következményei meghaladják az esetleges pozitívumokat.
- Az akció stádiuma: aktív lépések megtétele, a „leállás” megvalósulása.
- A szinten tartás időszaka: a használat mérséklése, vagy teljes elhagyása. Ebben a stádiumban jelentős a relapszus (visszaesés) lehetősége.

Végezetül fontosnak tartom - Sremac összefoglalásán túl - egy olyan modell ismertetését is, amely rendszerben láttatja a függőségek természetét, a „külső” és a „belső” dimenziók érintésével. Lukas (2009) a függőségek tipologizálására tett kísérletén keresztül a szenvedélybetegség öt fajtáját különíti el.

- A külső effektusoktól való függőség esetében mások reakciói irányítják cselekedeteinket. Ebben az esetben a manipulálhatóság veszélye fenyegeti az embert.
- A speciális külső effektusoktól való függőség hasonló az előbbihez, ám itt konkretizálódik a Másik, fontos, releváns személyek képében. Ez a helyzet rabszolgaságot eredményez.
- A belső paranccsá vált külső effektusoktól való függőség a társadalom által létrehozott szokás- és normarendszer hatalmáról szól, ez esetben az idegen irányítottság szabja meg cselekedeteinket.
- A belső effektusoktól való függőség saját érzelmvilágunk rezonanciájának nyomását és irányítását hozza létre életünkben, aminek eredményeképpen állandósul a szenvedélybetegség veszélye.
- A mindenféle effektustól való függetlenség és egy bizonyos feltételtől való függőség. Ez az állapot ugyan a fejlődés magas fokát jelenti, ám az „önmagában véve jó”

megcselekedése feltételhez - a másik fél ugyanilyen jellegű akaratnyilvánításához - kötött. Mindez az önigazolás veszélyét hordozza magában.

A szerző - pszichoterápiás tapasztalataira hivatkozva - elveti a fent felsorolt öt stádium kapcsán a „fokról-fokra” elvét, hangsúlyozza, hogy ezek kiteljesedésének esélye nem azonos mértékű az emberekben.

## **II.4. A terápiás közösségek története**

A terápiás közösség (therapeutic community, rövidítése: TC) koncepciója a hetvenes években egy olyan időszakban realizálódott, amelyben a "kábitószer" abszolút veszélyként jelent meg a hétköznapi és a szakmai diskurzusokban, s amely veszély ellen kollektív és individuális szinten is a „védekezés” fogalmazódott meg stratégiaként. A nyolcvanas években a közösségi terápiás színterek stabilizálták a kezelési módszereiket és tökéletesítették módszereiket. A 90-es évek átmeneti időszaka egyértelműen éreztette hatását a drogkérdés területén is. Az új generációs szociális munkások, politikusok és értelmiségiek radikális eszméi szembe kerültek a hagyományos erkölcsi és etikai elvekkel. Ezt az időszakot a problémára irányuló új módszerek, kezelési metódusok kidolgozásának széles spektruma jellemezte (Broekaert, 1998).

### **II.4.1. Az „új hedonizmus”**

Az 1950-es évektől számos nyugati ország került szembe azzal a jelenséggel, hogy a fiatalok heroint, amfetaminokat, LSD-t és a kannabiszt használnak. Kooyman (1993) a jelenséget az „új hedonizmus” kifejezéssel illette. Ironikus megfogalmazása szerint az „önmagukat való kényeztetés” átlépte a normahatárt. Súlyos társadalmi kontroll, illetve a birtoklás és a kereskedelem büntetése kezdődött, valamint az önmegtartóztatás eszményéhez való ragaszkodás a tiltott kábitószer használat tekintetében. (Tucker, 1999).

A kábitószerfüggők részére nyújtott szakosított kezelési szolgáltatások létrehozása azon a megfigyelésen alapult, amely szerint ez a „populáció” különleges igényekkel bír a kezelést illetően, s amelyek gyakran nem megfelelően biztosítottak a meglévő mentális, egészségügyi kezelést nyújtó intézményekben. (Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij, Van Oost, 2002). A



drog-mentes terápiás közösségek kialakításának igényére tehát a növekvő kábítószer-problémákra reagáló első intézményi reakcióként lehet tekinteni.

#### **II.4.2. Az amerikai és az európai TC-k kialakulásának háttere**

A szenvedélybetegek számára életközösséget teremtő első TC 1958-ban, Észak-Amerikában létesült. A Synanont az 1935-ben megalakult „AA-s” heroinfüggők hozták létre. Egyre inkább világossá vált, hogy az alkoholistákhoz képest előtörténetük, szocializációjuk és életkoruk tekintetében eltérő vonásokkal rendelkező heroinfüggők és egyéb droghasználók számára az AA-s kezelési modalitása nem megfelelő (Kelemen, 2009/b). A legmarkánsabb különbségek ma is egyértelműen azonosíthatóak az alkoholisták és a droghasználók között: az alkoholra és az „anyagra” költött összeg nagysága és az előteremtés módja különböző (kriminalizáció vagy „becsületes munka”), eltérő életvitel, a szerhasználatból fakadó különböző biológiai, mentális és szociális problémák jelenléte, eltérő életkor-összetétel és nyelvezet, végül a mélypont elérkezésének ideje.

Az 1960-as években, a humanista pszichológusok, mint C. Rogers és különösen A. Maslow munkássága közvetlenül befolyásolta Chuck Dederich-et (Janzen, 2001), a Synanon alapítóját (Yablonsky, 1965). A TC-k gyors és drámai terjeszkedésének hátterét az amerikai társadalomban mélyen gyökerező, a tilalom és a mértékletesség hagyományában kereshetjük. Az Anonim Alkoholistákkal való kapcsolatán keresztül (Dick, 1996), a Synanon a Dr. Buchman által vezetett, evangéliumi gyökerű "Oxford Csoport mozgalom" örökségére is épült (Garfield, 1978). A mozgalom egzisztencialista és humanista "filozófiája" és "értékrendje" (Soyez, Broekaert, 2005) tökéletesen illeszkedett az amerikai államot formáló úttörők törekvéseihez és eszméihez. Összhangban az amerikai hagyományokkal, a behaviorizmus is kiemelkedő szerepet játszott az amerikai drogmentes TC-k kialakulásában (Bratter, Fossbender, Pennachia, Rubel, 1985), míg a pszichoanalízis hatása viszonylag szerény mértékű volt.

Európában ugyanakkor a terápiás nevelés és a terápiás közösségek előfutárainak a II. világháború előtt kezdődő új iskolai mozgalmak és a beilleszkedési zavarban szenvedő gyermekekkel végzett úttörő munka tekinthető. (Bridgeland, 1971). A háború alatt, 1943-ban a neurózisban szenvedő katonákkal végzett Northfield kísérletek (Harrison, 2000) és a

Maxwell Jones -féle elmegyógyintézeti demokratizálás (Jones, 1957) jelentette a legfontosabb kihívást a pszichiátriai szolgáltatások számára. A milió-terápia és a terápiás közösségek létrejöttét pedig közvetlenül a pszichoanalízis és a szociális tanulás ihlette. (Broekaert et al., 2000). Zsidó fenomenológiai pedagógusok és pszichológusok, mint a K. Lewin, K. Goldstein és C. Bühler, akik a fasizmus elől menekültek Amerikába, rakták le az egzisztencialista és a humanisztikus pszichológia alapjait (Missiak, 1973).

### **II.4.3. A Synanon jelenség**

Kimondottan szenvedélybetegek számára szerveződő terápiás közösség először 1958-ban jött létre Kaliforniában. A „Synanon” elnevezés olyan utópisztikus szerveződésre utaló név, amely szerveződés társadalmi mozgalomként definiálta önmagát, mely a „jobb világ” létrehozásának ideáján alapult, olyan értékekkel a középpontban, mint becsületesség, kreativitás, lelkesedés. (Janzen, 2001)

Maslow az Eupsychia (Harmónia) megtestesülését látja a TC-kben, mint olyan utópisztikus társadalmakban, ahol az emberi lehetőségek teljes kibontására adott a lehetőség (Maslow, 1967). Kelemen (2009/b) szerint az addiktológiai TC nem arra törekszik, hogy a legjobb gyakorlat személytelen, ám tökéletes megvalósítójává váljon. Amennyiben az addikcióra a teljesség iránti vágy torz, beteg kifejeződéseként tekintünk, úgy a józanság biztosítja az egészséges keretet ugyanennek a váagnak a megvalósítására.

A TC-konceptió hivatalosan is befogadást nyert az amerikai pszichiátriába, a klasszikus kórházi kezelés melletti alternatív lehetőségként, és egyfajta újszerű kezelési modalitásként alkalmazták. (Jones, 1957) A „Synanon jelenség” impulzusai az 1960-as éveket jellemző tömeges társadalmi mozgalmakra is hatottak, hiszen annak gyökerei már jóval a '60-as évek önszervező csoportjai, az evangéliumi, vallási, misztikus, utópisztikus mozgalmak és szerveződések fellépése, formálódása előtt megjelentek (Glaser, 1972) A Synanon tudományokra gyakorolt hatását gyakran alábecsülik ezeknek az utópisztikus szervezeteknek és mozgalmaknak fényében.

Amíg a pszichiátria medicinális iskolái, modelljei tanulmányokat publikáltak a TC-konceptióról, és diagnosztikus csoportokban alkalmazták azokat, addig a különféle szociológiai irányzatok képviselői aktívan részt vettek a korai Synanon- alapítókval együtt

abban a munkában, amelynek célja egy saját koncepció kialakítása volt. (Glaser, 1972) Nem véletlen, hogy Donald Cressey, a Kaliforniai Egyetem Szociológia Tanszékének akkor vezetője kapta azt a megtiszteltetést, hogy a Synanon első tiszteletbeli tagja lett. (honorary dope fiend). Lewis Yablonsky, - aki New Yorki, utcai bandák körében végzett kutató munkát - szintén szociológiai professzori címmel rendelkezett, a későbbiekben az első kutatási-tudományos igazgatója lett a szervezetnek.

A drogfüggőség és a szociológia illetően „együtműködése” ahhoz vezetett, hogy a Synanon nem a pszichiátria, hanem az antipszichiátria talaján fejlődött tovább. A szervezet célja tehát túlmutatott azon, hogy a személy problémáit individuális szinten kezelje: a társadalmi környezet megváltoztatására törekedett, annak a környezetnek megváltoztatására, amelyben a beteg él, s amelybe vissza kell térnie, hogy tovább élje az életét.

A pszichiátriában alkalmazott kezelési modalitásoktól való különbség hangsúlyozásának egyik eredménye, hogy a korai Synanon-vezetők teljesen elutasították a csoportterápia fogalmát, s helyette olyan innovatív csoportmunkát dolgoztak ki, melyet „synanon”-nak (kis „s”), későbbiekben pedig „játék”-nak neveztek el. Ezek az ún. „játékok” egyre inkább a drogfüggők igényeihez igazodtak, elkülönülve a klasszikus alkoholista önszolgálat csoportok tagjainak igényeitől. A speciális szempontok szerint megalkotott játékok a drogfüggőket, mint speciális csoportot célozták meg: a korai tagok szerint a TC-koncepció egyértelműen a drogfüggők igényeihez igazodott tehát.

A Synanon korai tagjai szerint, ezek a különleges, speciálisan kialakított játékok a drogfüggők speciális célcsoportját célozták. A siker egyik dominánsan azonosítható oka a kortársak elbeszélései szerint Charles E. Dederich azon karizmatikusnak tekintett képessége volt, amellyel képessé vált átlátni a börtöntöltelék vagy a menekült stigmáján. (Endore, 1968:33).

Azonban a Synanon fokozatosan egyfajta vallási kultusz jegyeit kezdte hordozni, végül 1991-ben ez a jelenség vezetett széteséséhez (Mitchell, Gofshe, 1980). Perfas (2009) a Synanon 1958-as megalakulásától annak felbomlásáig tartó időszak jellemzését nyújtja könyvében. A szerző szerint Dederich és társai az AA-ban szerzett tapasztalataikra támaszkodva hozták létre a szervezetet. A korai időszakra jellemző program kemény, de humánus volt a biztonságos, támogató környezet által. Az 1950-60-as években modellként szolgált a hasonló kezdeményezések létrehozásában, ám a 60-as évek végére a Dederich abszolút hatalma alatt működő szervezet az eredeti célok (rehabilitáció, reszocializáció) eltorzulása és az elsődleges küldetésétől való elfordulás eredményeképpen üzleti vállalkozások helyszíne lett, ahol az

egykori terápiások állandó tagságba való kényszerítése, munkaerőként való alkalmazása vált meghatározóvá. „A társas irányítás erőszakává süllyedt kezdeményezésből” kivált „renitensek” új típusú TC-k létrehozásával próbálkoztak. A Synanon metódusainak finomítása által a „concept based” vált a fő irányvonallá.

A „concept-based” kifejezés az addikció és annak kezelésére vonatkozó elképzelések gyűjteményére utaló fogalom. A szerző a Synanon hanyatlásának okai közül a legjellemzőbbnek a következőket tartja: kiegyensúlyozatlan hangsúlyok, az érzelmi kifejezésmódok inadekvát repertoárjának használata, a realitásérzék elvesztése, a rend és fegyelem fenntartására irányuló erőfeszítések öncélúvá válása. A szervezet zárt rendszerré vált, érzéketlenné a kívülről érkező kritikák befogadására, így lassan az „önmegsemmisítés útjára” lépett.

#### **II.4.4. A radikalizmust árnyaló Daytop**

A Synanon alapfilozófiájára támaszkodva, az alapvető - egyébként hatásosságuk és eredményességük miatt nagy sikert arató - terápiás eszközök átvételével és a gyógyultak segítőként való alkalmazásának példájával új kezdeményezés született, 1964-ben megalakult a Daytop village. Az 1960-as évek elején egy New York-i szakemberekből és politikusokból álló bizottság - „tanulmányi látogatás” kereteiben vizsgálta a Synanon megközelítéseit. Ők alapították meg az intézményt, az első olyan TC-t drogfüggők számára, amely már szisztematikusan, tudatosan kidolgozott koncepcióra alapozva működött.

A „falu” az önségítő mozgalmak elveit és Chuck Dederich és Synanon-beli követőinek tapasztalatait felhasználva jött létre, mint az első drogmentes TC kábítószerfüggők részére. (Broekaert, Vanderplasschen, Temmerman, Ottenberg és Kaplan, 2000). A „falu” koncepciójában már megjelent a szélesebb társadalmi hatás igénye, nyilvánvalóvá vált, hogy az újabb szerveződés szélesebb befolyásolási igénnyel bíró tényezőként definiálta a szerepét, mint ami egyébként a „ház” (vö: Phoenix house) fogalmában megjelent egykor (Casriel, 1963). A Daytopot ekkor már W. B. O’Brien vezette, egykori Synanon tag. (Sugerman, 1974)

A Daytop végül teljesen szakított a Synanonnal, Dederich tekintélyelvűsége és a domináns amerikai életstílus teljes elutasítása miatt. Amíg a Synanon tagjai folyamatosan lemorzsolódtak a radikálisan új és alternatív életstílus megkövetelése miatt, addig a Daytop a

többségi, hagyományos pszichiátriai kezelés és rehabilitáció hagyományára alapozva a társadalomba való visszailleszkedést, integrációt tekintette a céljának. A TC szakembereket (diplomásokat) is alkalmazott, mint a drogmentes élet modelljeit, így akarván kiterjeszteni hatásait a szélesebb társadalomra.

A szervezet a Synanon kudarcának negatív mintáját szem előtt tartva folytatta az általa megörökölt önsegítő hagyományt, ám ún. beépített ellenőrző paneleket (pl.: kurátorok tanácsa) alkalmazott. Az új rendszer fontos jellemzői Perfas (2009) szerint a pszichiátriai és medikális modell alkalmazásának mellőzése, azaz önsegítés terapeuták nélkül, a közösség elsődleges szerepének hangsúlyozása (abban való teljes részvétel, a teljes azonosulás, az egyén értékének minősítése a közösségben betöltött szerepe alapján) és az intra- és interperszonális szükségletekre való koncentráció, ami a „hétköznapi” csoportterápiákon túlmutató teljes mértékű kitárulkozást preferálja.

Perfas a segítő szakmák területén megjelenő paradigmaváltást szintén fontos tényezőként értelmezi. A betegek felruházása azzal a joggal, mely szerint felelősséget vállalhatnak saját mentális egészségükért, elismertette kompetens segítővé válásra való képességüket. A Daytop nyitott rendszerré válásának folyamata kapcsán a szerző a következő tényezőket emeli ki: Az állami kezdeményezés alapján létrejött szervezet, - többek között a pénzügyi források biztosítása érdekében - engedett a kívülről való beleszólás kényszerének, így a programban való részvétel a rosszabb anyagi háttérrel rendelkezők számára is elérhetővé vált. A professzionalizálódás és intézményesülés kérdéseit tekintetében két modell az irányadó a szerző meglátása szerint. Az ún. „általános” modellben a diplomával rendelkező segítők szerepe preferált ugyan, ám csak bizonyos területeken, pl. a diagnosztikában. Így ők elkülönült réteget képeznek a segítő stábnak. Az „alternatív” modell (transzdiszciplináris modell) szerint a segítők csak tevékenységük jellegében különböznek egymástól (melyet a szükségletek kielégítése hív életre), ám státuszukat tekintve teljesen egyenrangúak.

#### **II.4.5. A további mérséklődés**

A hetvenes években szakemberek és önkéntesek - az amerikai "Daytop Village" és a "Phoenix House New York" ex-lakóinak segítségével - fontos szerepet játszottak az Európai TC-k kialakításában. (Kooyman, 1993: 18-21, O'Brien, 1984, 12-17). A legtöbb szakember a

pszichiáterek, pszichológusok, szociális munkások és a papok közül került ki. A többségük, magukévá téve a „saját élmény”, mint hatótényező elvét, "rezidensként", töltött el néhány hónapot egy terápiás közösségben. Mivel elég jól ismerték egymást, létrehoztak egy hálózatot, mely a kölcsönös segítségnyújtáson alapult. Mindebben a dél-európai önkéntesek játszották a legnagyobb szerepet. A nyolcvanas évek folyamán a szakmaiság szerepe egyre világosabbá vált. H. Hesta (Hesta 1984:138-142) ezt a változást az „önsegítés koncepciója felől a több szakmaiság felé” terminussal írta le. Arra a folyamatra fókuszál írásában, ahogy a szakemberek készségeket sajátítottak el, és ahogyan átalakították a rendszert az új terápiás módszerek - például a „kötés”-technika, a pszicho-dráma, a perso-motoros kezelés - bevezetése és alkalmazása révén. Az ex-függők között is megjelent a növekvő professzionalizmus igénye. A pszichodráma módszereinek alkalmazásáról a korai TC-kben Kelemen (2009/b) tanulmánya ad magyar nyelven áttekintést.

Az intézményesülés, bürokratizálódás, a külső finanszírozó rendszer, a szaksegítség igénybevétele és a „bevett gyakorlattá válás” egyrészt pozitívan, protektív tényezőként szerepet játszva segítette a Synanon sorsának elkerülésében, másrészt az alapelvektől való elfordulásként értelmezve a változásokat, negatív irányban is befolyásolták a szervezet létét. A terápiás közösségek kultúrájának elemzése kapcsán Perfas (2009) arra mutat rá, hogy a szervezett életmód alapja a közös értelmezések megjelenése, melyek a rendszerre jellemző specifikumok által meghatározottak. A tekintélyelvű milió védett környezetet eredményez, melyben egy család típusú szerveződés jön létre egy, a közösségért elkötelezett, „jószándékú bölcs” vezetésével, aki valódi „lifestyler”-ként van jelen a közösség életében. A kardinális szabályok - a drogtól, erőszaktól és a szexualitástól való maradéktalan tartózkodás - megsértése esetén kizárás jár. Az elsősorban preferált értékek az igazság, hűség és becsületesség.

A kezdetekhez viszonyítva tehát a TC radikális változáson ment keresztül: mind célcsoportját illetően, mind az egyéni viselkedés megváltoztatására irányuló - az eredetileg a hagyományos pszichiátriától kölcsönzött - módszerei tekintetében. A hangsúly nem a szűk értelemben vett effektív, hatékony kezelési metódusokra helyeződött, hanem a TC hosszú távú hatásaira, mind önmagára, mind pedig a szélesebb társadalmi környezetre vonatkoztatva. Azzal is a társadalomban betöltött, hasznos intézményi szerepfunkciót erősítette, hogy bár a függőséget krónikusan kiújuló betegségként definiálta, a társadalom „hasznos tagjává” való „visszaváltozást”, a felépülést nem tartotta reménytelennek: a függőség félelmetes képét

(reprezentációját) átalakították olyan jelenséggé, amely akár a társadalom „szövetét” is erősítheti.

A TC, amikor sikerült elhárítani a személyi kultusz veszélyeit és helyettesíteni a tekintélyelvű személyiséget a „függőség= betegség” koncepciójával, lehetővé tette az egyén számára, hogy dolgozzon a személyes és a szociális készségeinek javításán, jogosulttá tette a szerhasználókat arra, hogy az önállóság útjára lépjenek és folyamatos változásokat indukáljanak önmagukban és a nagyobb társadalmi szintéren is. (De Leon, 2000). Ez, - mint Lewis Yablonsky később könyvében írja - megmagyarázza a TC koncepció általános sikerét: a volt drogos egyfajta "társadalmi antitest"-ként konstituálódik tehát a továbbiakban a kábítószer-függőség járványa elleni harcban. A társadalomra gyakorolt hatás így nagyobb mértékűvé válhatott, mint kezdetben, amikor a szenvedély problematika önmagában jelenítődött meg a társadalmi szintereken, és nem társadalmi kontextusba ágyazottan. (Yablonsky, 1989).

A siker másik okaként a társadalom felé való nyitást azonosíthatjuk. A kutatás mindig is lényeges része volt a Synanon koncepciójának, annak ellenére, hogy az itt folyó tudományos igényű kutatásokat kizárólag belső használatra végezték és ezek eredményeit nem publikálták független, tudományos szakfolyóiratokban. A Synanon működésének „formális”, intézményesített szakaszában számos tudományos szakértői megbeszélés zajlott, melyek tudományos elképzeléseket tartalmaztak, ám ezek szintén nem publikált anyagok. A dokumentumok katalogizált és archivált anyagát a Kaliforniai Egyetem 342-es számú gyűjteményes anyagában, a Los Angelesi Könyvtár külön gyűjteményének osztályán, valamint a Synanon tagok családjainak magán iratai között lehet megtalálni. Független, nem „belterjesnek” nevezhető TC kutatások először az 1980-as években kezdődtek, melyek eleinte a programot értékelő, elemző, illetve ún. nyomonkövetéses tanulmányok, s amelyek elsősorban a kezelési modalitás eredményességére, hatótényezőinek feltérképezésére irányultak. (Broekaert és mtsai, 2000).

#### **II.4 6. A terápiás közösség koncepciójának terjedése**

Az 1970-es években a drogmentes TC-k elterjedtek Amerikában, majd Európában és más kontinenseken is. Tovább árnyalták, optimalizálták a szenvedélybetegek viselkedése és értékrendje megváltoztatására irányuló módszereiket, az önsegítés, a szervezett közösségi élet

és az érzelmek kifejezésének nyitottságára alapozva. A TC-módszer törekedett integrálódni a társadalomba, és ösztönözte az egészséges életmódot. Az "amerikai álm" egyértelmű terméke volt, annak értékeit és a filozófiáját képviselte. Amikor az 1960-as évek végén az európai kezelési rendszer területére „érkezett”, egy elavult mentális egészségügyi rendszerrel találkozott, amely nem volt képes megbirkózni a függőség problémájával. Egy jól képzett, idealista szakember gárda azonban több európai országban elindította a TC-eket. Elsősorban Maxwell Jones munkájára, és az 1968-as forradalom következtében az antipszichiáterek, mint Laing, Szász és Cooper munkáira alapozva. Sikerült egész Nyugat-és Dél-Európában (például Hollandia, Belgium, Svédország, Németország, Olaszország és Spanyolország) létrehozni terápiás közösségeket. (Broekaert, Vandeveld, Vanderplassen, Soyez, Poppe, 2002)

Az 1990-es évek kutatásai tovább árnyalták a TC kezelési folyamatának megértését és annak kimeneteleit. Értékes tanulmányok születtek újabb témakörökben, amelyek már az ügyfelek készségeit, alkalmasságát és motivációit érintették, a visszaesés megelőzésére fókuszáltak, illetve a kezelés megtervezésének folyamatát kísérték nyomon. (Broekaert és mtsai. 2001). Nemzetközi szervezetek, mint például a WFTC (A Terápiás Közösségek világszövetsége), EFTC (Európai Terápiás Közösségek Szövetsége), TCA (Amerikai Terápiás Közösségek), EuroTC (Európai terápiás Közösségek), AFTC (Terápiás Közösségek Ázsiai Szövetsége), FLACT (Terápiás Közösségek Latin-amerikai Szövetsége) és az ATC (Ausztrál Terápiás Közösségért Egyesület) szintén jelentős szerepet játszottak ezen ismeretek terjesztésében. Tették mindezt közösségi találkozókra, melyeket az érdekelt csoportok számára szerveztek, pl. a hallgatók, politikusok és a szerhasználók hozzátartozói részére, valamint az évente megrendezésre kerülő konferenciákon nem csak a tudományos élet képviselői és a terapeuták vettek részt, hanem a kulcsfontosságú politikai döntéshozók is. Mindezen erőfeszítések hatására egyértelműen kibővült a TC modell társadalmi hatása. Azonban egy ilyen fejlődés csak az ex-függők, szakemberek és tudósok közötti intenzív együttműködéssel, másrészt tágabb társadalmi érdekek mozgósításával jöhetett létre, melyek a mélyebb megértést szolgálták össztársadalmi szinten.



#### **II.4.7. Az ártalom csökkentés paradigmájának megjelenése: Az első methadon kísérletek**

Az 1960-as évektől kezdve vezették be kísérleti methadon programot az Egyesült Államokban, amely a heroin orvosi helyettesítésére szolgált. Eredetileg Németországban állították elő, ám terápiás eszközként való használatára az Egyesült Államokban került sor, Marie Nyswander és Vincent Dole orvosok vezetésével. A methadon használata csökkentette a megvonási tüneteket, az eufória utáni vágyat, és lehetővé tette a függő számára, hogy visszatérjen a normális életvitelhez (Inciardi, 1999).

Ezt a gyakorlatot kezdettől fogva erős reakciók kísérték. Az ellenzők tábora szerint a methadon közönséges utcai kábítószer, amit gyakran használnak más anyagokkal kombinálva és súlyos elvonási tünetekhez vezet. A methadon terápiás célú alkalmazása a legtöbb európai országban is megkérdőjeleződött. Ezekben az országokban a tiltás és a mértékletesség (alkohol-fogyasztás) elve összhangban állt a hagyományos orvosi megközelítéssel, amely klasszikus neuroleptikus gyógyszereléssel végezte a függők méregtelenítését. Volt azonban néhány kivétel: Nagy-Britanniában minden háziorvos számára engedélyezett volt a heroin felírása receptre, annak ellenére, hogy mindez a függők számának növekedéséhez vezetett. 1969-től csak korlátozva, engedéllyel dolgozó orvosok írhatták fel, akik egy újonnan létrehozott speciális klinika tagjaiként dolgoztak. Svédországban szintén korlátozott számú kísérlet volt engedélyezett, mindez ellenőrzött adminisztráció mellett. Az Európai Unió a világon az ártalomcsökkentés éllovasának számít. (Takács, Demetrovics, 2009)

Az AIDS-probléma megjelenése erőteljesen módosította a szociokulturális és az intézményes környezet reakcióit. „Az AIDS-üggyel is terhelt toxikománia ellenei harc egy sajátos, pániktól is érintett, regresszív elemeket is tartalmazó társadalmi erőterbe került.” (Kolozsi, 2009:378) Az 1980-as években, az AIDS terjedésével a drogmentes TC elveszítette vezető pozícióját a methadon kezeléssel, majd később az ártalomcsökkentéssel szemben. Észak-és Közép-Európa a kábítószerfüggők számának növekedésével, csökkenteni kezdte a kezelésre fordított kiadásokat, a kezelést jórészt addiktológiában és pszichiátriában jártas szakemberek végezték, intézményesített keretek között, a medikalizációs modell érvényesítésével. Svédországban megszűntek a terápiás otthonok. Az Egyesült Királyságban, az ellátás drámai bővülése és a központi finanszírozás ellenére, az 1980-as évek elején a legtöbb TC fokozatosan „elhagyta” alapvető módszereit, illetve egyes esetekben felszámolódtak az intézmények. Belgiumban és Norvégiában virágzott a módszer, azonban pl. Dániában és Franciaországban soha nem volt

igazi sikere. A kezelésből való lemorzsolódás aránya túl nagy volt, a pozitív eredmények azonban túl alacsonyak. Dél-Európában, az önkéntesek hozzájárulásával a TC-k helyzete stabilabb volt, bár az alkalmazott kezelési modalitás gyakran megkérdőjelezhető, annak eklekticizmusa és az eredményesség kontrollálhatatlansága miatt. A működés anomáliáiból fakadóan a TC-k nyitni próbáltak olyan speciális célcsoportok felé, mint a kisgyermekes anyák, az elítéltek, a hajléktalanok, a gyermekek és serdülők, valamint a kettős diagnózisú ügyfelek. Az Egyesült Államokban a TC-k fennmaradása az ex-függők foglalkoztatásának, az alacsonyabb bérezésű személyzetnek, a konzervatív ideológiának és kutatási eredmények jobb tudományos felhasználásának köszönhető. (Kaplan, 1993)

#### **II.4.8. A TC hanyatlása, az ártalomcsökkentő kezdeményezések térhódítása**

A heroin és kokain használat terjedése és az ehhez kapcsolódó problémák (például a HIV / AIDS) az 1980-as és 1990-es években szigorú kábítószer-ellenes törvényeket vontak maguk után, amelyek elsősorban a törvény betartására és a büntetésre koncentráltak. A jelenlegi rehabilitációs és -kezelési szolgáltatások (mind az absztinencia-orientált és az ártalomcsökkentő kezdeményezések) is elfogadták ezt a megközelítést, amely az amerikai drogellenes háborúban és a büntetőpolitikában nyilvánult meg, később Európa szerte is (EMCDDA, 2002). Ezek a büntetőpolitikák maguk után vonták az elkövetők egyfajta érdektelenségét a rehabilitáció és a kezelésért tett erőfeszítések irányában. Ez az attitűd az 1980-as évek közepén kezdődött a "semmilyen érv nincs a rehabilitáció mellett" elv hatására.

A drogfogyasztás medikalizáló betegség-modelljétől és a kábítószer ellenes küzdelemre felhívó drogdiskurzustól egyaránt elhatárolódó ártalomcsökkentés, Kelemen (2009/c) szerint egyfajta harmadik utat kínált. E szerint ez a paradigma pragmatikus, felhasználóbarát, alacsony küszöbű, könnyen hozzáférhető szolgáltatásokat nyújtó irányzat, amelynek szemléleti keretében az absztinencia és a józanság távoli ideálokként jelennek meg, s amelyekről éppen ezért, nem fogalmaz meg markáns mondanivalót.

A 1990-es években megkezdődött a vita kábítószer-szabályozás kérdésében, Európában és az Egyesült Államokban is (Inciardi, 1999). Az ártalomcsökkentő megközelítések, mint a methadon kezelés, tájékoztatás a biztonságosabb injekció használatról, ingyenes heroin forgalmazás, tűcsere program és a kábítószer-fogyasztói szobák elérhetővé váltak számos

európai országban. Az ártalomcsökkentés a gyakorlati stratégiák olyan spektrumát jelentette, amely csökkentette a kábítószer-használat negatív következményeit, a biztonságosabb használatra ösztönözte és az absztinencia felé irányította a felhasználókat. Ezek a stratégiák, s az ezekre épülő intervenciók, mint például az utcai szociális munka, ott találták meg a kábítószer-használókat, „ahol voltak”, és a felhasználási feltételeket/kondíciókat is a használókhoz igazították. Mivel az ártalomcsökkentés megköveteli, hogy a kábítószer-használók számára kialakított beavatkozások és politikák tükrözzék a sajátos egyéni és közösségi szükségleteket, ezért nincs általános meghatározás, sem képlet azok végrehajtására. Néhány alapelvet azonban lehet azonosítani:

- A kábítószer-használatra, mint olyan mindenütt jelenlévő jelenségre tekint, amelynek káros hatásait minimálisra kell csökkenteni, mintsem figyelmen kívül hagyni, vagy elítélni.
- A kábítószer-használatra úgy tekint, mint egy összetett, sokrétű jelenségre, amely magában foglalja a viselkedések széles skáláját, a súlyos függőségtől a teljes absztinenciáig.
- Elismeri az egyéni és közösségi élet és a jólét minőségét, mint a sikeres beavatkozás kritériumát.
- A droghasználók és közösségeik számára nem kötelező érvényű szolgáltatásokat és forrásokat nyújt.
- Olyan programokat és politikákat hoz létre, melyek valóban a célzott populációt szolgálják.
- Annak elismerése, hogy maguk a kábítószer-használók lehetnek az elsődleges ágensei a csökkenésnek
- A kábítószer-használók felhatalmazása arra, hogy megosszák az információkat és támogassák egymást azon stratégiák követésében, amelyek megfelelnek a tényleges körülményeiknek.

Annak ellenére, hogy az addikciókkal foglalkozó szakemberek egyre inkább elfogadják az ártalomcsökkentő mozgalom elveit, - a tüneti kezelés előnyeinek figyelembe vételével - továbbra is úgy tűnik, hogy azok a szélesebb értelemben vett többségi látásmóddal és ideológiával ellentétesek. (Broekaert, 2006)

#### II.4.9. A terápiás közösségek rendszerszemlélete<sup>3</sup>

Fernando B. Perfas (2004) több mint 30 év tapasztalattal rendelkezik a kémiai függőségek és azok kezelésének területén. 1971-től a Fülöp-szigeteken és Thaiföldön dolgozott terápiás közösségekben, 1986-tól a Daytop village-ben. Az utóbbi évtizedben addiktológiai konzultánsként tevékenykedett, majd nemzetközi drogprevenciós programok továbbképzésekért felelős munkatársaként működött. A terápiás közösségekről írt egyik munkájának fókuszában a társadalmi rendszerek perspektívájának megközelítése áll.

A könyvben ismerteti az olvasóval a társadalmi rendszerek modelljét, valamint ezek problémaközpontú elemzését, s kísérletet tesz a terápiás közösségek rendszerszemléleten alapuló megismerésére. A 20. században - a természettudományok ugrásszerű fejlődésével párhuzamosan - a zárt rendszer paradigmáját a nyitott rendszerben való gondolkodás váltotta fel. Ludwig von Bertalanffy 1968-ban ismertette a rendszerelmélet más területeken alkalmazhatóságának tételét, ami a társadalomtudományokban jelentősen éreztette hatását. A szerző erre az elméleti koncepcióra támaszkodva a következőkben fogalmazza meg a társadalmi rendszer ismérveit: az új paradigma alapján a rendszer kölcsönhatásban él környezetével, azok ciklikusan és folyamatosan hatnak egymásra. Az egyéntől a közösség szintjéig általános, rögzült viselkedési mintákat azonosíthatunk, melyek különböző rendszerszinteken jelennek meg, pl. egyéni, csoportos, családi, szervezeti és közösségi szinten egyaránt. A rendszer elemei között egységes működés, funkcionális függés azonosítható, azaz az elemek interdependens viselkedése. A TC, mint szervezet felépítésére, struktúrájára vonatkozó koncepciók Perfas szerint nyolc dimenzió mentén vizsgálhatóak.

1. A határok kérdése mentén (ezek a határok a TC kapcsán az identitás megőrzése és a terápiás környezet fenntartása érdekében erősek és merevek).
2. A „szupraszisztémá”-val kapcsolatban, mely a felettes társadalmi környezettel azonosítható, s melynek szerepét Perfas már tárgyalta a könyv korábbi fejezeteiben.

---

<sup>3</sup> A segítő szakmákban alkalmazott rendszerszemléleti paradigmáról lásd bővebben: Herbert és Irene Goldenberg (2008) összefoglaló kötetét.

3. Az „interface” - a TC és külső környezete közötti kapcsolatok - szintjén.
4. Az „input” tekintetében, melyet a jelentkező tagok biztosítanak - mint „bejövő jelek” - a rendszerben.
5. A „proposed output” alapján, amelyen belül maga a rehabilitáció, ezáltal a társadalmi és egészségügyi problémák csökkentése fogalmazódik meg célként.
6. Az „átalakító művelet” kapcsán, mint a bejövő jelek átalakításának eredményei.
7. Az „output” vizsgálatával, aminek három lehetséges kimenetele van: a talpra állás, a fenntarthatóság (az állandóan javuló szolgáltatás) és a „kár”, azaz a visszaesők sikertelensége.
8. A „feedback” értelmezésével, azaz a tényleges eredmények összehasonlítása a meghatározott célokkal, belső és külső információk alapján.

A Perfas által tanulmányozott dimenziók lényegében a rendszerszemléletű modell alapelveit jelentik meg. A szerző konklúziója szerint a társadalmi rendszerek világában élünk, ahol a kölcsönös függőségi viszonyokon keresztül a rendszer alrendszerei csak egymáshoz kapcsolódóan működőképesek. Éppen ezért tartjuk fontosnak Perfas eredményeinek ismertetését, mivel az számos ponton illeszkedik a fentebb vázolt paradigmikus feszültségek problematikájához. Az általa felvázolt, rendszerszemléleten nyugvó modell adekvát értelmezési keretet nyújthat ahhoz, hogy a drogszcéna heterogén tényezőit harmonizálja, illetve a TC-kről és az egyéb kezelési modalitásokról történetileg kialakult, kulturálisan formált beszédmódok között dialogikus lehetőséget teremtsen.

## **II.5. Összegzés**

Az integrációra irányuló kísérletek valódi párbeszédet eredményeztek az ártalomcsökkentő mozgalom, és a teljes drogmentességre törekvő ideológiák között. A két paradigma közül az előbbi bizonyos mértékben támogatja a kábítószeres legalizálását, míg az utóbbi egyértelműen a teljes absztinencia mellett érvel. Mind Európában, mind az Egyesült Államokban, az uralkodó ideológiák határozzák meg a különféle kezelési modalitások alternatív alkalmazását, vagy azok kombinációjának preferált metódusait. Európában, az egzisztencialisták - mint az 1960-as évek diáklázadásai mögött álló vezető erő - a marxista (hegeli) ideológia elveit építették be a társadalmi igazságtalanságról alkotott koncepcióikba.

Később, a posztmodern filozófusok kritikával illették az egzisztencializmust. Radikálisan megkérdőjelezték az én valóságát az adott világunk itt és most-jában, azzal érvelve, hogy a "tárgy" mindig a nyelv által meghatározott (vö: strukturalizmus). Foucault munkássága nyomán pedig tovább bővült a nyelv szerepe mind a mikrotörténelem, mind a politikák tekintetében (vö: posztstrukturalizmus).<sup>4</sup> E megközelítés szerint a szabad piaci rendszerre is hatnak a fenti meghatározó struktúrák. Az "amerikai értékek" illeszkednek a "szociális konstruktivizmus" talaján gyökeredző posztmodern gondolkodáshoz, amelyben az érzelmi tanulási verseny az intellektuális képességekkel, és az emberek nyitottsága és érzékenysége az előfeltétele az egyén sikereinek. Az abszolút preferált érték ebben a rendszerben a szabadság és a hatékonyság, s kevesebb hangsúlyt fektetnek a szociális biztonságra. Annak ellenére tehát, hogy az egyén visszaélhet a fenti értékekkel, továbbra is adott számára a lehetőség, hogy törekedjen az olyan eszmék, mint a mértéktartás és a felépülés elérésére. A TC-k viszonylag könnyen megbirkóztak az olyan új fogalmakkal, mint "a gyengék megerősítése", "egyenrangú partnerek közötti együttműködés", "emancipáció és self-advokáció", a „feminizmus”, vagy a „gyarmatosítás vége”. Azonban nehezebb volt számukra, hogy elfogadják az állampolgárok személyes jogain nyugvó hangsúlyokat, mint például a szerhasználat „joga”, ami meghaladta a felépülés és az önmegtartóztatás keresztény értékeit.

Az ártalomcsökkentés talán könnyebben illeszkedik a poszt-modern idők által konstruált globális képbe. Tiszteletben tartja az egyéni fogyasztói igényeket, elfogadja, hogy a tények határozzák meg a társadalmi helyzetet és az egészségügy állapotát, a kezelése módszertana illeszkedik az ellenőrizhető, tudományos és bizonyítékokon alapuló gyakorlathoz. Mindettől függetlenül azonban, s eltekintve az eltérő ideológiai megalapozottságtól és kezelési módszerektől, az együttműködés és a közeledés minden érintett fél érdeke. A megelőzés és a különböző érték kategóriák, vonatkozások mentén elhelyezkedő kezelési modalitások együttműködése elsődleges feladat.

---

<sup>4</sup> A magyar nyelvű szakirodalomban lásd erről bővebben: Sutyák ( ) A kábítószer „genealógiája” és Rácz-Takács (2006) szerkesztésében megjelent: Drogpolitika, hatalomgyakorlás és társadalmi közeg. Elemzések foucault-i perspektívából c. írásokat.

### III. Narrativitás és függőség

#### III.1. Bevezetés

A történet mesélés a kutatások és a klinikai gyakorlat forrásává vált. A humán tudományok, az antropológia, a néprajz, a pszichológia, a szociolingvisztika és a szociológia, sőt az olyan alkalmazott tudományok, mint a jog, az orvostudomány, az egészségügy, a terápia, a rehabilitáció és a szociális munka - mind alkalmazzák az elbeszélést, mint a kezelési módszereiket kiegészítő modalitást. A narratív megközelítés<sup>5</sup> nem objektív, hiszen elemzése tárgyául egy történet szolgál, ezáltal kontextus függő, helyzet által meghatározott, és szubjektív. A narratív elemzés alkalmazása azonban nem feltétlenül korlátozódik mikrotörténeti események tanulmányozására. A módszer alkalmas szélesebb társadalmi és politikai mozgalmak, változások és makro-szintű jelenségek vizsgálatára is. A történetmondás "elősegíti az empátia kialakulását különböző társadalmi színterek között" is, ellensúlyozhatja a túlzott absztrakciót, áthidaló szerepet tölthet be a politikai diskurzus és a vizsgált csoport életvilágának nyelve között. Plummer szerint (1995:174) a "történetek összehozzák az embereket, s akár társadalmi mozgalmak mobilitását dinamizálását is kezdeményezhetik. A történetileg „meggyalázott” csoportok tagjainak identitás történeteiben (pl. nemi erőszak áldozatai, melegek és leszbikusok) megmutatkoznak a nyelvhasználat változásai, formálódása, módosulásai a kollektív mozgalmak hatására. "A közösségeknek meg kell hallaniuk a történeteket, mert azok szövik össze történelmüket, identitásukat, politikájukat" (Plummer 1995:87). A történetmondás olyan relációs, interperszonális tevékenység, amely összegyűjti az embereket: a hallgatók és a mesélők interakcióját, az együttműködés gyakorlatát és empátia készséget tételez fel, partikuláris kulturális csoportok, adott történeti kontextusban való értelmezését lehetővé téve. A narratív elemzés nem csak a nyelv által megfogható tartalmat vizsgálja, hanem a tartalom mögött húzódó háttérre is irányul. A személyes narratívák vizsgálata az ún. eset-központú kutatás egyik módszere is. Napjaink

---

<sup>5</sup> A „narratív metafora” fogalmát a rendszerek régi metaforájának („rendszer metafora”) meghaladása értelmében alkalmazzunk írásunk során. A családterápiás gondolkodásban, napjainkban is zajló paradigma-váltásról lásd bővebben: Goldenberg -Goldenberg, (2008)

családterápiás gondolkodásának és praxisának fókuszában szintén a narratív metafora áll. A változásnak ez az eredeti és optimista megközelítése azt eredményezi, hogy a rendszerek régi metaforáját (pl. a feedback mechanizmusok, a kölcsönhatások, a tranzakcionális minták) a nyelv és az annak nyomán megszülető elbeszélések metaforái váltották fel. A szociológia hagyományára építve Mills (1959) megközelítése világít rá leginkább a biográfia, a történelem és a társadalom színtereinek metszéspontjaira. A narratívákban prezentált személyes problémák, pl. a szerhasználat, a drogos kapcsán akár a társadalmi, történelmi folyamatokról, a hiedelmekről, a nemek közötti kapcsolatról beszélnek, egyfajta kortörténetet, korrajzot nyújtanak az adott társadalomról. A „coming-out” történetekben - melyben a narrátor, identitása egyik általa legfontosabbnak tartott elemét osztja meg a külvilággal - egyfajta műfaj-váltás olvasható ki: a '60-as évek lineáris, ok-okozati modernista történeteit a '70-es években felváltják a kortárs identitás történetek, amelyekre a cirkularitás a jellemző (Plummer,1995). Rácz (2006) ide vonatkozó kutatásai a magyarországi helyzetet mutatják be. A kvalitatív drogkutatások ismertetése mellett egy egész fejezetet szentel könyvében a drogos önéletírások, felépülési narratívák elemzésére.

A történeti szempontú változások háttérében egyértelműen azonosítható a növekvő politikai érdeklődés, a társadalom színterén megjelenő beszéd. A betegség narratívái szintén azt mutatják, milyen mélyen történeti és társadalmi beágyazottságúak az egészségről, betegségről alkotott konstrukcióink. A személyes problémák kultúrspecifikusak is, egyfajta történeti konstrukciók, s éppen annyira személyesek, mint amennyire azok a társadalmi terek, amelyben keletkeznek. Így, a személyes elbeszélés az egyéni és a kollektív cselekvés jelentését, a háttért nyújtó társadalmi folyamatok értelmezésének lehetőségét is magában hordozza (1999:392 Laslett).

A narratívák, mint mikrotörténelmi dokumentumok, s az olyan kezelési modalitások, amelyek elbeszélésekkel, szövegekkel foglalkoznak, elkötelezettek azok szociális és politikai vonatkozásai mellett is, s felszabadítják az embereket az elnyomórító, kulturálisan uralt, probléma-telített történeteik hatása alól. A probléma-beszéd helyett a megoldás-beszédet preferálják. A történetekkel foglalkozó szakemberek nem abban segítenek, hogy a történetek másik történetre cserélődjenek le, hanem abban, hogy az elbeszélések soktörténetűvé váljanak, ez által az egydimenzionalitás helyett a horizont tágítása valósul meg.



### III.2. Függőség és narráció

A narratíva-elemzés általában pozicionális, szubjektív és abban mind a narrátor, mind az elemző szempontjai preferáltak. A személyes elbeszélés a szociális konstruktivista elméletek szerint nem igazságot, hanem igazságokat (truths) fogalmaz meg. Ezzel nem minden kutató ért egyet, sokan úgy vélik, hogy minden élettörténet tartalmaz igazolható, tényszerű adatokat. A "realista" kutatási hagyomány szerint az azonos környezetből származó történetek az „odakinti” világ (the world „out there”) dokumentum- szerű forrásai. Elismeri ugyan, hogy a narrátorok nem képesek az igazat, és csakis az igazat elmondani, ám ennek ellenére azonosíthatónak véli a kollektív jelenségekre vonatkozó visszatérő mintázatokat. Egy adott környezetben valószínűsíthetően kollektív tapasztalat, ezáltal kollektív elbeszélések jönnek létre. A szociális konstruktivista, vagy a performatív megközelítés szerint az ellenőrizhető tények fontosak ugyan, de az elemzés szempontjából a változás, és a jelentések értelmezése élvez prioritást az elemző munka folyamatában. A személyes narratívák magja a diskurzus, jelentést hordozó egysége, hiszen a narrátor nem elsősorban reprodukálja a múltat, hanem értelmezi azt. A narratív beszámolók igazságai nem a múlt reprezentálásának hűségén, hanem a múlt-jelen-jövő közötti folyamatos kapcsolódáson alapulnak. Az elbeszélés, az idő és az emlékezet közötti komplex kapcsolat a kutatási gyakorlat és a teoretikus megközelítések fontos témája egyaránt (Freeman, 1998; Hinchman 1997).

Az első eszközt tapasztalataink rendezésére a saját történeteink, ön-narratíváink adják. Azonban az eredeti történeteinket tovább formálják és befolyásolják a kultúra szokásos, preferált viselkedésmódjai, a domináns kulturális narratívák segítségével. Ugyanakkor sok „mérgező” kulturális narratíva létezik, ezek elsősorban olyan tematikai mezőkben jelennek meg, mint a rasszizmus, szexizmus, vagy az osztály-elfogultságok, de ide sorolhatóak a szenvedélybetegség kapcsán konstruált narratívák is. A különböző szokásokba, törvényekbe, intézményekbe, vagy a nyelvbe ágyazott hiedelmek és gyakorlatok, - amelyek hozzájárulnak a probléma-történetek fennmaradásához - azonban felfedezhetőek, felismerhetőek és lebonthatóak. Az erős kulturális hiedelmek által támogatott „makacs” narratívák nem könnyen dekonstruálhatóak. Az általam vizsgált rehabilitációs térben a függőségről alkotott magyarázatok átírása történik: a segítők részvételével a felkínált élettörténeti elbeszélések alternatív interpretációi születnek meg.

A narratíva elemzés módszere, - amely többek között a fentebb leírt dekonstrukció egyik lehetséges megvalósulása - több kritikát von maga után. A módszerek nem megfelelőek nagy mintákon való vizsgálatokra, hosszú, és fáradtságos, az analízis pedig túlzottnak tűnik az olyan kutatók számára, akik a nyelvet transzparensnek látják. Ám a narratív módszerek kombinálhatóak egyéb kvalitatív és kvantitatív módszerekkel is.

A terápiás közösségekhez kapcsolódó kutatások eleinte azok profilját, a kezelési modalitásokat állították érdeklődésük fókuszába. A későbbiekben a kutatói kérdések elsősorban a terápiás működésre, annak hatásmechanizmusaira, azok leírására és elemzésére koncentráltak. Meglepően kevés kutatás szól azonban arról, milyen hatással van a TC a szociális intézményekre, és olyan társas kapcsolati formákra, mint például a család, az iskola, az edukatív, reedukatív intézmények, a szomszédság, a nagyobb közösség, a mentális egészségügyi rendszer, az egyéb addiktológiai módozatok és különféle csoportok, az etnikai és kulturális kisebbségek. A TC életvilágára, az átmeneti tért jellemző sajátosságokra szintén kevés vizsgálódás irányul.

A narratív megközelítések - melyek a kognitív pszichológia eredményeire alapozva, s a szociálpszichológia, a kulturális antropológia, a kommunikációelmélet, vagy az alkalmazott nyelvészet ismereteire támaszkodva hódítanak tért - az addiktológiai kutatások tartományában is megjelentek. Az olyan speciális színtereken, - mint amilyen a rehabilitáció átmeneti tere is - amelyekben a történetmondás, mint a tapasztalat megosztása, kezelési modalitásként érvényesül, vagy a 12 lépés által konceptuálisan keretezett önsegítő csoportok módszerei tekintetében, egyértelműen alkalmazható a narratív megközelítés, hiszen azt, annak formális, tudományos paradigmaként való megjelenése előtt is használták a gyakorlatban.

Az elmúlt években, több szerző is bemutatta kutatásait az addiktológia területén belül hasznosítható narratív megközelítésekről (Häninen & Koski-Jannes, 1999; 2004; McIntosh és McKeganey, 2002; Taieb, 2008; Castel, és mtsai. 1998; Hurwitz 2006). Ezek a teoretikusok elsősorban a talpra állt, felépült függők megélt tapasztalataira, elbeszéléseire és történeteire koncentráltak.

Bruner (2005) a gondolkodás két formáját különbözteti meg: az ún. paradigmátikus, elmélet által vezérelt gondolkodást és a narratívák értelmezésére fókuszáló, azoknak jelentést tulajdonító gondolkodást. A szenvedélybetegségekkel foglalkozó pszichológiai kutatások főként az előbbi megközelítésen alapulnak, s általában a változás - viselkedést befolyásoló - technikáira fókuszálnak.

Az önsegítő mozgalmak ugyanakkor, a szenvedélybetegek által elmondott felépülés történetekre támaszkodnak, s az AA narratívák kutatása egyértelműen befolyásolja az alkoholizmus természetéről szóló tudományos koncepciók kialakulását. Az alkoholizmus Jellinek által leírt betegség koncepciója, a fejlődés Glatt-féle patkó alakú görbéje, Bateson elmélete az alkoholizmusról és az alkoholista szelf leírása Denzin által, mind nagyrészt az AA történetek, és egyéb, az AA keretein belül végzett vizsgálatok alapján keletkeztek, amelyekben az alkoholisták közvetlen tapasztalatai jelentették a megközelítések alapját. Azonban az AA történeteket kifejezetten narratív szempontból is vizsgálták, mint az AA mozgalom kulturális termékeit.

Thune (1977) volt talán az első, aki ezen a módon elemezte a felépülési narratívákat. Arra a következtetésre jutott, hogy a mozgalom tagjai, élettörténetük elmondása során, társaik elbeszéléseit olyan explicit modellként használják, melynek segítségével képesek újraépíteni és elemezni saját múltjukat. Steffen (1997) az AA hagyomány szövegtörzsét tanulmányozta, míg Arminen (1998) analitikus megközelítéssel vizsgálta a személyes történeteket. Kevesebb figyelmet kaptak az olyan alkoholisták elbeszélései, akik nem az AA mozgalom keretein belül épültek fel. Kivételt képez ez alól Alasuutari (1995) vizsgálata, aki munkásosztálybeli alkoholisták narratíváit hasonlította össze ugyanebből a rétegből származó, nem szenvedélybetegek élettörténeteivel. A látszólag különböző beszámolókból azonosított egy közös, mögöttes történetvonalat, amely a kontroll és a szabadság tematikáit tükrözte, e fogalmak az elbeszélések esszenciális momentumaként konstituálódtak.

A betegséggel való megbirkózás elbeszéléseinek vizsgálata nagy hagyománnyal rendelkezik a narratíva kutatás területén: az identitás rekonstrukciója (Kelly 1992; Carricaburu, Pierret, 1995), a betegségről alkotott narratív magyarázatok (Williams, 1984), a betegek önéletrajzaiban kirajzolódó cselekmény struktúrák vizsgálata (Robinson, 1990) - mind a narratív metafora termékei.

A narratív megközelítés abban tűnik produktívnak, hogy a függőség és a felépülés holisztikus megértésére törekszik. A hangsúly lehetővé teszi a nők, a bevándorlók és a különféle kultúrák vizsgálatát is, amely területek mindez idáig nem szerepeltek az adott tárgyról szóló szakmai diskurzusokban. Jelen dolgozat a „józanág kultúrájának” egyik intézményesített gyakorlatára, a szenvedélybetegek rehabilitációs ellátására, a felépülés kezdeti szakaszaként tekint. A narratív megközelítés termékeny lehet annak tanulmányozásában is, hogy „milyen módon” rabja az ember a függőségnek, hogyan birkózik meg vele, és mit tesz vele, mit

„teremt belőle”. Olyan emberek hangját mutatja meg, teszi hallhatóvá, láthatóvá a társadalom számára, akik „ott voltak”. Ezért, ha részesülni szeretnénk a megértés érdekében a szenvedélybetegek egyedi, sajátos élményeiből, annak nincs jobb módja, mint a drogos hangjára figyelni, és figyelmünket az általuk elmondott strukturált elbeszélésekre irányítani. A narratív kutatás alkalmazása a rehabilitáció terében lehetővé teszi azt, hogy a speciális, az egyedi mellett, kollektív mintákat azonosítsunk.

Patrick Biernacki volt az egyik első szakember, aki a narratív megközelítés, a narratív identitás és ezekkel összhangban az önismereti munka szerepét hangsúlyozta a kábítószer-függőségből való felépülés tekintetében (Biernacki, 1986).

### **III.3. Addiktológiai kutatások a narrativitás tükrében**

A következőkben olyan addiktológiai kutatások rövid összefoglalóját nyújtom, amelyek mindegyike a narrativitást, az elbeszélést helyezi fókuszába.

Vibeke Steffen (1997) tanulmánya egy alkoholbetegekkel foglalkozó intézményben végzett kutatáson alapul. Írásának fókuszában az AA közösségében elhangzott történetek, a megosztások elemzése áll. Analitikus munkája során arra a következtetésre jutott, hogy ezek a narratívák kollektív jegyeket hordoznak, s azok egyes esetekben felülírják az egyéni történetek érvényességét. Személyes, szociális, valamint kulturális szinteket is azonosít a szövegek alapján. Legfontosabb eredménye, az AA csoportokban elmesélt történetek műfaji azonosítása, mely szerint ezek az elbeszélések az önéletrajz és a mítosz közötti kontinuumba helyezhetőek el. Az elemzés hátránya, hogy a „mítosz” fogalmának értelmezése elmarad, annak mindössze köznyelvi konnotációja alapján vonja le a szerző a következtetéseit.

McIntosh és McKeganey (2000, 2002) kutatásai hasonló következtetésekkel zárultak. A szerzők 70 felépült függő történeteit vizsgálták Skóciában. Céljuk az volt, "hogy feltérképezzék, milyen rekonstrukciós munka figyelhető meg az identitás formálódásának folyamatában" (p. 1508). Arra mutattak rá, hogy a felépülési narratívákat valóban körülhatárolt és értelmezhető módszernek tekinthetjük a konstruktív "nem függő" identitás felépítése és a változás, mint pozitív eredmény, kimenetel kapcsán. A szerzők szerint a kábítószer-függőket elsősorban az ösztönzi „leállásra”, tehát a szermentes életmódra, hogy helyreállítsák "tönkretett identitásukat" (McIntosh és McKeganey, 2002:44), - ebben a

kontextusban - „tönkrement narratívájukat”. A szerzők három fő terület köré csoportosították a „nem-függő identitás” kialakításának narratív munkáját (McIntosh és McKeganey, 2000: 1508). A nem-függő identitás megszületése, konstruálódása az individuuum szintjén tehát a következő tényezőket tartalmazza:

- A drogfüggő életmód reinterpretálása, a szerhasználó életmód aspektusainak újraértelmezése.
- Az önértelmezés rekonstruálása.
- A felépülés érdekében megalkotott hiteles, meggyőző magyarázat a megújult identitás tekintetében.

Meglepő párhuzamosság azonosítható a szenvedélybetegek felépülés történetei és a kutatók arról szóló jellemzési folyamata között. Ez a hasonlóság a szerzők szerint nem feltétlenül a felépülés belső természetének egységességére utal, mint inkább arra, hogy társadalmilag konstruált narratív folyamatokról van szó. Ez a megállapítás emlékeztet az orvosi antropológia és a szociológia területén széles körben megjelenő kritikákra, melyek szerint a társadalmi jelenségek vizsgálatában elengedhetetlen az étikus és émikus, vagy a szakmai, kívülálló és a helyi bennfentes perspektívák közötti különbségtétel.

A függő személy a múltbéli függőségre, mint negatív viselkedésre tekint, a jelen én-narratívájának új értelmet ad, és végül a felépülést meggyőző magyarázattal támasztja alá. Koski-Jannes (2004) egyik kutatása szintén arra világít rá, hogy a függőségből való szabadulás gyakran jár együtt jelentős személyes és társas „identitás projektekkel”.

Cerclé (2002) munkatársaival együtt a Franciaországban működő, Vie Libre nevű, elterjedt önszegítő mozgalom közösségeiben elhangzó tanúságtételek, megosztások szövegeit vizsgálta. Steffenhez hasonlóan, hipotézisük abban állt, hogy a tanúságtételek valójában a hiedelmek, ideológiák, mítoszok, történetek kifejeződései, amelyek érvényt szereznek a kollektív élménynek, s életben tartják azt a mindannyiuk számára közös tapasztalatot, ami a függőséggel jár. 224 szövegekörpuszt tanulmányoztak, s ezek alapján egyértelműen szakaszolható betegség-, és felépüléstörténeteket azonosítottak. Nyelvi, retorikai változások feltárására is sor került. A narrátorok számos esetben eljutottak a „kell” típusú kijelentések felől a „szeretném, akarom” típusúakon keresztül a „szabad nekem” helyzetéig. A kompetencia szakasza a „tudom hogyan” kifejezést preferálta az elbeszélés retorikai elemei közül. A cselekvés, aktivitás szakaszát a „változás” és a „változtatás” kulcsszavai írták le,

végül az értékelő, megerősítő szakaszban a „közös tudás” mintázatai jelentek meg. A folyamatot a szerző a szenvedélybetegek szelf reprezentációjának kognitív-diszkurzív újraépítéseként értékeli, s az önsegítő közösségek egyik karakteres hatótényezőjét látja benne.

Rafalovich (1999) a 12 lépés által konceptuálisan keretezett szerveződések, közösségek vizsgálatában a narratív pszichológia megközelítéseit találja a legadekvátabb módszernek a hatótényezők, hatásmechanizmusok feltárása tekintetében. Az antropológiában alkalmazott résztvevő megfigyelés módszerével gyűjtött etnográfiai adatokat 150 Névtelen Narkomán (NA) összejövetel során. A felépülés folyamatának állomásait kutatta az identitás változásának tükrében. Az összejöveteleken elhangzó tanúságtételek elemzésén keresztül azt vizsgálta, hogyan teremt meg egy történet olyan környezetet, amelyik reflektál az élettörténetekben megmutatkozó identitásra. Az „én írom a történetet, vagy a történet ír engem” kérdése foglalkoztatja. Következtetései szerint a történetek nyelvezetében fejeződik ki a függő identitás, az kedvelt nyelvezetté, domináns narratívává válik. Az elhangzott történetekből jelentős hosszúságú részleteket dolgozott fel, érzékeltetvén az identitás alakulásának dinamikáját. A szövegek tartalmi egységekre bontása, s a jellegzetes minták azonosítása lehetővé tette a szakaszok közös jellegzetességeinek azonosítását. Végző konklúziója alapján az NA-t olyan narratív közösségnek tartja, amelyet a betegség okozta szenvedés tart össze, s különböztet meg más csoportoktól.

Wiklund (2008) hermeneutikai-narratív megközelítést használ a függőség egzisztenciális és spirituális vonatkozásai tekintetében. Kutatásaiban olyan ellentét-párokat vizsgált, mint például: értelem - értelmetlenség, összekapcsolódás - magány, az élet - halál, szabadság - korlátozottság / szabályozottság, a felelősség - büntudat, ellenőrzés - káosz. A gondoskodáshoz kapcsolódó szükségleteink szerint elsősorban „az élet értelmezéséhez szükséges új keret, referenciarendszer biztosításának igényéhez, az élettapasztalat koherenciája és a helyreállított méltóság igényéhez, a közösséghez tartozás igényéhez, a kötődéshez, a megerősítéshez és az elfogadáshoz” kapcsolhatóak (Wiklund, 2008:2435). Wiklund azzal érvel, hogy a spiritualitás iránti igény és fogékonyság nem csak a függőség, hanem a felépülés motorjaként is funkcionálhat. Éppen ezért a felépülő szenvedélybetegek történeteiben aktív szerepe van magának az elbeszélésnek, hiszen azon keresztül konstruálódik és rekonstruálódik az identitásuk. A felépülési narratívák fő jellemzője "állandó törekvés az értelemre, a szabadságra és a fogyatékoságukból való megváltódásra." Egy másik, hasonló tematikájú tanulmányában feltárta továbbá, hogy ez irányváltás (újraírás) nem

csak kisebb változtatásokat eredményezhet, hanem a személyes identitás, jelentős rekonstrukciója is bekövetkezhet.

Lukas (2009) kutatásai az egzisztenciális pszichoterápiás megközelítéseken nyugszanak. A szerző a Frankl által kidolgozott logoterápiás módszert eredményesen alkalmazhatónak tartja a szenvedélybetegségek kezelésében. Ő ugyan a terápiás gyakorlatban, a pszichoterápiás praxis részeként használja az identitás narratívákat, ám e terápiás modalitás szintén az élettörténet elbeszélésére épít.

Keane (2001) az addiktológiai önéletrajzot önálló műfajként értelmezi írásában. Három szövegtörzset elemzését nyújtja, két szöveg protagonistája felépült drogfüggő orvos, a harmadik pedig egy felépülő alkoholfüggő édesanyától származik. A szerző szerint annak ellenére, hogy mindhárom elbeszélés „igaz történetként” „beszél magáról”, a narratívák tekinthetőek az identitás-konstruálás árnyalt, finomított, cizellált termékének, azaz konstrukciónak is. Analógiákat fedez fel az AA találkozók elhangzott történetek tekintetében is, azaz egy kulturális mintázat létrejöttét feltételezi, amely a szövegek szervező elveként van jelen. Keane szerint a függők által megosztott, közösen létrehozott, kollektív jegyeket hordozó identitás olyan „tananyag”, amelyet a szerzőknek el kell sajátítaniuk a felépülés érdekében. Az újonnan született identitás narratívumok azonban a függés betegségét nem helyezhetik saját testükön kívülre, mint ahogy az adott történelmi, szociális és intézményi kontextusoktól sem távolíthatják el azt, hiszen ezeken a színtereken alakult ki az addikció. A szövegek egyszerre reprodukálják és cáfolják is az „addikciónak a szelf betegsége” elvét. A szerző konklúziója, hogy a felépült függők felismerik betegségüket, azt problémaként élik meg, képesek azonosítani az ebből fakadó negatív következményeket, intrapszichés dinamika alapján kezelik azt, ugyanakkor az addikció szociális kontextusban megjelenő élményeit nem élik át, az interperszonalitás háttérbe szorul.

A hazai kutatások közül B. Erdős, Kelemen és Csürke (2003) tanulmánya két kontextusból származó szövegeken keresztül vizsgálta a józan szenvedélybetegek nyelvi kódjaira vonatkozó kérdéseket. A rehabilitáció hosszú hónapjainak szimbolikus lezárása ezekben az otthonokban performatív aktussal történik, ugyanakkor ezek a felszabadulási rituálék a programot lezáró búcsúbeszédet is magukban foglalnak. E szövegeknek vizsgálatával a szerzők arra a kérdésre keresték a választ, hogy milyen kommunikatív jegyek különböztetik meg a rítus magjának tekinthető igazi változást, annak pusztá imitációjától. Ennek érdekében visszaeső szenvedélybetegek szövegeit is vizsgálták.

Kutatásuk eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy a felépülők beszéde jól leírható az átmeneti rítus, mint szimbolikus halál és újjászületés metaforáival, míg a visszaesők viszont elsősorban sablonokat alkalmaznak.

Péley Bernadette (2002) korunk nagy problémáiról ír könyvében: célja a beavatási rítusok fontosságának bemutatása, illetve azok hiányának feltárása. Az archaikus beavatási rítusok pszichológiai funkcióira rámutatva mutatja be a beavatáshiányos modern társadalmakban a deviáns viselkedés társaslélektani hátterét. A kultusz lehetőséget adott a tapasztalatmezők feldolgozására, átélésére, a kultusz és a rituáléja jelenítette meg a rendet, amely lehetővé tette a káosz, a kábulat, az örület, az extázis átélését, míg korunk deritualizálódott világa nem kínál keretet ahhoz, hogy ezek a mindenkiben jelen lévő lelki minőségek átélhetővé válhassanak. A mítosz és kultusz - mint kollektív élményfajta - speciálisan irányították az ember lelki és szellemi fejlődését. Nem véletlen, hogy míg a szerhasználat a jelenben magányos tevékenység, addig a gyógyulásban a közösség ereje teszi átélhetővé az újjászületést. A kábítószer használó és a normális életvezetésű fiatalok élettörténeti elbeszéléseinek pszichológiai elemzésével pedig a korai szülő-gyermek kapcsolatok jelentőségére világít rá.

Rácz (2006), Szabó-Gerevich (2007, 2009), Szabó (2005) kutatásaikat, hazai droghasználók és alkoholfüggő férfiak körében végezték. Kutatási módszerük több esetben a tartalomelemzéses vizsgálat. Vizsgálódásaik fókuszában a szenvedélybetegség és az abból való felépülés során a személyiség megfigyelhető belső folyamatai mellett a szerfogyasztók függőségképe állt. A felépülők elbeszéléseiben szintén nyelvi kódok jelenlétét azonosították, pl. a személyiség küzdelemből fakadó, gazdagodására, növekedésére utaló nyelvi kódjait. Másik fő megállapításuk - a szociális konstrukcionizmus teóriáinak megfelelően - az volt, hogy a közbeszédet uraló, kábítószerrel szóló diskurzus jelentésteremtő erővel rendelkezik.

Frank (1995) írása elsősorban a krónikus fizikai betegségekben szenvedők elbeszéléseinek tipológiáját nyújtja. Az ún. „kárpoztási narratívák” (restitution) egy központi fejlődés-motívumot közvetítenek az egészség - betegség - helyreállt jól-lét lineáris vonalán keresztül. Ezzel éles ellentétben a „káosz-narratívák” (chaos) nem lineáris mozgást mutatnak: inkább a pillanatnyi stresszre reflektálnak, mintsem a reményre. A „küldetés narratíva” (quest) a leggyakrabban előforduló betegség történet: a mesélő elfogadja a betegséget és hisz abban, hogy ezen keresztül olyan új tapasztalatokra tehet szert, amik valamiféleképpen változtatnak az életén, oly módon, hogy az a hasznukra válik. A betegség alkalmat teremt új dolgok



felfedezésére és célt rendel ehhez a kereséshez. A mentális egészségügy területe az elmúlt évtizedben egyre nagyobb hangsúlyt fektetett e koncepció hasznosítására.

A betegség ténye gyakran mindössze keretként szolgál a felépülés elmesélésének folyamatában: tudatosítják ugyan a mentális betegséget és annak hatásait, illetve negatív következményeit, de túllépve annak korlátain, olyan új értelmet és irányt jelölnek ki, amely támogatja a betegség és a társadalmi reakciók által megszabott határok átlépését. A felépülés tehát, ebben a kontextusban magában foglal olyan narratív tematikát, mint például: A kihívás és a remény, a megbélyegzés és a magabiztosság, a korlátok és az új lehetőségek, a harc és a felelősségvállalás.

A mentális betegségekben szenvedők által írt, publikált felépülés narratívák elsősorban - a franki tipológia alapján - a küldetés - narratívát reprezentálják ugyan, ám a valóságban a legtöbb mentális betegség tartós és ciklikus, ezáltal "megnehezíti az új identitások, új célok és új értelme " (Hatfield, Lefley, 1993:186), valamint az új személyes narratívák megteremtését. Amikor olyan visszatérő betegségről van szó, amelyben a felépülés olyan feladatokkal jár együtt, ami zavarja a mindennapok hangulatát, akkor a jelentés adás konzisztens folyamata maga is veszélybe kerül. Ezért az egyik legfontosabb szempont az ilyen betegségben szenvedők esetében, hogy olyan saját történetet tudjanak szőni, amely tartalmazza a zavar, a stabilitás és a növekedés elemeit is. Ebből a szempontból a mentális betegségek felépülés narratívái hordoznak egyfajta értékrendet és annak motívumait, amelyek a személyt közvetlen és nagyobb összefüggések rendszerébe helyezik. Olyan általános tájékozódási rendszert biztosítanak, amelyben speciális megküzdési technikák által találnak rá a „különleges kiugrás” a megszabadulás lehetőségére.

Hänninen és Koski-Jannes 51 egykori drogfüggő személy élettörténetét vizsgálta. Ennek során öt különböző típusú történet azonosítására került sor, melyek általában megfeleltethetőek voltak bizonyos függőségek típusaival, és nem szerinti partikularitás is érvényesült:

- Az AA, azaz a Névtelen Alkoholista narratívája a felépülőben lévő alkoholfüggő története;
- A felnövekvés és öntudatra ébredés elbeszélése szintén az alkoholfüggő jellegzetes történetsémája;
- A kodependencia elbeszélése a polydrogfüggők sajátosságaként értelmezhető,
- A szeretet története a bulimiás személyek elbeszélése;

- A mester (önuralom) narratíva a leszokott dohányos históriája.

A szerzők szerint, "ha a felépülési narratíva elővetítése megelőzi a valóság próbáját, az akár teljes felépülés történetet eredményezhet, ha mégsem így történik, akkor egy új ciklus kezdődik" (Häninen, Koski-Jannes, 2004:244). A szerzők célja, hogy a különféle addikciókból felépült szenvedélybetegek megértéshez vezető útjait azonosítsák, s rámutassanak a változásban szerepet játszó folyamatokra. 51, felépült szenvedélybeteggel készített életút interjút vizsgáltak, többek között alkohol, drog, evészavar, dohányzás, szex és szerencsejáték függőségben szenvedőket. A narratívákat a szerzők szerint kategorizálták, hogy az interjú alanyok mit tekintettek a felépülésük tekintetében kulcs momentumnak. Az összetett történetek ezután azok érzelmi, kauzális, erkölcsi és etikai tartalmaik alapján kerültek elemzésre.

Ezek mindegyikében megjelent a függőség és az abból való felépülés értelmezése, a protagonista (főszereplő) mentesülése a bűntudat alól és a „happy end”, amely elemek mind az elbeszélés érték kategóriáit realizálták. A felépülés, a függőségtől való szabadulás különféle útjai egyben a változás különböző lehetőségeire világítanak rá. A szerzők fontosnak tartják a kulturális történet készleteink használatát is: annak megfelelő, a tapasztalathoz illeszkedő kiválasztása esetén megkönnyíthető a felépülés folyamata.

A következőkben az öt azonosított történet-típus karakterisztikumainak hét dimenzió mentén történt részletes leírását nyújtom, a szerzők kutatási eredményei alapján.

### **Az AA történetek**

Az AA történet vége általában a hála kifejezése. A történeti hagyomány uralkodik, az elbeszéléseket a társak által elmondott történetek formálják. A vallási elkötelezettség hiánya ellenére, az AA történet egyértelműen a keresztény hagyományban gyökerezik: a tékozló fiú hazatér, befogadják a gyülekezetbe, a kegyelem és a megváltás a büszkeség letételével és alázatos életforma kialakításával járhat. Az AA történetben az alkoholizmus betegségként konceptualizálódik, ami inherens állapota az alkoholistának. A felépülés három alap feltétele: a mélypont megtapasztalása, az alkohollal szembeni tehetetlenség beismerése, és a közösség erejére, a felépült társak tapasztalataira való támaszkodás a felépülés folyamatában. Erkölcsi értelemben az AA történet felmenti az alkoholistát a bűn érzése alól, mivel nem hibáztatja őt az ivás miatt. A közösséghez való csatlakozás után azonban a főszereplő, mint felelősséggel

tartozó narrátor jelenik meg, aki a józanság útját a társaival együtt járja. Az egyértelműen kifejezett hála azt jelenti, hogy a felépülés ajándék, és a sikerért nem a főhőst illeti dicséret. (Arminen, 1998) Az értékek dimenziójában az önhittség, a gőg és a kontroll illúziója a jellemző motívumok a negatívumok tekintetében, míg a pozitívumok a társas kapcsolatok és a hasonló törekvések egy nagyobb egésszel való egyesítése az aspirációk érdekében. Általában férfiak által mesélt történetek.

### **A személyes fejlődés történetek**

A második prominens történet típus a felépülést az egyéni fejlődés és emancipáció tükrében ábrázolja. Ezek a történetek általában női elbeszélések. Általában a gyermekkori élmények felidézésével kezdődnek, melyek az érzelmi elhanyagolás jelenségét írják le. A főhős arra szocializálódik, hogy érzelmei és szükségletei figyelmen kívül hagyásával alkalmazkodjon másokhoz. A felépülésről szóló részek a belső és külső határok átlépéséről, a külső kontroll alóli felszabadulásról és a lehetőségek elfogadásáról szólnak. A folyamat során a főhős képes megtalálni és elfogadni önmagát. Az önálló én felfedezésén keresztül képessé válik egyenrangú kapcsolatok kialakítására, a mások iránt érzett bizalom helyreáll, s mindez egyfajta szabadulás élményt nyújt a számára. A növekedés történet az átalakulás tematikáját hordozza, a bábból való átalakulást, konzekvensen cselekvő, független személlyé. A felépülés feltétele önmagunk szeretete, elfogadása. Morális értelemben a növekedési történet a büntudattól való szabadulás története, az egyéniség, a hitelesség és a szabadság preferálása. A történet típus filozófiai gyökerei Arisztotelész és az úgynevezett romantikus expresszizmus, amely szerint minden embernek meg kell adni az esélyt, lehetőségei aktualizálására. Ezeket az elméleteket hangsúlyozza a humanista pszichológia is.

### **A kodependencia narratívái**

A kodependencia történetekben a felépülés kulcsa az a momentum, amikor a főszereplő felismeri azt az eseményt, aminek hatására kialakult függősége. Ezt a történet típust általában polydrog függő férfiak elbeszéléseiben azonosították a szerzők. A történet kiindulópontja a gyermekkori család, amely titkokkal van átszőve, a főhős életét egyfajta generalizált szorongás hatja át, amelyből csak átmenetileg képes kilépni. A szabadság megtalálása a probléma valódi természetének realizálásán keresztül történhet meg, amely lámpásként világítja meg életét, s amely rávilágít arra, hogy kötődései az alkoholhoz, a szerelemhez, vagy akár Istenhez, kóros kötődések. A társ-függőség elméletét Finnországban Hellsten népszerűsítette. Az elmélet eredete az Al-Anon mozgalomig nyúlik vissza, ahol magyarázó

elvként használták az alkoholisták gyermekeinek vizsgálata kapcsán, ám később számos más probléma értelmezési kereteként használták. Az elmélet szerint a függőségre való hajlam a származási családban alakul ki, ahol rejtett, elfojtott tartalmak, pl. szülői alkoholizmus, vagy a vérfertőző kapcsolatok titkait őrzik. Ilyen körülmények között a gyermek nem tanulja meg felismerni és kezelni a negatív érzelmeket, a szorongás elől pedig különböző örömök felé menekül. A megoldatlan problémákat a következő generáció is öröklí. Erkölcsi szempontból a társ-függőség történetei a főszereplő büntudatát, mint átkot ábrázolják, mely generációkon átívelő örökségként száll tovább. Ezek az elméletek a katolikus egyház felekezeti gyakorlataira és a pszichoanalízisre vezethetőek vissza.

### **A szeretet, szerelem elbeszélései**

E történetek kulcs momentuma a felépülés tekintetében a szeretet és a gondoskodás. Túlnyomó részben női történetek, amelyekben hiába vágynak szeretetre és gondoskodásra. E hiány vezeti őket az extrém diétával, vagy az evés-kényszerrel való kompenzációhoz. Az eredmény azonban éppen ellentétes a várttal. A szülők közönye, a barátok hiánya és a szégyen következtében a főszereplő izolálódik környezetétől, s undorral szemléli önmagát. Etikai szinten az elbeszélés hangsúlyozza a „jelentős másik” hatását és az intim kapcsolatokat, mint az élet értelmezésének meghatározó kereteit. A függőség magyarázata ebben az elbeszélés típusban a pszichoanalitikus gondolkodás nyomait hordozza, mely a kielégítetlen szükségletekhez kompenzáló objektumot rendel.

### **Az önuralom történetei**

A központi tematika a viselkedés felett gyakorolt kontroll és önuralom. Ezek a történetek szinte kivétel nélkül ex-dohányosok történetei. A gyermek és felnőtt kor közötti átmeneti időszakban a dohányzás tabuja tiltott és veszélyes. A dohányzás rituáléja a normák és a tilalmak alóli függetlenedést jelenti. Fiatal felnőttkorban az átmenet nehézségeinek enyhítésére szolgál. Amikor azonban tudatosan a főszereplő számára a függőség ténye, az már az önkormánytolt feltételező érettség akadályaként azonosítható. A dohányzás veszélyességének realizálása és a felnőttkori felelősség között fennálló paradoxon válik uralkodóvá. A leszokás döntést és akaraterőt igényel, különféle technikák által támogatva. E történet főszereplője két énnel rendelkezik: a gyenge, dacos, dohányos énnel és az erős, racionális nem-dohányzó énnel. A két én közötti pszichológiai háború képzelet fontos szerepet játszik a technikákban. Más szereplők is jelentősek ezekben az elbeszélésekben: a provokálók, a leszokást követelők, a szégyent és büntudatot keltők, a gyermekek. A hős történetében a főszereplő legyőzi

ellenségét, a nikotint, aki az uralma alatt tartotta őt. A hős végül elnyeri jutalmát, a dicsőséget, az önbecsülést és mások tiszteletét is. A dohányzás az érettséghez vezető ambivalens út. A változás folyamata a kognitív viselkedésterápiás technikákban gyökerezik. A természet és a viselkedés feletti kontroll, az akaraterő és a felelősség éthosza Platón és Descartes filozófiájáig vezethető vissza, mint a modern társadalom központi értékei.

	<b>AA</b>	<b>Személyes fejlődés</b>	<b>Kodependencia</b>	<b>Szeretet</b>	<b>Önuralom</b>
<b>Folyamat</b>	Mértéktelen alkohol-fogyasztás - izoláció - mélypont - megoldási kísérletek - találkozás az AA-val - felépülés - "tisztes élet" - hála.	Gyermek szükségleteinek, érzelmeinek figyelmen kívül hagyása - kérés mások felé - addiktív viselkedés - fokozatos emancipáció - ráतालálás önmagára.	Gyermekkori családi tikok - a negatív érzések tagadása, elutasítása - szenvedélyek láncolatában - a függőség felismerése - a láncok eltépése.	A szeretet hiánya - a hiány függőséggel való kompenzálása - szeretetben való részesülés - felépülés.	Fiatalkori dohányzás: autonómiára törekvés - fiatal felnőttkori dohányzás: konfliktusforrás - felnőttkori dohányzás: függőség - határozott döntés a leszokásról - leszokás, önbecsülés.
<b>Kulturális történetmodell</b>	A tékozló fiú hazatérése.	A pillangó kitörése a bábból.	Kodependencia elmélete, a transzgenerációs minták elvetése, az	Szerelmi történet.	Hőstörténet, a józan ész diadala.

			átok megszakítása.		
<b>Magyarázat</b>	Betegség.	A függőség kialakulásának oka az elnyomó kapcsolatokból fakad.	A függőség oka az elfojtás és a titok.	A függőség a szeretet hiányának kompenzálása.	A dohányzás eleinte támogatja, a későbbiekben akadályozza az aktivitást.
<b>Gyógyulás</b>	Alázat, azonosulás más alkoholistákkal, a közösség tagjává válás.	A saját igények meghallása.	A szégyenteljes titkok leleplezése.	A szeretet elfogadása.	Akaraterő, technikák alkalmazása.
<b>Erkölcsei értékelés</b>	Nem bűnös, hanem egy betegség áldozata.	Nem bűnös, hanem áldozat.	Nem bűnös, hanem áldozat.	A függőség indoklása helyettesítő erőként.	A gyenge szelf bűnös, az erős szelf nem bűnös.
<b>Rossz</b>	A gőg.	Az elnyomásnak való behódolás.	Az igazság elfojtása.	Közöny.	Gyarlóság, gyengeség.
<b>Jó</b>	A közösség.	Aktivitás, hitelesség.	Nyitottság, tudatosság.	Szerető gondoskodás	Önkontroll, felelősség

Saját szerkesztés, Häninen, Koski-Jannes (2004) alapján

### III.4. A felépülési narratívák

Kutatók általános tapasztalata, a gondosan előkészített strukturált interjúk kérdéseire adott válaszok tekintetében, hogy az interjú alany hosszas beszámolójának igen kevés köze van az eredeti kérdéshez. A résztvevők, a megélt tapasztalataik tekintetében ellenállnak a kutatói tematizáló és kategorizáló kényszer törekvéseinek, s annak is, hogy kontroll alá vonjuk jelentés-értelmezéseiket. A történet mesélés folyamatában ugyanakkor - a felépülés történetek esetében - kirajzolódni látszik egy sorrendiség. A résztvevők általában tisztában vannak a „konvencionális társalgási mesemondás” szabályaival, ennek ellenére hosszú és összetett történet mesélése zajlik, olyan közbevetésekkel, mint pl.: „Attól tartok egy kicsit elvesztettem a fonalat,” vagy „Mi is volt az eredeti kérdés?” Életre kel a társadalomtudományos kutatás általános gyakorlata, és a mindennapi életvilágra jellemző természetes beszélgetés közötti átmenet (Mishler, 1999). A dehumanizálódott kutatási gyakorlatok ugyan továbbra is fennállnak, ám a feministák és a szociális tudományok képviselői világossá tették, hogy szükség van olyan kutatói módszerekre, amelyek tükrözik a résztvevők tiszteletét, s amelyekben a saját életük saját értelmezései, definiálási kísérletei nyújtják a domináns értelmezési keretet (DeVault, 1999). A kutatónak tehát erőfeszítést kell tenni annak érdekében, hogy feladja domináns, kontrollt gyakorló, értelmezői szerepkörét, és a résztvevő asszociatív pályáját kövesse. A személyes narratívák iránti tematikai érdeklődés az ún. „narratív fordulat” óta jelentősen megnőtt, ezt a tendenciát mutatja az is, hogy az USA-ban már nem csak az irodalomtudományok területén, hanem egyéb diszciplinákon belül is virágzik a „narratíva-irodalom”.

Szociológiai kutatások hangsúlyozzák annak fontosságát, hogy a kábítószer-fogyasztásból való felépülés folyamatában *a nem-függő identitás konstruálása* az egyik lényeges momentum. Giddens (1990) alapján a felépülés folyamatát narratív mechanizmusok sorozataként azonosíthatjuk. A nem-függő identitás megteremtése kapcsán 3 fő terület körvonalazódott a kutatók számára:

- A kábítószer használó életmód aspektusainak reinterpretációja
- A szelf identifikáció, az én értelmezésének rekonstrukciója
- A felépüléshez fűzött meggyőző magyarázatok készlete

A függőségből való felépülés egyik leggyakrabban idézett leírása (Winick, 1962) szerint, a legtöbb szenvedélybeteg számára maga a függőség egyfajta önkorlátozó folyamat, amelyből kétharmaduk felépül, mielőtt betöltené a harmincas évei közepét. A „the maturing out of addiction” elmélete széles körben elterjedt a függőséggel foglalkozó szakirodalomban, s úgy tűnik, a kutatások igazolják annak érvényességét (Waldorf, 1983; Biernacki, 1986). A Winick (1962) által írt tanulmányt a Szövetségi Kábítószer Hivatal nyilvántartását használta adatgyűjtésre. A szerző arra a következtetésre jutott, hogy a legtöbb szenvedélybeteg 40 éves kora előtt vált absztinenssé. Ezt a jelenséget a „maturing-out” kifejezéssel illette. A legtöbb heroinista számára a függőség egy idő után önkorlátozó folyamatként aktualizálódott az életében. A későbbi vizsgálatok szintén megerősítették, hogy a függők nagy része valóban abbahagyja a szerhasználatot a 30-as éveiben, az úgynevezett „érés, kiérlelődési hipotézis” máig csak egy a számos magyarázat közül. (Biernacki, 1986; Waldorf, 1983).

Waldorf (1983) öt utat azonosított a felépülés tekintetében: az elsodródás útját (drifting out), a visszavonulás útját (retirement), a helyettesítés útját (replacement), ami vallási, vagy politikai átalakulással jár (religious or political conversion), a patológia felcserélésének útját (substitute pathology) alkoholizmus, vagy mentális betegség megjelenésével (becoming alcoholic or mentally ill), illetve a helyzeti változás útját (situational change). Az első kettő - a „lesodródás” és a „visszavonulás” - abban hasonló az „érés hipotéziséhez”, hogy nem jelenik meg kiváltó esemény, a felépülés fokozatosan megy végbe, „megtörténik”. A további három út - a „pótlás/helyettesítés” (replacement), a „patológia helyettesítése” (substitute pathology), és a szituatív változás- külső, helyzeti eseményt feltételez a függő életében.

A helyzeti változás, mint felépülési útvonal Robins (1993) kutatásában mutatkozott meg egyértelműen: a vietnámi háborúban szolgáló amerikai katonák illegális kábítószer használata tekintetében ún. extenzív minták rajzolódtak ki, s az Egyesült Államokba való visszatérésük után egyértelmű használat-csökkentés alakult ki. A szerző szerint e jelenség hátterében az eltérő - a szerfogyasztást elutasító - társadalmi környezet játszott szerepet. A kutatás tehát alátámasztotta a szociális kontextus hatásának jelentőségét, mind a kábítószer használat, mind annak megszűnése tekintetében. Vietnámból visszatért amerikai heroin függő veteránok körében végzett más vizsgálatok alapján is kimutatták, hogy a gyors felépülés kapcsán egyértelműen azonosítható a külső szituációs szerep-változás.

Biernacki (1986) 101 - szakember segítségét nem igénybevevő - opiát használó személlyel készített kutatása során két fő útvonalat azonosított a szerhasználat abbahagyása esetében: a



"mélypont" (rock-bottom) típusú tapasztalatokat, és a "racionális döntéseket." Szerinte a felépülés folyamata egyfajta identitás-menedzsmenttel magyarázható: a drogfüggő a sérült identitását, önérzetét állítja helyre.

Más vizsgálatok szerint létezik egy "fordulópont" az egyén kábítószer-használó karrierjében, amely során meghozza a döntést a szer teljes elutasításáról, vagy a konszolidált használatról. Ez a fordulópont gyakran mélypontként, illetve egzisztenciális válságként említődik mind a szenvedélybetegek, mind a kutatók ez irányú narratíváiban. Ezeket a fordulópontokat, kulcs momentumokat gyakran kíséri, vagy előzi meg olyan élmény, tapasztalás, amely döntésre ösztönöz, legyen szó akár pozitív (például egy gyermek születése, jobb munka), akár negatív (például börtönbüntetés, vagy közeli barát halála) eseményről (McIntosh és McKeganey, 2002). Ricoeur (1992) szerint szintén kell valami, ami „stabilizálja az igazi kezdetet”, egyfajta karikatúrához folyamodva annak érdekében, "hogyan véget érhesse az élet e fejezete" (1992:162).

Franciaországban Castel és munkatársai (1998) - 51 felépült szenvedélybeteggel végzett vizsgálata alapján - alkották meg az „önéletrajzi képesség” (autobiographical ability) fogalmát. Ricoeur (2005) ezt az „önmagam elbeszélésének képessége” fogalommal illette. A szerzők szerint a felépülés az önéletrajzi diskurzus felett gyakorolt uralom egy fajtája, képesség arra, hogy önmagunkat koherens, strukturált identitáson keresztül határozzuk meg (Castel 1998:56).

A felépülés folyamatának konceptualizálásban sok szerző használja a gyógyulás útjának „szakaszolását”. A Prochaska és DiClemente (1998) által megalkotott koncepció a változás stációit veszi számba. Modelljük lehetőséget ad a változás konceptualizálására, annak „mérésére”, s eszközt kínál a motiváció tekintetében a különféle azonosulási szintek megértésére, a hatékony kezelési módszer kiválasztása érdekében. A modell 5 állomáson keresztül mutatja be a fejlődés fázisait:

- A leállás gondolatának felmerülése előtti közvetlen állapot (precontemplation).

Ebben a stádiumban a függő személynek nincs szándékában megváltoztatni a viselkedést a belátható jövőben. Általában nincsenek tisztában a probléma súlyával. „Nem a megoldást nem látják, hanem még a problémát sem.” A külső környezet, pl. a család, a barátok, a szomszédság, vagy a munkatársak azonban látják a problémát, általában visszajelzik, s próbálnak nyomást gyakorolni a kezelés igénybevétele tekintetében. Néha

kényszerítő, fenyegető stratégiát alkalmaznak. Ám abban a pillanatban, hogy a kívülről érkező kontroll enyhülni látszik, a szerhasználó visszatér viselkedéséhez.

- Szemlélődés, gondolkodás a szerhasználat abbahagyásáról (contemplation).

A szerhasználó elismeri a probléma létezését, felismeri a probléma súlyát, sőt, saját ellenállását is. Komolyan elgondolkodik a megoldási lehetőségeken, azonban nem tesz erőfeszítést, a konkrét lépések megtétele elmarad. Ez a fázis általában hosszabb időszakot jelent. A stádium másik fontos jellemzője a pozitívumok és a negatívumok mérlegelése. Az addiktív magatartás küzd az erőfeszítéssel, lemondással járó felépülő magatartással.

- A leállásról való döntés megszületése, előkészítése (preparation).

Az előkészítés szakasza egyesíti a szándék- és a viselkedési kritériumokat. Általában lezajlik az elmúlt év értékelése, és kitűzetik egy cél, az elkövetkezendő hónapban. Lehetséges, hogy elkezdődik a problémás viselkedés felülbírálata, ami már konkrét cselekvésben is megnyilvánul: csökkentik a bevétel mennyiségét, vagy késleltetik az első adag bevételét. Ugyanakkor, a kísérletek ellenére még mindig nem teljesül a hatékony fellépés kritériuma, az absztinencia, azt a közeli jövőre tervezik, mint kitűzött célt.

- A konkrét lépések meghozatala (action).

Az akció a szakaszban, az egyének módosítják a viselkedésüket, már cselekedetekben is a probléma konkrét megoldására törekszenek. Elkezdődnek a leginkább nyilvánvaló viselkedésbeli változások, amik jelentős elkötelezettséget, időt és energiát igényelnek. Az addiktív magatartás módosítására tett törekvések látványosak, külső elismeréssel járnak. Az emberek általában, - néha még a szakemberek is, - gyakran tévesen egyenlőségjelet tesznek a konkrét cselekvés és a változás közé.

- Az absztinencia fenntartása, a nem-használó életstílus konszolidációja, az ex-függő identitás kialakulása (maintenance).

A fenntartás időszakában a függő személy a visszaesés megelőzése és az absztinencia megszilárdítása érdekében dolgozik. A relapszus (visszaesés) esélye a szakemberek szerint állandó, egyes modellek kizárólag tünetmentességről beszélnek. A szerhasználat felhagyásának legalább fél éves időtartama azonban jelentheti az életre szóló munka sikerességét.

A fenti modell általánosan elterjedt és alkalmazott az addiktológia területén, azonban a szakaszok számát és jellegét tekintve nincs egyetértés a kutatók között. Megegyezés uralkodik viszont a tekintetben, hogy a felépülés folyamatában létezik egy fordulópont a kábítószer használó életében (Simpson és mtsai, 1986; Shaffer és Jones, 1989). Ezeket a fordulópontokat néhányan a „mélypont megtapasztalásaként” írták le (Shaffer és Jones, 1989) míg mások „egzisztenciális válságként” (Waldorf, 1983). Ezek a fordulópontok fontos lépések a függőségből való felépülésben, s általában olyan tapasztalat, vagy esemény kíséri, mely egyértelműen ösztönzi a döntés meghozatalát. Ezek lehetnek pozitívak (munka, egy új kapcsolat kezdete, vagy a gyermek születése), és negatívak is (az egészségi állapot hirtelen romlása, a börtönnel való szembesülés, közeli barát, vagy társ halála). Biernacki és Waldorf (1981) tanulmánya a „*megsebzett identitásról*” azt a folyamatot írja le, melynek során a függő környezete számára olyan mértékben válik terhessé a szerhasználat, hogy már nem képesek tolerálni.

A függő személy sérült identitásának helyreállítása, annak újrafelépítésével, vagy egy új identitás létrehozásával történik meg. Giddens szerint, e folyamat kulcsfontosságú eleme az életút elbeszélésének képességében mutatkozik meg (Giddens 1991:54). Az önazonosság egzisztenciális kérdése összefügg az életrajz törékenységével: az identitásunkat nem a viselkedésünk, vagy mások reakciói határozzák meg, hanem bizonyos elbeszélések megalkotására való képességünk. Giddens feltevése - mely szerint az identitás formálásának egyik kulcs eleme a narrativitás - vitatható ugyan, mégis valószínű, hogy a saját életút elbeszélésének kapacitása fontos eleme ennek a folyamatnak. Riessman kutatásai szintén megerősítették ezt a feltevést: az elmesélt történetek az életút szervezésének és konstruálásának fontos elemeit képezik (Riessman 1994:114).

McIntosh és McKeganey (2000) 70, felépült szenvedélybeteggel készített félig strukturált interjú alapján, három kulcsfontosságú területet azonosított a nem-függő identitás megteremtésének folyamatában:

1. A kábítószer-használó életmód aspektusainak újraértelmezése: a szenvedélybetegek identitás konstruálásának lényeges eleme a szerhasználat tapasztalatainak értelmezése, a személyiség tanulási folyamatba való involválódása elindíthatja a változást. A kábítószer hatásainak újraértelmezése, nem csak a negatív tapasztalatokat, hanem azok pozitív hatásainak tudatosítását, rekonstrukcióját - élvezet, az izgalom és a stimuláló élményvilág - is magában foglalja.

2. Az egyén személyes érzéseinek rekonstrukciója: a kábítószeres szleng szerint a szerhasználat a későbbi stádiumokban már elsősorban arra irányult, hogy „szögletesre vágja” őket, a megvonás időszakával járó kellemetlen tüneteket ellensúlyozza és bizonyos szinten-tartást eredményezzen. A drogok korábbi hatásmechanizmusa, a használat mítosza sokat veszített a korábbi értékéből. A pozitív, kellemes élmények átmeneti jellegükből kifolyólag elveszítették vonzerejüket. A használat veszélyei, a drogok valóságtorzító természete csupán a használat folyamatának végén realizálódott.
3. A felépülésről alkotott hiteles magyarázatok: a meggyőző magyarázatok fontossága elsődleges, hiszen a felépülés hosszú folyamat, amelynek meghatározó tulajdonsága a vitára és a kihívásra való készenlét, s amely a változásnak további hitelességet és tekintélyt kölcsönöz.

### **III.5. Ricoeur „narratív identitás” fogalmának alkalmazása a felépülés tekintetében**

Az alábbiakban Olivier Taieb és munkatársai (2008) kutatásai alapján, azt vizsgálom, hogy a ricoeuri „narratív identitás” fogalma milyen módon alkalmazható a szenvedélybetegek életút narratíváinak „olvasása” tekintetében

Az elmúlt 20 évben a bölcsészettudományok, társadalomtudományok, és az orvostudomány területén is tért hódított az élettörténeti, - és a narratív koncepció. Az antropológiában Turner és Bruner (2005) mutattak rá a narratívák jelentőségére, a valóság, a tapasztalat, és a kifejezés közötti kapcsolat vizsgálatával, és annak tudatosításával, hogy az elbeszélések szervezik, és értelmet adnak az egyén tapasztalatainak. Az erre irányuló tematikai érdeklődés háttérében az orvosi, medikalizációs folyamatok dominanciája, s annak kritikája állt. E megfogalmazott kritikák hatására már az 1970-es években bekerül az orvosi antropológia diskurzusába a „disease” és az „illness” közötti különbség tétele. (Kleinman, 1980) A narratíva fogalmához gazdag jelentéstartalom társul. A narratív modell megjelenése az orvostudományban, a pszichiátriában, a pszichológiában, a szociológiában és az orvosi antropológia területén, elsősorban annak volt köszönhető, hogy az érintett páciensek perspektívájába való bevonódás, és a betegek betegség tapasztalataira való rálátás a narratívák alkalmazásával vált lehetségessé.

Valójában a szenvedésre irányuló fokozott figyelem kapcsán fogalmazta meg Kleinman (1988) a narratív koncepció fő sajátosságait. Szerinte a betegség (illness) egyértelműen

kifejeződik, artikulálódik a narratívákban, és a narratívákon keresztül is. A narratívák központi szerepet játszanak mind az adott betegség megjelenésében, mind pedig annak alakulásában, és abban is, hogy az hogyan alakítja a beteg sorsát. „A betegség-narratíva olyan - a páciens által elmesélt történet -, amelyet a „jelentős mások” számára mindig újramesélünk, hogy ez által koherenciát teremtsünk a különféle szenvedések és események között. A cselekményszálak, a gyökér metaforák, és a retorika szervezik a betegség narratíva struktúráját, kulturális, és személyes modelleket vázolnak fel, a tapasztalatokat jelentéssel ruházzák fel, értelmezik, és hatékony módon kommunikálják azok jelentését. Ezek a szövegek nem csak alakítják, formálják a tapasztalatot, hanem létre is hozzák azt. A személyes elbeszélés tehát nem csupán tükrözi a betegség tapasztalatot, hanem hozzá is járul ahhoz (Kleinman, 1988)

A szerzők egy új hipotézis felállítására törekcsenek írásukban. A függőségről alkotott számos modellre, az addikt identitás különböző meghatározásainak elégtelenségére és a szenvedélybetegekre jellemző változás folyamatának karakterisztikumaira való tekintettel a szerzők azt feltételezik, hogy a kábítószer függő személyek esetében nagyobb szerepe van a narratív identitásnak, mint az egyéb mentális zavarral küzdők esetében. Az életút strukturálása, az értelem megtalálása és a jelentésadás kapcsán társszerzővé válás - e dimenziók mentén találja lehetségesnek a szerző a narratív identitás szerepének hangsúlyozását, hiszen annak segítségével rátalálhatnak az elbeszélés kezdetére, stabilizálni, lokalizálni tudják azt, s ennek kapcsán elindulhat a terápiás folyamat. A szerzők hipotézise alapján az „írott szöveg” lehetővé teszi a tapasztalat átélését, annak hiányos volta ellenére. Az „előrevetített befejezés” által a függők segítséget kaphatnak életük vázlatának rögzítéséhez, annak ideiglenes és bizonytalan kimenetele ellenére. A függők szenvedése nem elbeszélő-jellegű, ezért sem képesek élettörténetüket a maga teljességében ábrázolni, ahogyan arra Spicer (1998) rámutatott az amerikai indián alkoholistákról írt tanulmányában. Ez a kutatás a markerek, fordulópontok, állomások és kulcs momentumok keresésére irányult, amelyek esetlegesen szerepet játszhatnak a változásban, s amellyel céljuk az volt, hogy értelmezni tudják a „függő karrier-utat”. Ricoeur (1984) „végtelen spirálnak” nevezi ezt a jelenséget, utalva arra, hogy az életút történetek és az azokat értelmező kutatók szövegei komplementer módon kiegészítői egymásnak. A szakirodalom fő célja azonban, hogy a pszichopatológiai háttérre világítson rá, és a társadalmi valóságot keresse, hogy ez által megkonstruálódhasson a tapasztalat prenarratív elemeinek mezeje ezért szükséges mindezek azonosítása.

Az 1960-as és '90-es évek között megnőtt a publikációs aktivitás a szenvedélybetegségből való felépülés témájában. Az ekkoriban megjelenő írások elsősorban a felépülés fontosságát hangsúlyozták. A függőség, és az abból való felépülés politikai és kulturális jelenségként manifesztálódtak, ennek bizonyítéka a kölcsönös segítség-nyújtáson alapuló, önszerveződő, önszervező csoportok megjelenése, és az AA-ban alkalmazott 12 lépés rohamos terjedése más populációk tekintetében. (Weiner-White, 2001). A tematikai érdeklődés növekedése ellenére számos megválaszolatlan kérdés maradt a felépülés kapcsán. Felépülésnek tekinthető-e az absztinencia? Helyettesíthető-e az egyik anyag egy másikkal? Felépült függőnek lehetséges-e „alacsonyabb szinten” visszatérni a szerhasználatához, a relapszus veszélye nélkül? Az ilyen, és az ehhez hasonló kérdések láthatóvá tették, hogy szakemberek és a kutatók különböző definíciókkal rendelkeznek a felépülés tekintetében, s ez nyilvánvaló következményekkel járt mind a gyakorlat, mind a kutatás számára. Ricoeur (1984) szerint a narratív megközelítés alapján a felépülést a tragikus cselekvés központi jelenségeként értelmezhetjük, ahogyan azt Arisztotelész a "fordított"-nak nevezte, de ebben az összefüggésben, a rossztól a jó szerencse felé tart a változás, ellentétben a tragédiával. Ez a „fordulat” időt vesz igénybe (Ricoeur 1984:43), ám a későbbiekben lehetővé teszi, hogy elérkezzünk "a történetünk végére", még akkor is, ha az nem úgy történik, mint ahogyan elterveztük. Ennek az időigényes fordulatnak a leírására törekszünk a továbbiakban.

## **IV. IV. A „terep-szöveg” analógia és a „jelzőtlen antropológus” - a kutatói kérdés és a kutatási módszer megszületése**

### **IV.1. A kezdetek**

Résztevő megfigyelésem terepének kiválasztása komoly nehézségekbe ütközött. E nehézségek kezdeti kiindulópontja abban artikulálódott, hogy szociálpolitikai alapvégzettségem, családterapeutai identitásom, tematikai érdeklődésem és a kulturális antropológiáról, mint diszciplínáról szerzett tudásanyagom, tapasztalataim integrálásának lehetőségét vetítettem rá az általam elképzelt, számomra ideálisnak tűnő terepre, azzal a kimondott elvárással, hogy az előttem álló hosszú kutatási folyamatban jól érezzem magam. Az antropológiáról - még egyetemi tanulmányaim kezdetén - körvonalazódó elképzeléseimet nagymértékben Geertz írásai határozták meg. Egyetemistaként, majd interdiszciplinárisnak „minősített” szakma képviselőjeként, később oktatóként a hermeneutikai tudományok szakirodalma alkotta olvasmányaim nagy részét. Ezért is töltött el az „ismerősség” érzésével, Geertz - általa nem helyeselt elnevezésű - „szimbolikus antropológiája”, ami abból áll, hogy „a jelentésnek, a jelentéshordozóknak, és a jelentés megértésének a módszeres tanulmányozását helyezte a kutatás és az elemzés középpontjába, vagyis az antropológiát, legalábbis a kulturális antropológiát hermeneutikai tudománnyá nevezte ki”. (Geertz, 1995) A hermeneutikai irányultságon túl - már nagyobb „szakirodalmi elmélyültség” birtokában - még egy fontos, általam felfedezett „szakmaközi” analógia tette vonzóvá számomra a szociokulturális antropológiát, mégpedig annak interdiszciplinaritása. E jellegéből fakadóan azt éreztem, határterületi diszciplína képviselőjeként, van kutatni- és keresnivalóm ebben a „diszciplínaközi diszciplínában”. Clifford (2002) megfogalmazása szerint az antropológia megválogatja beszélgetőtársait „a társadalomtörténetből, a kultúrakutatásból, a biológiából, a kognitív tudományokból, a kisebbségi és a feminista tudósok köréből, a kritikai koloniális diskurzus képviselőiből, a szemiotika és a médiakutatás, az irodalom és a diskurzus-analízis, a szociológia, a pszichológia, a nyelvészet, az ökológia, a politikai gazdaságtan stb... területéről”. Az Annales képviselői közül pl. Le Goff a mentalitástörténetre egyfajta történeti pszichológiaként tekint. Egyszóval, szociális szakemberként és családterapeutai szerepemben is hívogatónak és befogadónak éreztem a területet, s az olyan fogalmak, mint „mentalitás”, „történeti pszichológia”, „holisztikus szemlélet”, mikrotörténelem”, vagy „narratív források”, az ismerősség érzetét keltették bennem, hiszen a családterápia szociális konstruktivista modelljét követve a narratív metafora állt gondolkodásom és szakmai gyakorlatom előterében.

Tematikai érdeklődésemnek, szakmai háttérnek, az engem körülvevő tudományos közegnek, annak „rám hatásainak” megfelelően lassan, fokozatosan rajzolódott ki a kutatási lehetőségek széles skálája. Kelemen Gábor (2001/1a.) a drogkérdés társadalmi felépítéséről írt tanulmányában annak hármas tudományos megközelítésének alapjaival foglalkozik. A történeti, empirikus és az etnográfiai megközelítések triangulálása kapcsán jelen esetben az etnográfus szerepéről írottakat emelném ki, hiszen állítása szerint a drogkérdés kitűnő terep az etnográfiai kutatások számára. A szerző szerint a „naivitás szakértője” kutatása során zárójelbe teszi saját dichotomizáló kategóriáit, törekvése a körülötte lévők dichotomizáló és valóságot konstruáló tevékenységének megismerésére irányul. A „még-nem- tudatos” és a „még-nem-kimondott” előlegezése az, ami az etnográfiai kutatást jellemzi. Az émiikus leírás, ami egyszerre külső és belső egyaránt, nem más, mint az emberközeli és a makrostruktúra azonos nézőpontból való megragadása. E gondolatok és éjszakába nyúló szakmai beszélgetések vezettek el végül ahhoz a döntéshez, hogy szenvedélybetegek rehabilitációs otthona legyen terepmunkám helyszíne.

Főállású egyetemi oktatóként és 3 gyermekes édesanyaként, a terep helyszínének tekintetében elsődleges szempontként jelent meg a viszonylagos térbeli közelség követelménye. A megyében működő 3 rehabilitációs otthon jelenléte ugyanakkor könnyen áthidalhatóvá tette ezt a problémát. Kiválasztási szempontjaim háttére azonban tovább bonyolódott: melyik intézmény lesz nyitott egy ilyen jellegű kutatás, résztvevő megfigyelés befogadására, egyáltalán hajlandóak lesznek-e hosszú távú ott-tartózkodás engedélyezésére? Személyes és szakmai kapcsolati háttereim révén végül a Kovácsszénáján működő intézmény mellett döntöttem. Az otthon szakmai vezetőjével való megbeszélés és egy stáb-gyűlésen való bemutatkozás alapján, - mely befogadásom legfontosabb kritériumaként a titoktartást és az írott és íratlan szabályok részéről való elfogadását hangsúlyozta, - bebocsáttatást nyertem a rehabilitáció terébe. A titoktartás és az anonimitás biztosítása alapvető szakmai-etikai előírások, hiszen terápiás térről van szó, ahol szenvedélybetegek gyógyulnak. Az írott és íratlan szabályok elfogadása részéről, a terápiás tér zártsága, intimitása megzavarásának lehetősége miatt vált kiemelt jelentőségűvé. Egy „külső ember” jelenléte nemcsak a közös munka dinamikáját befolyásolhatja, hanem magában hordozza annak veszélyét is, hogy „nem megfelelő” viselkedés esetén a rehabilitációs terveket veszélyeztetheti. Éppen ezért dominánsan jelent meg például a nemiség elrejtésének követelménye, amely olyan aprólékos tiltásokban testesült meg, mint a hosszú nadrág, a zárt felsőruházat viselése a legnagyobb nyári hőség közepén is. Ennek egyik magyarázata az a rendszerszintű sajátosság, mely szerint



a terápiás rendszerben mindössze két alrendszer képződését tekintik érvényesnek: a szakmai stáb alrendszerét és a terápiások alrendszerét. A terápiások alrendszere ugyan több kisebb egységre bomlik, ám ezek mindegyike kivétel nélkül az intézményes hierarchiából fakadó strukturális alrendszer-képződés következménye. A személyemre vonatkoztatott egyik tabu tehát az volt: semmilyen módon nem kerülhetek bizalmas kapcsolatba a férfi terápiásokkal. A diádok, triádok keletkezése, a szövetségek, koalíciók létrejötte ugyanis hátráltatná a résztvevőket a gyógyulás folyamatában. Az átmeneti térben a vonzalmak kialakulása „anyagozásnak” minősülő jelenség, a kényszeres viselkedéshez való visszatérés jele, amely elvonja a figyelmet a gyógyulás folyamatáról. Mivel terepgyakorlati helyszínként is működő intézményről van szó, éppen a fent említett, az évek során átélt negatív tapasztalatok miatt ritkán és kivételes esetekben fogadnak hallgatókat, kutatókat. Személyem befogadása a rendszerbe tehát nagyvonalú, bizalmat megelőlegező gesztus volt az intézményvezető és a stáb részéről.

A rendszerbe történő beilleszkedésem nem volt egyszerű folyamat. A szakemberek ugyan hozzászórtak már a terepgyakorlatot végző egyetemi hallgatók jelenlétéhez, ám a hosszabb távú terepmunka és a kutatás etnográfiai jellegének előirányzása bizalmatlansággal töltötte el őket. Mindannyian tisztában voltak részvételem céljával, hosszával, a bemutatkozó stáb alkalmával részletesen kikérdeztek. Kezdetben leplezett zavarral, távolság tartással fogadták jelenlétem, ám ennek háttere elsősorban az általuk vélt, s nekem tulajdonított esetleges kritikai észrevételektől való tartózkodás lehetett. Mivel a szociális szférában dolgoztam én is, így többen ismerték a nevem hallomásból, tisztában voltak szakmai jártasságaimmal, kompetenciáimmal. Egyetemi oktatói praxisom, csoportvezetői készségeim, családterapeutai gyakorlatom miatt azt feltételezték, kimondatlanul is szakmai kontrollt gyakorlok majd. Ezek a szorongások burkoltan jelentek meg, mindössze néhány megjegyzésből körvonalazódtak számomra. Voltak olyan stáb-tagok is, akik éppen ellenkező elvárásokkal közelítettek felém: saját munkájukra vonatkozó szakmai reflexiót, a számukra hiányzó ismeretelméleti háttér megosztását kérték tőlem, mivel a szenvedélybetegek számára létesített terápiás otthonokról, azok működéséről, kezelési modalitásairól szóló magyar nyelvű szakirodalom csekély. A szerepem tisztázása éppen ezért elsődleges feladatot jelentett, mind önmagam, mind az engem befogadó szakmai közösség felé. Az antropológiai kutatómunka és részvételem „semlegességének” hangsúlyozása, majd a szociális szakember és az antropológus kutató szerepkonfliktusainak letétele hamarabb sikerült, mint azt gondoltam volna. A két említett

domináns szerep közötti, „inter-role” konfliktust bizonyos szerepbizonytalanság előzte meg, éppen a fent említett elvárások miatt.

Mindezt egy számomra fontos, jelentőséggel bíró esemény leírásával prezentálom. Terepmunkám 3-4. hetében egy fiatal, 21 éves nő jelentette be idő előtti távozását a rehabilitációról. Általános intézményi protokoll alapján ún. „elmenős” csoport összehívására került sor. A közösség tagjai próbálták maradásra bírni a lányt - sikertelenül. Összepakolt, s kilépett az otthon kapuján. 3-4 órával később indultam haza, autóval. Az otthon épületétől kb. 300-400 méterre lévő buszmegállóban, az akkor még mindig várakozó lány leintett, én felvettem. Az utazás közben beszélgettünk, ám éreztem, hogy olyan, sorsszerűnek tekinthető folyamatba avatkoztam be, aminek dinamikáját nem éppen kedvező módon befolyásolta megjelenésem. A 40 perces autótú alatt beszélgetésünk fókuszában eljövételének körülményei, s az általam kifejtett „agitációs propaganda” állt, minden igyekezetem arra irányult, hogy megpróbáljam rávenni arra, térjen vissza a számára biztonságot jelentő, gyógyulását segítő térbe. Még aznap felhívtam az intézmény szakmai vezetőjét, és az egyik segítő szakembert, akik igazolták rossz érzésem: helytelenül tettem, hogy felvettem a lányt, hiszen megfosztottam őt a visszafordulás lehetőségétől, a gondolkodás, elmélyülés idejétől.

Az eset megtörténte több tanulsággal is szolgált. Egyrészt a szakmai hiba elkövetése paradox módon szimpátiát váltott ki a segítő stáb tagjaiban, a „betolakodó” kutató hibázott, így talán oszlott a kutatói szerep köré emelt mítosz is, másrészt az antropológiai szemléletmód „győzelmét” is jelentette szimbolikusan, a szociális paradigma felett. Ekkor éreztem a terepmunka során először azt, hogy kibújtam az eddig megszokott szerepeimből, s az antropológus kíváncsiságával csodálkoztam rá az elem táruló világra.

A terápiások alrendszeréhez való kapcsolódás folyamata egészen más mintázatokat, dinamikai elemeket hordozott. Ők szintén tisztában voltak jelenlétem okaival, státuszom, kutatói szerepem semmiféle megütközést nem váltott ki belőlük, azonban különösebb érdeklődést sem. „Normi” identitásom alapján az „átlagost”, a „normálist” képviseltem, azt az embert, aki megfelelő módon alkalmazkodik a társadalom elvárásaihoz, ráadásul sikeres is annak színterein. Koromból, társadalmi szerepemből, státuszomból, családi állapotomból kifolyólag mindazt a „konszolidált” állapotot képviseltem, ami számukra az adott pillanatban távolinak tűnő, reményteli lehetőségként élt. Paradox módon, ugyanakkor érezhető volt az a „felsőbbrendűségbe” átfordult attitűdjük is, amellyel normi identitásom szemlélték. Több alkalommal megosztották velem, hogy irigylendő az általam bejárt „egyenes” út, azonban hangsúlyozták, hogy az általuk végigjárt „nemlinearitás”, a betegség kacskaringói fontos, jelentős állomások, melyek jelenléte sorsszerű az életükben, sőt, ezek a mélypontok, tragédiák valójában a teljes élet feltételei. A szenvedés stációi testben és lélekben okoznak ugyan számukra egyfajta melankóliát, azonban a szellem szintjén értékkel ruházzák föl azokat. A

függőségüknek, mint betegségnek nem pusztán a számukra adott értelmét keresik, hanem azt a fölöttes értelmét, amely túl van minden legitim pszichoterápia tematikai határain.

A Turner által kidolgozott strukturális alacsonyabbrendűség fogalmának értelmezése alapján a szenvedélybeteg, a „függő” gyakran, mint értékhordozó jelent meg beszélgetéseink kapcsán, a misztikus hatalom, a „gyengék hatalmának” konstrukciója rajzolódott ki számomra. Turner felfogása szerint a differenciálatlan egész modellje kerül szembe egy differenciált rendszerrel, melynek egységei státuszok és szerepek, s amelyben a társadalmi személy, különböző pozíciókra hasad. Terepmunkám során többször szembesültem annak érzésével, hogy a terápiások elszakadtak a társadalmi kötöttségektől, státuszon, szerepen és pozíción túl léteznek, s számomra is adódtak olyan pillanatok, amikor a többségi társadalom képviselőjeként vonzónak tűnt a konformitáshoz való csekély alkalmazkodás, a kevesebb normatív szabályozás kötöttségeinek felrúgásával járó létforma. Az általuk hangoztatott normi-függő dichotómia alapján az „erősek hatalomvesztettségével” szembesültem, olyan térbe kerültem, ahol „leértékelődött” szenvedély-mentes életem, s ahol például a függőségnek, - de „nem komoly” függőségnek - tekintett dohányzásba kapaszkodhattam, mint értékbe, hivatkozási alapot találva függőségem bizonyítására.

#### **IV.2. Az út a kutatói kérdés megfogalmazásához**

Az általam megfogalmazott előzetes kérdések és hipotézisek, amelyek még azelőtt születtek, hogy betettem volna a lábam választott terepemre, utólag olvasván rendkívül összetettek, bonyolultak, megfogalmazásukban érezhető a szakirodalom olvasmányélményeinek hatása, az episztemológiai háttér eklekticizmusa, a rám jellemző kvalitatív irányultság, az eredeti, segítő hivatásomból fakadó gondolatiság, a kulturális antropológia módszereinek, terminológiájának és tematikai preferenciáinak való megfelelési kényszer. Összegyűjtöttem ezeket a kérdéseket, elsősorban abból a célból, hogy érezhető legyen annak folyamata, hogyan változtatta meg a terepen töltött idő, érdeklődésem irányultságát. Az előzetes konstruált kutatói kérdéseim tehát a következők voltak:

A rehabilitációs intézményekben folyó szakmai munka - ahol az átmeneti rítusok formalizálása zajlik - hogyan kapcsolódik a többségi kultúrához? Van-e létjogosultsága az illegális rítus „legális” rítussal való helyettesítésének úgy, hogy a terápia végső célja az egyre

kevésbé ritualizált társadalomba való visszatagozódás? Az addiktológiai terápiás közösségek rítusai (a napi tevékenységek, a csoportterápiás ülések, a józanodás állomásainak ünnepei) miképpen mélyülnek el, és hogyan tudatosodik a közösség tagjaiban - mind a szenvedélybetegek, mind a segítők részéről - a „más” közösségi identitás? A rítusok során megfogalmazott közös identitás és értékrendszer hogyan mélyíti el a közösség kognitív tartalmait?

Az előzetesen konstruált kérdések többsége olyan „performatív kultúrára” utal, amilyennek elképzeltem leendő terepemet. Akkor még nem gondoltam arra, hogy a rendező és megjelenítő performatív értelmezést és a rituális megnyilvánulások iránti érdeklődésem prioritását hamarosan felváltja a szemem elé táruló kultúra szövegként való értelmezése. A rehabilitáción résztvevő függők életmódjának vizsgálata - mivel mindennapjaikat a beszéd, olvasás, írás hármasa hatja át - elsősorban narratívákon keresztül lehetséges: ez a gondolat már a terepen eltöltött néhány hét után megfogalmazódott bennem. A terepmunkám első, strukturálatlan szakasza több hónapig tartott. Ebben az intenzív időszakban „akklimatizálódtam”, részt vettem a terápiás gyakorlatban, színház tréningen, csoportokon és a munkaterápián is. Több alkalommal aludtam az intézményben, a ház női részlegében, a terápiások részére fenntartott szobákban. Az éjszakába nyúló informális, kötetlen beszélgetések több aspektussal egészítették ki addigi tudásomat, módosították gondolkodásomat és tágították azt a horizontot, amelyből rátekinthettem erre a szintérre, ezeknek az embereknek a sorsára. Fokozatosan elvettem olvasmányélményeken alapuló kérdéseimet, és hagytam, hogy azok maguktól, ottlétem alapján fogalmazódjanak meg bennem. Miközben reggeltől estig másokat hallgattam, és az elsősorban a beszéden, az elbeszéléseken alapuló csoportokon való részvételek strukturálták a napomat, lassan körvonalazódní kezdett bennem, hogy az itt alkalmazott módszerek hatásmechanizmusai elsősorban a nyelvben, a nyelvhasználatban aktiválódnak. A számos elméleti területről összeválogatott intervenciók és az alkalmazott fogalmak sajátos eklektikát hoztak létre, mégis, egyfajta integrált rendszer képe bontakozott ki előttem. A különféle elméletek és terápiás jellegű beavatkozások bizonyos elemeinek meghatározott kombinációja egy magasabb szintű, az iskolák elméleti korlátain felülemelkedő praxisként rajzolódta ki számomra.

A rehabilitáció terében az elbeszélések létrejöttének sajátos tere a csoport. Törekedtem arra, hogy minél több alkalommal vegyek részt ezeken a csoportokon, ilyenkor aktívan

becapcsolódtam a folyamatba, a terápiás alrendszer részeként, annak egyik tagjaként. Az otthonban 32 féle csoport működik, ezek többsége narratívákra alapuló csoportmunka.

A terepmunka második, strukturált időszakában, miután beilleszkedtem a kollektív eseményekbe, s rutinszerűvé váltak a használt fogalmak, a széles fókuszról átváltottam egy kisebb objektívra, ekkor jutottam el a megérezéstől a megerősítésig, s alakult ki a terepmunka tapasztalataiból az etnográfiai kutatásom módszertana.

A betegség, - így a szenvedélybetegség is - élettörténeti háttérű és perspektívájú esemény, aminek egyik jelentős állomása a rehabilitációs folyamat, ami jelentőségével átírja az életút elbeszélését. Az adott tünet kontextuális természetének, történetiségének hangsúlyozása a terápiásokkal folytatott beszélgetések során, rávilágított arra a számomra fontos módszertani kérdésre, hogy a rehabilitáció, mint jelen, kizárólag kontextuálisan értelmezhető, a narratív metafora tükrében. A terepmunka első fél évében a „rehabilitációs jelenség” egyik legdominánsabb motívumaként rajzolódott ki tehát számomra a „rehabilitációs” nyelvhasználat, a szövegekben preferált tematikai elemek. Azonban mindezt nem célzottan -, nem az előfeltevéseimre irányuló kérdések segítségével, - hanem egy semlegesnek tekinthető kerettörténetbe, az életútba ágyazottan, kontextuálisan kívántam vizsgálni, a célból, hogy kiderüljön, vajon beigazolódnak-e hipotéziseim, mely szerint az itt használt nyelvezet interiorizálódik az elbeszélésekbe. A történetmesélés sémájába illeszkedő, aktualizálódó rehabilitációs nyelvezet karakterisztikumai - a később felvett életút interjúk alapján erőteljesen mutatkoztak meg a szövegekben, így igazolva láttam döntésem a választott módszertan tekintetében.

Mivel a nyelv és a nyelvhasználat jelentősége lényeges, alapvető szemponttá vált értelmezésem folyamatában, fontosnak tartom röviden ismertetni Bruner (2005) elméletét a nyelv funkcióinak két fő osztályáról. A szerző a pragmatikus funkciók közé sorolja az instrumentális, szabályozó, interakciós és személyes funkciókat. Ezek célja, hogy mások felé irányítsák az egyént, és hogy nyelvi eszközeinket mások befolyásolására használjuk. A matematikus funkciók a heurisztikus, képzeleti és informatív funkciókat foglalják magukban. Az első célja, hogy információt és visszajelzést kapjunk másoktól, a másodiké, hogy lehetséges világokat alkossunk, és bepillantassunk a felszín mögé. Az informatív funkció az interszubsztitívitás tényéből ered, abból az előfeltevésből, hogy valaki rendelkezik számomra ismeretlen tudással, ugyanakkor nekem is van olyan tudásom, amivel másokat új információk birtokába juttathatok. Az egyensúly a dialógus létrejöttével állítható helyre. A köztem és a

terápiások között zajlott dialógus kiválóan reprezentálja, hogyan jöhet létre egyensúly egy olyan nem mindennapi szituációban, mint a rehabilitációs térben kutató antropológus és a szenvedélybetegek speciális közössége között kialakult viszonyban. Bruner, mindezt az ún. metalingvisztikai funkcióval egészíti ki, amelynek feladata a saját nyelvhasználatra való reflektálás. Bruner írása nyomán körvonalazódott számomra, hogy a terápiás térben és kontextusban megfogalmazódó dialógusok tekintetében a segítők kommunikációjára elsődlegesen a pragmatikus funkciók jellemzőek, a terápiások kommunikációjában pedig a matetikus funkciók élveznek prioritást. Az általam gyakorolt metalingvisztikai funkció pedig valójában kiegészítette a segítők edukatív, reedukatív törekvését, amely a nyelv által reflexióra és kultúrateremtésre ösztönözte a rehabilitációban résztvevőket.

Bruner másik jelentős gondolata témánk szempontjából a tudásba történő reflektív beavatkozás folyamatának leírása. A folyamat Bruner szerint három lépésben értelmezhető. Az első azt az állapotot jeleníti meg, amikor a szelf még nem fejleszti ki az e beavatkozáshoz szükséges érzéket, így kívülről befelé működik, tehát a tudás vezérli és irányítja. Második lépésként az érzék birtokában lévő szelf a tudást maga vezérli és saját szükségletei szerint választja meg. Végül, ha a szelf olyan szintre fejleszti a szelf - érzést, amely képessé teszi őt a tudásba való behatolásra, s a behatolás eredményét megosztja és megvitatja másokkal, akkor ő maga is egy kultúrateremtő közösség tagjává válik.

Bruner két fenti gondolatát hangsúlyosnak érzem végleges kutatói kérdéseim kialakításának folyamatában. Bourdieu (2009:189) alapján - aki az elméleti megismerés három módját (fenomenológiai, objektivista, praxeológiai) ismerteti írásában - egyértelművé vált számomra, hogy az utóbbival azonosulva, szakítanom kell az olyan „előre gyártott reprezentációval, mint amilyenek a megelőlegezett osztályozások vagy a hivatalos definíciók.” A praxeológiai megismerési mód „követése” tehát a következőképpen módosította **kutatói kérdéseimet**:

*Hogyan reprezentálódik a rehabilitációs folyamat a vizsgált közösség tagjainak narratíváiban? A terápiás térbe való belépés, majd a hónapokkal későbbi távozás közötti idő valóban strukturálódik-e a szelf életében? Milyen módon jön létre a rehabilitációs narratíva? Hogyan jelennek meg a felépülő (kiépítkező) szenvedélybetegek életút elbeszéléseiben a rehabilitáció-alapú felépülés karakterisztikumai?*

*Hogyan teremti meg a terápia az összefüggő, a környezet számára is hiteles élettörténet elbeszélésének és a társadalom által felkínált, legális életvilágok elfogadásának képességét és mindez hogyan konstituálódik az újonnan megszerzett, megtanult, átírt életvilág-narratívákban?*

### **IV.3. Helyem és szerepem a terepen**

A terápiás rendszer és tér kialakulásának Minuchin óriási jelentőséget tulajdonít (Onnis, 1993) mert ebben a rendszerben a különböző alkotóelemek körkörös egymásra hatása miatt a szakember elveszti a neutralitás mozgásterét. Mindaz, ami ebben a sajátos térben történik, őt is bevonja, mindannak ő is aktív és felelős résztvevője. Minuchin a terapeuta helyzetét az antropológushoz hasonlítja, aki egy számára idegen kultúrát tanulmányoz. Az antropológushoz hasonlóan a terapeutának is közelednie kell a kezelt személy „kultúrájához”, megtartva a megfigyeléshez és megváltoztatáshoz szükséges távolságot.

Ebben az értelemben a megfigyelő (a segítők) és a megfigyelés tárgya (a terápiások) ugyanannak a terápiás térnek a része. Ebbe a térbe kapcsolódtam be, mint résztvevő megfigyelő, így a terápiás tér harmadik résztvevőjeként szintén szerepet játszom a kutatásból nyert adatok kialakulásában. Itt említeném meg a kapcsolatok vizsgálatának azt a speciális helyzetét, amikor a résztvevő megfigyelő figyeli meg a megfigyelő és a megfigyelés tárgyának viszonyulásait. A megfigyelésem e tekintetben állandóan változtatta és módosította a megfigyelés tárgyát, (ebben a kontextusban, mind a rehabilitációban résztvevő beteget, mind az őt segítő szakembert és a közöttük lévő kapcsolódást) ezért az, szintén az elemzett rendszer részévé vált. Míg családterapeutaként és szociális szakemberként azonban egy rendszer részeként a domináns történet mellé alternatív történetek teremtésében való közreműködés volt a feladatom, addig antropológus kutatóként arra kellett koncentrálnom, hogy értelmezsem a számomra megmutatkozó felépülés-metodikai kapcsolatot. A „változás” nyelvben megnyilvánuló kulcsszavainak azonosítását tűztem ki célul, s el kellett engednem a módosításra, intervenciókra irányuló ösztönös törekvéseimet.

Niedermüller (1993:57), egyik írásában az interpretatív antropológiáról írja, hogy annak számára „a megismerésnek nem a pusztán leírás, a jelenségek egyszerű regisztrálása, számbavétele, osztályozása a célja, hanem egy másik kultúrának a megértése és értelmezése.” Terápiás munkám folyamán, amikor családokkal dolgozom, szintén a megértés-feltárás-

értelmezés folyamata a cél, ám mindez kiegészül egyfajta „korrekcióval”. Az antropológus megáll mások kifejezés módjainak, szimbolikus rendszereinek értelmezésénél, nem célja azok módosítása. Másrészt szociális és pszichológiai területen tevékenykedő szakemberként saját tudományterületemen is - Huxley kifejezését használva - „örökéletű, maradandó filozófiaként” artikulálódnak az identitáskérdések. Állandósult önreflexióra törekvő szakemberként és kutatóként megnyugtató és ismerős volt számomra az antropológia és az általam gyakorolt segítő hivatás között felfedezett összefonódás, az identitáskeresés és a módszereket érintő alapdilemmák analógiái. (lásd: dichotómia- igény, idegen-más, segítő-segített, terep-terápiás tér, átmeneti tér-átmeneti fázisok, liminalitás).

Az interdiszciplinaritás témaköre, mint az identitást veszélyeztető tényező a segítő hivatást gyakorlók körében is megjelenik. A pszichológia egyik alapproblémájaként azt említi Webster (2002), hogy miközben a problémák megoldásának céljában a természettudományokkal osztozik, a ráismerés örömeiben és az egyéni érzelmekkel való munkában a költészet és művészet segítségét hívja. Az emberi természet teoretikusaként mások objektív tanulmányozása látszólag kifelé, a személytelen felé hatol, ugyanakkor befelé, a bizalmasan személyes felé is vezet. Az olyan tudományban, amelyben a megismerő rokon a megismerttel, sürgető feladattá válik a bizalmasan személyes jelleg egyensúlyban tartása az objektív, problémamegoldó oldallal. Az a megmerevedett miszticizmus, amely a távolságtartást, személytelenséget és a matematikai absztrakciók eszményeit becsempészi az emberi természet tudományába, realitássá emeli azt a veszélyt, hogy ez a tudomány valamiképpen ellenséges lesz tárgyával szemben. Webster gondolatai rímelnék az antropológus és az általa tanulmányozott másik relációjára, így viszonylagos megnyugvással töltött el a kezdeti szerepkonfliktusból adódó dilemma fokozatos eltűnése.

Ebben a térben - ami többek között a kulturális tapasztalat helye - az összes résztvevő „elviszi saját történetét, tudását és identitását”, amiket aztán kreatívan lehet használni a történetek, tudások és identitások későbbi kölcsönös fejlődése során (Chodorow, 2000). Abban az esetben, ha az átmenetet segítő szakember valódi útítárssá, partnerré válik, akkor az interakció nem hierarchikus, hanem személyközi jelleget ölt. Ezt tapasztaltam meg terepmunkám során: megfigyelőként, önmagamhoz való viszonyulásom a kapcsolatot alakító jelentős tényezővé vált. A terápiásokkal való együttlét, az együtt-dolgozás, az együtt-dohányzás élménye, paradox módon nem a különbözőség, hanem a hasonlóság megtapasztalását hívta elő bennem. A „mindenki függ valamitől” érzésének érvényessége nem csupán a betagozódásom feltételeként jelent meg bennem, hanem belső, mély átélésként.



Egy munka közbeni beszélgetés kapcsán szembesültem pl. azzal, hogy „addikt módon olvasok.” Ezt a közösség egyik tagja jelentette ki rólam, s napokig nem tudtam szabadulni a gondolattól. A pragmatikus, nem elméleti megközelítés alkalmazása arra tanított tehát ebben a térben, hogy a megismerés kölcsönössége több tényező konstellációja esetén teremtődhet meg: a kontextus, mint szimbolikus tér, a megfigyelő és a „megfigyelt” önreflexiós kapacitása, a másokra való reflektálás képessége és a kapcsolat narratív síkja, amelyben közös dialógusok, reprezentációk formájában fogalmazódik meg a kontaktus - együttesen aktivizálják az Ammon (1986) által leírt szociális energiát.

#### **IV.4. Az alkalmazott kutatási módszerek**

- Résztvevő megfigyelés az általam kiválasztott rehabilitációs otthonban.
- A rehabilitáción résztvevő páciensekkel (7 fő) és az intézmény főállású segítőivel (4 fő) készített életút interjúk.
- Félig strukturált interjúk a segítőkkal (4 fő)

A kutatási módszerek és technikák alkalmazása tekintetében egyetlen „hátráltató” tényező említhető: a csoportokon, és az egyéb közösségi aktivitások tereiben, amelyek leginkább reprezentálják a nyelvhasználatot, nem használhattam diktafont. Annak használata kizárólag az interjúk felvételére korlátozódott, hiszen tiszteletben kellett tartanom a terápiás tér intimitásának követelményeit. Így azok hangulata, dinamikája, a segítők spontán nyelvi kreativitása, a saját személyiség használatának hatótényezői, az ott elhangzott „egyéni és közös beszéd”, az új narratívák együttes konstrukciója, azok mennyisége és minősége ez által visszaadhatatlanná válik.

Az interjúk felvétele a 6 hónapot átfogó résztvevő megfigyelés, aktív jelenlét után kezdődött. A mintaválasztásom mikéntje adott volt, az éppen aktuálisan kiépítkező terápiással készítettem az interjúkat, az otthon csoportszobájában, vagy az ebédlőben, miközben párhuzamosan munkaterápia folyt az intézmény területén. A segítők figyelmet fordítottak arra, hogy ne a csoportterápiás ülések ideje legyen erre használva. A „kiépítkező” jelző arra utal, hogy az adott személy már a terápiás folyamat legvégén tart. Ez a momentum volt a legfontosabb az interjúalanyok kiválasztása tekintetében, hiszen kutatásom elsődlegesen arra irányult, hogy a terápiás folyamat egészét abszolváló függők életút-elbeszéléseiben azonosítsam az általam feltételezett rehabilitációs-narratíva jellegzetes kulturális toposzait.

A segítőkkel az intézmény területén kívül készítettem el az interjúkat, hiszen az otthonban nem lett volna erre lehetőségem. Naponta mindössze egyetlen segítő tartózkodik az intézmény területén a terápiásokkal, 24 órás váltásban dolgoznak, így a munkahelyemen, az irodámban volt lehetőség arra, hogy zárt, nyugodt körülmények között készítsük el a diktafonra rögzített életút-, s az ezeket kiegészítő félig strukturált interjúkat.

A terápiások részére összeállított interjú-vázlat kérdései:

Meséld el az életed történetét!

Kérlek, fogalmazd meg, miben áll számodra az itteni folyamat jelentősége!

Kérlek, beszélj arról, mi volt rád a legnagyobb hatással a rehabilitáció során!

Fontos szempont volt számomra, hogy időben először a terápiások interjúi készüljenek el. 7 személlyel felvett történet alapján, tematikus tartalomelemzés során azonosítottam a dolgozatban leírt 4 allegorikus regisztert, kulturális toposzt. Az elemzés során nyert kategóriák már célzott irányt mutattak számomra, így a segítőkkel felvett életút interjúk - melyek kérdései megegyeznek a terápiások számára összeállított vázlattal - felvétele során, ugyanazon alkalommal került sor a félig strukturált interjúk elkészítésére is.

A segítők részére összeállított félig strukturált interjú-vázlat kérdései:

Kérlek, fogalmazd meg, miben látod a rehabilitáción folyó munka jelentőségét!

Kérlek, fejtsd ki a véleményed a közösség erejéről!

Kérlek, beszélj a „normi-függő” relációról!

Kérlek, foglald össze a spiritualitás szerepét a rehabilitáció folyamatában!

Az életút interjúk és a félig strukturált interjúk részleteit, melyeket a dolgozat törzsszövegében dőlt betűkkel jelzek, az írás V. és VI. fejezeteiben használom. Az interjúalanyok azonosítása a szövegrészletek után jelzett betűkkel lehetséges az olvasó számára, amelyeket az alább összeállított táblázatban foglaltam össze, néhány, a dolgozat szempontjából fontos adattal kiegészítve. A betűk egy-egy nevet jelölnek, az anonimitás biztosítása érdekében. A rögzített interjúk részben átírássá kerültek, a felvételek hangfájlljai CD-n mellékletben hozzáférhetőek. Minden esetben engedélyt kaptam a diktafon használatára, s arra is, hogy az elmondott történetek részleteit belefoglaljam a dolgozat

szövegébe. A hangfelvételeken azonban azonosítható több külső, érintett személy is, akik nem voltak interjúalanyaim, ezért azok meghallgatása kizárólag kutatási cézzal lehetséges. Egy tagjait védő közösségről van szó, így bizonyos kutatás-etikai döntések elkerüléséről nem lehet szó. A kulcs adatközlőmnek a „B” elnevezésű női, normi segítő tekinthető, ő volt az, aki a legtöbb információval szolgált az intézmény működési és strukturális sajátosságainak feltérképezése tekintetében.

Az életútinterjú kevert típusú interjú, amely megjeleníti a strukturáltságot, ugyanakkor fontos szempont volt az adott térben, hogy a kérdezett átélhesse a teljes meghallgatottság élményét. A „Kérlek, meséld el az életed történetét!” kérdésre adott narratívában egy időben vált érzékelhetővé a múlt, a jelen és a jövő. Az eredeti lökés természetét és irányát maguk a szövegek teremtették meg, a kurrens erőteret a terápiás környezet miliője képviselte, az „itt és most”-ban átélhető élmények. A cél természete a jövőre irányuló kérdések feltevésével vált körüljárhatóvá.

<b>Elnevezés</b>	<b>Státusz, kor, nem</b>	<b>A használt szer</b>	<b>Az interjú hossza</b>	<b>Az interjú típusa</b>
<b>B.</b>	<b>normi segítő, 38 éves nő</b>	-	<b>1:33:37</b>	<b>Életút, félig strukturált</b>
<b>N.</b>	<b>függő segítő, 39 éves férfi</b>	<b>ópiátok</b>	<b>2:59:52</b>	<b>Életút, félig strukturált</b>
<b>No.</b>	<b>függő segítő, 42 éves nő</b>	<b>heroin</b>	<b>3:05:18</b>	<b>Életút, félig strukturált</b>
<b>R.</b>	<b>normi segítő, 38 éves férfi</b>	-	<b>2:22:47</b>	<b>Életút, félig strukturált</b>
<b>Ba.</b>	<b>27 éves, férfi terápiás</b>	<b>hígító, fű, speed, heroin</b>	<b>1:48:54</b>	<b>Életút</b>
<b>Z.</b>	<b>36 éves, férfi terápiás</b>	<b>alkohol</b>	<b>2:02:18</b>	<b>Életút</b>
<b>Cs.</b>	<b>34 éves, férfi terápiás</b>	<b>fű, hasis, heroin</b>	<b>2:21:42</b>	<b>Életút</b>
<b>Zo.</b>	<b>22 éves, férfi terápiás</b>	<b>nyugtatók, alkohol, speed, heroin</b>	<b>1:17:59</b>	<b>Életút</b>

<b>Bo.</b>	<b>35 éves, nő</b> <b>terápiás</b>	<b>nyugtatók, alkohol</b>	<b>1:24:57</b>	<b>Életút</b>
<b>T.</b>	<b>31 éves, férfi</b> <b>terápiás</b>	<b>heroin</b>	<b>1:44:00</b>	<b>Életút</b>
<b>Zs.</b>	<b>21 éves, nő</b> <b>terápiás</b>	<b>heroin</b>	<b>0:53:12</b>	<b>Életút</b>

Még egy módszertani kérdésről fontos szót ejtenem. Dolgozatom VI.5. fejezetében, ugyan részletesen kifejtem, miért egyetlen interjút választottam ki elemzésem tárgyául, azonban annak kérdését, miért éppen a család az elemzés tematikai kategóriája, és hogy miért hiányzik interpretációból a társadalmi folyamatok elemzése, fontosnak tartom jelen fejezet keretei között, a kutatás módszertanára vonatkozó ismérvek mentén tárgyalni.

Kivétel nélkül mindegyik elbeszélésben megmutatkoznak az elsődleges szocializációs szintér hiányosságai, annak diszfunkcionális működése. A 11 interjúból 1 szól az anya szimbolikus hiányáról, az operatív jelenét ellenére, 8-ban az apa hiánya a domináns, 1-ben mindkét szülőé (nevelőszülői, állami gondoskodás), 1-ben pedig a nevelőapa által elkövetett szexuális abúzus utal arra a mintázatra, amelynek központi eleme a származási család működéséből fakad. Mindegyik elbeszélés pszichoemocionális történet, az interperszonális kapcsolati minták leírása a preferált bennük, azok visszatekintő elemzése történik meg, a rehabilitáció jellegzetes nyelvezetének segítségével. A visszatekintő, interpretáló elemzés egyik többször fellelhető motívuma az „akkor még nem tudtam, de ma már tudom, hogy...” fordulat. A vizsgált elbeszélésekben a reflexió mikro-szinten történik, az intrapszichés folyamatok analitikus értelmezése az interperszonális dinamikák tükrében zajlik, az elbeszélők azon belül is az elsődleges szocializáció résztvevőire, a családtagok működésére reflektálnak. A szélesebb környezetre, társadalmi jelenségekre való rálátás hiányzik. Ennek többféle magyarázata is lehetséges: a szerhasználat, mint öngyógyítás, a belső világ preferálása, a korai drogkarrier. A kutatásban részt vevő fiatal szerhasználók általában kudarcot vallottak elsődleges tárgyi orientáltságukban, az elsődleges szocializáció színterein adott referenciaszemélyek nem töltötték be szerepüket, ezért esetükben előtérbe került a saját belső pszichikai állapotra irányuló érdeklődés.

#### **IV.5. A tapasztalás és az élmény „fordításának” nehézségei**

Terepmunkám tekintetében, az ott tapasztaltak értelmezésében a következő problémával kellett megküzdenem: a gondolkodás két formájának elkülönítése (vö: Bruner, 2005) igen nehezen történt meg bennem. Az ún. paradigmaticus, elmélet által vezérelt gondolkodás és a narratívák értelmezésére fókuszáló, azoknak jelentést tulajdonító gondolkodás közti egység létrehozása a saját narratíváim megteremtése folyamatában több esetben nehézségekbe ütközött. Az absztraháló és az életszerű megközelítés dichotómiája jelenik meg ez irányú kétségeimben, mivel a terepen nyert tapasztalatok strukturálása, rendezése, elméleti keretbe foglalása a paradigmaticus mód alkalmazását követeli meg. Ugyanakkor a terápiások egymással folytatott interakciói, a terápiás térben előírások szerint szabályozott mozgásuk, verbális és írásbeli önreflexióik nemcsak konkrét tevékenységekben valósulnak meg. Mindezek megnyilvánulása sokkal inkább mentális síkon zajlik. Ez a sík azonban nem egyszerűen objektíválható. Az általuk megalkotott történetek, elbeszélések egyfajta átmeneti térben helyezkednek el a külső, szociális világ és belső, személyes világuk között. Ennek a belső világnak a megnyilvánulásai, finom rezdülései nehezen adhatóak vissza. Foucault a pszichoanalízist és az etnológiát a társadalomtudományokhoz képest „ellen- tudományoknak” tartja, „ezek az ellentétes irányba indulva, a társadalomtudományokat visszavezetik ismeretelméleti alapjukra, és szakadatlanul „szétszedik” azt az embert, aki a társadalomtudományokban megalkotja és ismételten újraalkotja pozitivitását”. (Foucault, 2000:423). E „szétszedés” folyamata érzékelhetően jellemezte interpretációs törekvéseim, s ismét azokkal a kérdésekkel szembesültem, vajon a leíráson túl megállja-e a helyét az értelmezésem, hol a határ a pszichológiai és az etnográfiai szemléletmód között.

#### **IV.6. Összegzés:**

Az addikciók kezelésével foglalkozó terápiás otthonok élete, szub- és terápiás kultúrája, az ott élők interakcióinak megismerése különösképpen feltételezi az émiikus kutatói hozzáállást és a primér tapasztalatokon nyugvó résztvevő megfigyelés alkalmazását. A tartós bentlakás révén biztosított szakrális jellegű tér, „beszűkült”, ám biztonságos életteret, ideiglenes otthonot jelent a terápiások számára, ezért érzem különösen nehéz terepnek az intimitás szféráját jelentő intézményt.

A terápiás otthonokban kitüntetett jelentősége van a verbalitáson alapuló pszichoterápiás csoportmódszereknek, melyek keretei között az én-narratívumok folyamatos átírása zajlik. Kutatómunkám legérdekesebb kérdése számomra, hogy egy tanulási folyamatba való bekapcsolódás során hogyan lehet zavarkeltés nélkül beépülni az intimitásnak, az önfeltárásnak, s ez által a sebezhetőség megmutatkozásának alkalmat nyújtó kontextusába. Bruner (2005:105) szerint „egy adott kultúra nem más, mint a benne résztvevők általi örökös interpretációra szoruló többértelmű szöveg. A nyelvnek a társas valóság megkonstruálásában betöltött szerepe gyakorlati problémává lép elő. Így tehát, ha valaki felteszi a kérdést, vajon hol rejlik a társas fogalmak jelentése - a világban, a jelentésalkotó fejében vagy a személyközi tárgyalásokban - akkor kénytelen belátni, hogy a legutóbbiban.”

A segítségnyújtás új formája, a rítusgazdag terápiás tér és az ebben a speciális kontextusban létrejövő communitas-jellegű kapcsolódás a segítők és segítettek között - mindezek alkalmas kutatási terepet biztosítanak a résztvevő megfigyelő számára. Az eredeti helyzettől és identitástól való elszakadás, a liminalitásban létezés és a közösség közreműködésével történő visszailleszkedési kísérlet a kollektív társadalmi térbe, majd az új státuszba való behelyezkedés folyamatának végigkísérése, s mindeközben „antropológává” válásom története reflektív és önreflektív kutatómunkává vált. A fejezet címében említett „jelzőtlen antropológus” fogalmát Lázár (2008) használja írásában Ricourre utalva, akinek embertana nem szociális, nem szociokulturális, és nem is alkalmazott, hanem az alapállást helyreállítani tudó ember megismerése, felmutatása. Írásom ezen fejezetében szubjektív dimenziók mentén igyekeztem összefoglaló képet adni arról a folyamatról, amely végigkísérte kutató munkámat.

## V. Az életvilág<sup>6</sup> értelmezési lehetőségei az addiktológiai rehabilitáció gyakorlatában

### V.1. Bevezetés

A fejezet a Mérföldkö Egyesület Kovácsszénáján található addiktológiai rehabilitációs otthonában zajló résztvevő megfigyelés tapasztalatait, s az életút interjúk és a félig strukturált interjúk alapján levont következtetéseinket osztja meg az olvasóval. A terepmunka 2010 ősze és 2012 tavasza között realizálódott. Ebben a kb. másfél éves időtartamban, kisebb nagyobb megszakításokkal vettem részt a rehabilitáció folyamatának mindennapjaiban.

A drogterápiás intézményekről szóló diskurzus már a '80-as években elkezdődött Magyarországon. E diskurzus elsődleges színtere a devianciákkal és a társadalmi beilleszkedési zavarokkal foglalkozó kutatás (TBZ) volt. A TBZ - program széleskörű társadalmi egyetértéssel találkozott, az általa érintett főbb tematikai vonal „közérdekűsége” miatt. A kutatás preferenciái a bűnözés, az alkoholizmus, az öngyilkosság, a szervi okra vissza nem vezethető pszichiátriai betegségek voltak, majd a későbbiekben a kábítószer-fogyasztás is tematikai elemként jelent meg a kutatásokban.

Az addiktológiai rehabilitációs intézményi gyakorlat, mint a Magyarországon addig ismeretlen kezelési modalitás, külföldi kezelési eljárásként volt ismert. A magyarországi első intézmények értelemszerűen tehát olyan környezetben jelentek meg, ahol elérhetőek voltak külföldi minták, s adottak voltak elkötelezett, kreatív, innovatív szakemberek, akik készek voltak biztos pénzügyi háttér nélkül is elkezdni a munkát. Kezdetben a külföldi kapcsolatokkal bíró pünkösdi egyházak, majd a református egyház működtetett drogterápiás intézetet, majd alapítványi, önkormányzati és egészségügyi fenntartású intézetek alakultak.

Több drogambulancia (Budapest, Szeged, Pécs) figyelemmel kísérte a specifikusan drog betegekre szakosodott hosszútartású, rezidenciális kezelést nyújtó intézmények létrejöttét. Az első hét drogterápiás intézet külföldi minták alapján, a tradicionális kórházi kezeléseket és a

---

<sup>6</sup> Az „életvilág” terminust a tanulmányban elsősorban habermasi értelemben használjuk. Erről lásd bővebben: Mándi Nikolett: Az életvilág értelmezési lehetőségei az addiktológiai rehabilitáció gyakorlatában. In: Szociális Szemle, 2010/1. és a dolgozat hasonló című fejezetét.

medikalizáció kudarcaiból leszűrt tanulságok alapján alakította ki szabályrendszerét, filozófiáját.

Az 1995-ben megalakuló MADRISZ (Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége) az elsőként létrejött drogterápiás intézmények érdekvédelemre és szakmai párbeszédre szerveződött szövetsége, amelynek elsődleges feladata a szakmai elismertség kivívása, a szociális megközelítés, mint kezelés elfogadtatása az egészségügyi struktúrában, valamint a kiszámítható finanszírozási feltételek felkutatása és kiaknázása volt.

1997-ben megtörtént egyfajta szakmai minimál feltétel-rendszer megfogalmazása is, ami máig is alapját képezi az intézetek működésének. Az 1993-as szociális törvény alapján az intézmények állami finanszírozást kaptak, végül pedig 1997-ben a meglévő szociális juttatás mellé a társadalombiztosítás, elkülönített pénzügyi keretéből kiegészítette az ellátáshoz szükséges anyagi hozzájárulást.

2000-ben az országgyűlés elfogadta az országos Drogstratégiát, meghatározta azt az irányvonalat, amelyre a drogkezelési lánc elemei felfűzhetőek, s az egymásra épülő segítő szolgáltatások helyét és szükségességét is. A jelentősebb szerveződések a két absztinenciára fókuszáló területen jelentek meg, a prevenció és a rehabilitáció területén. Első körben tehát az absztinencia alapú szolgáltatások és kezdeményezések kaptak/vállaltak szerepet a drogbetegek kezelésében. (Szabó, 2005)

Magyarországon a jelenleg kialakított addiktológiai ellátás ún. „legmagasabb küszöbű” ellátási formái a hosszúterápiás rehabilitációs otthonok. Az országban jelenleg működő 13 intézményben a bentlakásos kezelés javasolt időtartama többnyire egy év, de ez akár két évre is hosszabbodhat. Az ezekben az intézményekben folyó szakmai munkában a következő szakemberek vesznek részt: pszichiáter, pszichológus, jogász, szociális munkás, addiktológiai konzultáns, lelkész, talpra állt szenvedélybeteg, azaz többségben az „új segítség” képviselői. Az ilyen jellegű terápiás közösségek világosan hierarchizáltak, szigorúan szabályozott, törzsszerű demokratikus elvek mentén szerveződő, családias, józan együttélési formát képviselnek, s az önségítő csoportokkal és ún. félutas házakkal együtt a „józan kultúra” bázisát képezik. (Kelemen, B. Erdős, 2004)

A terápiás közösségi ellátási forma jelenleg 65 országban nyújt kezelési lehetőséget szenvedélybetegek számára. Magyarországon elsősorban az illegális szerhasználók ellátásában játszik szerepet az a 13 intézmény, mely hosszú távú, rezidenciális (bennfekvéses)



lehetőséget biztosít, s ebből 8 kifejezetten a TC- filozófia mentén szervezi működését (Topolánszky, 2009). A koncepcionálisan alapozott, hagyományos terápiás közösségek működéséről magyar nyelven mindeközéig kevés publikáció született, mindössze Topolánszky Ákos írásai nyújtanak általános betekintést az intézmények életvilágába. Az egyetlen - magyarországi intézményről angol nyelven íródott - monográfia a Kelemen- B. Erdős által 2004-ben megjelent kötet, mely a komlói rehabilitációs otthon működését mutatja be.

Kutatási terepül a fent említett 13 rehabilitációs otthon közül a Kovácsszénáján működő Mérföldkő Egyesület Rehabilitációs Otthonát választottam.

Kovácsszénája egy Baranya megyében található kistelepülés, Pécsről 30 km-re fekszik, a Mecsek hegység lábainál. Lakossága 60 fő. A Mérföldkő Egyesület 2002 októberétől, a pécsi székhelyű INDIT Közalapítvány (Integrált Drogterápiás Intézet Közalapítvány) fenntartásában, szenvedélybetegek rehabilitációjára szakosodott intézményt működtet a településen. Az INDIT Közalapítvány olyan integrált terápiás rendszer, amely több intézményből (szenvedélybetegek nappali intézményei, drogambulanciák, drogrehabilitációs otthonok, félutas házak), kapcsolódó munkacsoportokból (FÜGE Drogprevenciós Munkacsoport, Iskolai Szociális Munkás Hálózat) és szolgáltatásokból (közösségi ellátások) tevődik össze. Szem előtt tartja a szenvedélybetegség megoldásának komplex szükségességét, a különböző szintek és szolgáltatások átjárhatóságát, az igények szerinti legmegfelelőbb szolgáltatás minél egyszerűbb elérhetőségét.

A Kovácsszénáján található rehabilitációs otthon és a hozzá tartozó 5000 nm<sup>2</sup>-nyi terület a falu szélén található, mellette erdővel és szántóterülettel. Az épület három szintes, a legalsó szinten található a fatüzeléses kazán, ami a meleg vizet és a fűtést biztosítja. A második szint a közösségi tereké, az irodaként is működő segítői szoba mellett csoportszoba, étkező, konyha és raktárhelyiség szolgálja az itt élőket. Az emeleten találhatóak a 2-3 ágyas szobák, a betegszoba, a „ruhabank”, valamint zuhanyzók és mellékhelyiségek. Az épület „L” alakú formája lehetővé tette a női és a férfi szárny kialakítását. A két oldal találkozásánál az éppen ügyeletet ellátó segítő ágyát helyezték el. A házhoz tartozó területen a szabadidő hasznos eltöltése érdekében focipálya, röplabda pálya, gyümölcsös, komposztáló részleg van kialakítva. A lakóépület mellett található a színházterem, külön fűtésrendszerrel. A két egység között a „terápiások” által épített mesterséges tó terül el. A vezetőség törekszik a megújuló energiaforrások felhasználására, így pályázati pénzből vásárolt napkollektorok

működtetésével oldják meg a női rész meleg víz és fűtés szolgáltatását. A szennyvízhálózat is az újrahasonosítás elve szerint készült el 2012-ben.

A rehabilitációs otthon befogadó képessége jelenleg 16 fő, az intézmény általában teljes létszámmal működik, jellemző a várólista. Az otthon célcsoportját olyan kémiai és viselkedéses addikciókban szenvedő személyek képezik, akik motiváltak a változásra. A bekerülés feltétele az AIDS, Hepatitis szűrés (esetleges pozitív eredmény nem probléma) és a háziorvosi beutaló. Erre utal az ún. „magas küszöbű ellátás” fogalma.

## V.2. Rehabilitáció és életvilág

Losonczi Ágnes (1977) az életmód kategóriájának egyszerű megfogalmazását nyújtja. Arról a módról beszél, ahogyan az emberek szervezik, tervezik, gondolják és élik az életüket. A dolgozatban az előbbi megfogalmazás kiegészítésére teszek kísérletet. A kiegészítés szükségességét több tényező is indokolja: a vizsgált közösség jellegzetességei, a közösségnek otthont nyújtó átmeneti tér specifikumai, a szervezés és tervezés időbeni korlátozottságának ténye, az ideiglenesség attribútumának jelenléte és a verbalitás központi szerepe. A fenti definíció tehát a következőképpen módosul: „...ahogyan az emberek beszélnek és írják életüket.” A következőkben e tényezők körüljárására törekszem, egyfajta magyarázatot szolgáltatva a két új terminus, a „beszéd” és az „írás” bevezetésének indoklásaként.

Az életmód szemantikailag túlterhelt, egyszersmind homályossá vált fogalmának használata helyett az „életvilág” terminus alkalmazása megfelelőbb e közösségek életének vizsgálatához, ezért a dolgozat folyamán e kifejezés használatának jogosultságát is igyekszem igazolni.

Az *életvilág* Husserl (1998) általi megfogalmazásának lényege a mindig jelenvalóság. Schütz és Luckmann (1984) ezen túl a kétségbevonhatatlanságát és magától értetődő valóságosságát hangsúlyozza. Habermas (1987) az életvilágra egy nagy rendszer (a társadalom) *alrendszereként* tekint, mely alrendszer az általánossal szemben az egyedit jeleníti meg. Geertz (1994) szerint három perspektívából érzékelhető a világ, a mindennapiból, az esztétikaiból és a tudományosból. A világ kezelésének, ezáltal értelmezésének legalapvetőbb technikája a mindennapi világszemlélet. Talán az állandóság az, amelyen minden megközelítés alapszik. Habermasnál (1987) azonban szerepet kap a „*tanulási folyamatok eszközével átadott életvilág transzformációjának*” fogalma. Ez a kifejezés arra utal, hogy bár

a világ nem változik, de a világról alkotott interpretációink, ezáltal a világról alkotott képünk igen. Így megvan a lehetőség arra, hogy az egyébként állandó, statikus életvilág mozgó, dinamikus, változásra képes életvilággá alakuljon számunkra, a lehetőségek világává. A hozzá való viszonyulásunk alapvetően kétféleképpen lehetséges: vagy elfogadjuk, vagy fellázadunk ellene. A habermasi megközelítés éppen ezért jelenthet kiindulópontot a rehabilitációs otthonok életvilágának vizsgálatában. Olyan emberek ideiglenes életvilágát kísérhetjük nyomon, akik a társadalom (mint rendszer) által felkínált életvilág (mint a rendszerszerűséghez mégiscsak alkalmazkodóbb életvilág) lehetőségeit elutasították, majd az ideiglenes életvilágban - a rehabilitáció átmeneti terében - tanulási, mimetikus folyamatokon keresztül jutnak el az elutasított életvilág transzformációjáig, hogy aztán újra elfoglalják benne helyüket, azzal az eséllyel, lehetőséggel, hogy a világ (társadalom) általuk újrakonstruált képét képesek legyenek elfogadni. Pethő (1986) a társadalmi létezés értelmének elvesztésében látja a pszichiátriai megbetegedések egyik okát. Az adaptációs zavarként értelmezett megbetegedésre a mindennapok kivételességként tekint: a mindennapi életben keletkezik, az onnan való kényszerű kikerülésben folytatódik, a gyógyulás pedig újra a mindennapiság dimenziójának elfogadását feltételezi.

A rehabilitáción zajló terápia - mint a gyógyulás tanulási folyamata - arra fókuszál, hogy a szenvedélybetegek újra megtalálják az értelem és az érzések horizontját, amelyek ugyan magától értetődőek a nyelvhasználatban, ám ők mindezt „elfelejtették”, amikor tüneteik kialakultak.

A segítők elsődleges feladata olvasatomban, hogy a társadalom rendszerén belül alrendszerekként felkínált „elfogadott életvilág - narratívák” előnyeinek hangsúlyozásával a terápián résztvevők számára megteremtsék annak lehetőségét, hogy képessé váljanak a rehabilitáció terébe „bevitt”, a társadalom részéről „elutasított életvilág - narratíváik” átírására. Meglátásom szerint mindez az imagináriusból a szimbolikusba való átlépés lehetőségének létrehozása és az értelem és érzelem nyelvhasználatban való megvalósulásának elősegítése által jön létre. Az imagináriusra általában jellemző statikus és bipoláris reláció, dualisztikus viszony felülírása történik a beszéd segítségével való gyógyítás speciális terében. A szimbolikusban a nyelv révén a diádikus kapcsolódási formát (szer és szerhasználó duális egységét) a triád váltja fel, az interperszonalitásra való fókuszálás az életvilág intertextuális jellegét erősíti.

### **V.2.1. Konstrukció és rehabilitáció. Konstruktív terápia-e a rehabilitációs kezelés modalitás?**

A következőkben a *szociális konstruktivizmus* - amely jelen fejezet egyik központi episztemológiai háttérét képezi - néhány, témám szempontjából releváns megközelítést mutatom be. A konstruktivizmus és a szociális konstruktivizmus kapcsolódó, ám nem azonos jelentéssel bíró fogalmak. Írásom jelen szakasza a szociális konstruktivizmus fogalmi rendszerével dolgozik, amely egyetért az objektív valóság elvetésével, ám a konstruálódás, konstruálás folyamatában a nyelvi rendszer, az interperszonális kapcsolatok és a kultúra szerepét emeli ki. Parton és O'Byrne (2006) a modernitás és a posztmodernitás lényegre törő összehasonlítását prezentálják tanulmányukban. Az összehasonlítás által levont következtetéseiket egyetlen mondatba sűrítethetők: A posztmodernitást a modernitás széttöredezésekként jellemzik, amelyet a jelen változásai hívnak életre. E változásokat a szerzőpáros egyrészt ontológiaiainak (kik vagyunk), másrészt episztemológiaiainak (hogyan tudjuk, amit tudunk) tartja. A változás kulcsfontosságú elemeiként a következőket azonosítják: a változás gyorsulása, a különbözőségek, a pluralitás, a relativitás, a választás, a szabadság és a valóság társadalmilag konstruált természete. Ez utóbbi konstruktív megközelítést és hozzá kapcsolódóan a nyelv és a beszéd központi szerepét tarthatjuk a leghangsúlyosabb területnek a rehabilitáción résztvevők életvilágának vizsgálata kapcsán. Ez a megközelítés „feltárja a paradoxont, a mítoszt és a történetet, kérdésekkel, sejtésekkel, metaforákkal és a lehetőségekre való rámutatással győz meg.” (Parton-O'Byrne, 2006:61) A posztmodern tudományban „a konstruktum kerül a figyelem középpontjába: az alakítás, olvasás, írás és a jelentés azonos pozíciót foglal el, mint maga a tárgy.” (Haraway, 1993:367)

A konstruktivizmus ismeretelméletének témánk szempontjából két alapvető állításával kell foglalkoznunk. Az első, hogy a világról alkotott képünk konstrukció eredménye. Ez a felfogás a szubjektum teremtő erejét tételezi fel az objektum létrehozásában. Az ember tehát gondolatai, majd kimondott, megfogalmazott „beszédei” által teremti meg a számára létező világot. Az objektív valóság és a szubjektum közötti kapcsolat értelmezésében szerepet játszó - a konstruktivista pedagógia által használt - központi fogalmak az adaptivitás és a viabilitás, melyek azt vizsgálják, hogy az adott tudáselem mennyire segíti az alkalmazkodást és a „túlélést” a felmerülő probléma megoldásában. Brody (1986) - Whorf hipotézisét továbbfejlesztve - a megértést attól teszi függővé, hogy az egyén milyen módon használja fogalmi készletét, hogyan származtatja tapasztalatait, illetve fordítja vissza fogalmi nyelvre,

hogy milyen kategóriákban gondolkodik, és hogy a kategóriáit formáló értékek milyen jelentéssel ruházzák fel tapasztalásait. A második állítás szerint a tanulás folyamatában a társas közeg, az interperszonális kapcsolatok jelentik a meghatározó tényezőt. Ugyanezt a tételt támasztja alá Bruner (1974) is, aki a fejlődéshez szükséges belső lökés alaptételeként jelöli meg az ún. külső vonzást.

A konstruktivizmus pszichológiában való megjelenését taglaló Bodor (2002:67), tanulmányában egyszerűen így fogalmaz: „...mindaz, amit hagyományosan lelkinék, pszichológiaiinak, mentálisnak szokás tekinteni, a társas szférán belül működik, vagyis a szociális konstruál.”

A pszichológiai konstruktivizmus több értelemben is használatos fogalom. Az első felfogás a környezeti tényezők fontosságát hangsúlyozza a mentális élet szerveződésében. A második változat a saját tevékenységet helyezi előtérbe az Én kreálása során. A harmadik alternatíva szerint az Én mindig a másiktól vezethető le, abból a folyamatból, ami a társas interakciók során történik meg bennünk, azaz a szociális és társas kategóriák a döntők az értelmezésben. Ez utóbbi szociális konstruktivizmus egyik fajtája, az ún. *elbeszélési konstrukcionizmus az interakció helyett az elbeszélésre teszi a hangsúlyt*. Az elmélet szerint énünk megkonstruálása az interakciók, a társadalmi prezentációk és az elmesélt történeteink révén zajlik. (Pléh, 1997)

Chang (1998) szerint a szociális konstruktivizmus több szinten értelmezhető. Első szintként a nyugati kultúrára jellemző nagy eszméket, diskurzusokat azonosítja, pl.: a gyermekkor természete, a kapitalizmus, a nők és férfiak egymáshoz való viszonya. A második szinten az olyasféle „nem- olyan- nagy eszméket” tárgyalja, amelyek a nagy eszméken nyugszanak, pl.: a gyerekek a lehető legtöbbet kell kihoznia magából. A harmadik szint a mikroszint, a család, az egyén és az őket körülvevő környezet szintje, és azok a kölcsönhatási minták, és az a nyelv, amely a valóságot jelenti számukra.

Itt kell emlékeztetni arra, hogy Chang (1998) a szociális konstruktivista terápia öt fő feladatának a következőket tartja: A kapcsolat kialakítása és fenntartása, a terápián résztvevők világnézetének (azaz narratíváinak) és képességeinek megértése, a probléma megoldást segítő módon való megfogalmazása, a változás értelmes élményeinek meglelése / megalkotása, és ezeknek az élményeknek a megerősítése.

Ezek a lépések egyértelműen azonosíthatóak az általam vizsgált rehabilitációs otthonban folyó munka tekintetében.<sup>7</sup>A közösségbe való felvétel feltételei elsősorban az önkéntesség, motiváció a munkára és hajlandóság a szerhasználat abbahagyására. A felvételi egy bizottság előtt zajlik, ahol a segítőkön kívül 2-3 „idősebb” otthon - lakó is részt vesz. A felvételi elbeszélgetésen való bentlakói részvétel presztízst jelent. Az új ember első napjai, hetei a beilleszkedést hivatottak elősegíteni. Mind a segítők, mind a terápások elsődleges feladata ennek segítése. Ezt az időszakot sokszor nehezíti az elvonási tünetek jelentkezése, amely mind fizikailag, mind mentálisan igénybe veszi az egész közösség türelmét. A személyiség kibontásának elsődleges terepe a csoportokon való részvétel által biztosított lehetőség arra, hogy az új ember beszéljen magáról, törekvéseiről. A tematikusan szervezett csoportokon általában nem csak a téma adott, hanem a „főszereplő” személye is. ( Pl.: droggárrier csoport esetén az 1-2 hete bentlakó „kicsi” az, aki a körrel megosztja életének olyan eseményeit, melyek szerinte a függővé váláshoz vezettek). A probléma megfogalmazása nem könnyű feladat. Tapasztalataim alapján a családterápiás iskolák által is használt „reframing” (átkeretezés, újradefiniálás) módszerét alkalmazzák, ami egy olyan megbeszélés jellegű folyamat, melynek során már létező, felszínközeli, de még elnyomott észlelések előhívása a cél. Mindez pozitív és negatív konnotációként is megjelenik, hiszen a függők életük eseményeinek magyarázatai és interpretációi kapcsán az elhárító mechanizmusok jelenléte döntő fontossággal bír. A változás meghatározása szintén nehéz feladat. Watzlawick (1974) megfogalmazása alapján megkülönböztethetünk első - és másodrendű változást. Elsőrendű változásnak nevezi azt, amely nem érinti a rendszer működését irányító alapvető szabályokat. Mindaddig, amíg egy adott tüneti viselkedés, vagy annak ellentéte között kísérrelünk meg választani, nem leszünk képesek megoldást találni, mivel ugyanazt a problémamegoldó stratégiát alkalmazzuk, a megoldási kísérleteket ugyanaz a logika irányítja, amely magáért a tünet kialakulásáért felel. Ezzel szemben a másodrendű változás a teljes rendszert érinti, annak legfontosabb normáit és szabályait változtatja meg az előbbinél átfogóbb, mondhatnánk magasabb meta logikai szinten. Ez alapján a függőkkel való munka folyamatában igazi eredmények csupán másodrendű változás elérésével generálhatóak.

---

<sup>7</sup> A segítő viselkedésben alkalmazható konstruktív beállítódásról, a konstrukcionizmus és a posztmodern fordulat összefüggéseiről lásd Parton és O'Byrne (2006) összefoglaló tanulmányát.

A Lotman (2002) által megalkotott fogalom, a szemioszféra megvalósulásával találkozhatunk tehát a rehabilitáció terében. A nyelv folytonos használata által olyan állandóan működő feszültségmező jön létre, amelyben a nyelvi nyomok és nyelvhasználati metódusok között permanens szemiotikai aktivitás zajlik. Ez a nyelvi aktivitás biztosítja tehát az új konstruktumokként aktivizálódó, a fejlődés és változás lehetőségét magában hordozó új szövegkorpuszok létrejöttét.

### V.2.2. A „rehabilitációs” narratíva

A probléma keletkezésének és kezelésének helye fontos kérdés a vizsgált intézmény bemutatása tekintetében. A pszichoterápia hagyományos kultúrája a személyiség deficitjeivel dolgozik, úgy, hogy a fennálló problémát a személy testen belülré helyezi. (Stephen- Elliot, 1998) Ezáltal az alany és problémái elkülönülnek összefüggéseitől. A pszichoterápiás irodalomban az 1980-as évek elejétől tűnt föl a narratíva fogalma, aminek használatát azután számos iskola a magáévá tette. (Omer, 1998) A konstruktív terápiák az ún. diszkurzív megközelítést helyezik előtérbe, amelyen keresztül az egyén *szövegként* tekinthet saját életére. A probléma helyének megváltoztatása a konstruktív iskola szerzői szerint olyan paradigmaváltást jelent, amely a segítő és segített kettősét a pszichológia tudományán túlra helyezi.

Azonban meg kell említenünk, hogy a probléma helyének eltolódásáról szóló gondolatok nem csak az „intrapaszichés” és „interperszonális” közötti különbségtételt, vagy a szövegszerűséget érinthetik. Wulf (2007) szerint a szem olyan érzékszerv, amely a testen belülré hozza a testen kívüli tárgyakat és embereket, kiválasztva azokat a vizuális környezetből. A látás az elfordulás és elhatárolódás mellett egyidejűleg odafordulást és fókuszálást is jelent. A hallás érzékelése - az egy helyre összpontosító látással ellentétben - inkább diffúz. A hallás visszaható érzék, ami azt jelenti, hogy az ember önmagát, mint beszélőt követi, tehát utána gondolhat az elmondottaknak. A hallás azon sajátossága, hogy a beszélő és hallgató számára a másik felé intézett szó új szavak kiindulópontja lehet, lehetővé teszi önmagunk érzékelését, bizonyosságát és elfogadását. Tehát nem csak a probléma megjelenési helyének áthelyezéséről van szó, hanem a probléma kezelésének helye is változik. Freud volt az első, aki a titok feltárásának látáshoz kapcsolódó, képalkotó paradigmáját áthelyezte a hallás területére. (Csabai - Erős, 2000). Binswanger (1986:276) szerint a létezésanalitikus

pszichoterapeuta szintén rá van utalva a beteg élettörténetére, mert „a létezés lényegét illetően történeti.” A pszichoterapeuta elsődleges feladatának tartja, hogy kliense „nyelvi és szimbolikus világában” visszavezesse őt a természetes tapasztalat világába és nyelvébe.

A modern terápiás vita másik központi problematikája a kezelés irányultságára fókuszál. Egyes iskolák a negatívumokra, a problémákra és a fájdalomra teszik a hangsúlyt, míg mások a pozitívumokra, a megoldásokra és a jutalomra. A terápiás narratívák e két szélső pólusát, a sötét és a világos sarkot Schafer (1976) a tragikus és a komikus jelzőkkel illette.

Ebből az értelmezésből kiindulva a rehabilitációs munka a fenti két hozzáállás egyfajta szintézisét nyújtja. A „menjek, vagy maradjak?”, „végigcsináljam-e a hosszú, megpróbáltatást jelentő terápiát?” kérdései, állandó kísérői a terápiás létnek. A görög szkepticizmus egyik elve, az ekvipollencia mindkét oldal erejének érvényesülését jelenti. Ennek az elvnek egyfajta módosított változata a rehabilitáció gyakorlatában is tetten érhető, amennyiben a pszichoaktív szer okozta pozitív élmények elismerését értjük alatta. Ám míg Pürrhón és tanítványai szerint a dolgokról tett kijelentések és azok negációi egyenlő értékkel bírnak, és végső céljuk az epokhé (az ítélet visszafogása, az attól való tartózkodás), addig a segítő dolga, hogy az értelemkeresésre fókuszálva, a teljesen drogmentes (józan, világos) élet mellett érveljenek, elutasítva a szerhasználó (függő, sötét) oldalt. Kissé patetikusán fogalmazhatunk úgy is, hogy Schafer alapján az addiktológiai rehabilitációban a narratívák mindkét oldalával dolgoznak, a múlt sötét oldalát próbálják kivilágosítani a jelenben úgy, hogy tudatosuljon, a jövő soha nem lehet hófehér. („X. Y. vagyok. Függő. 143 napja tiszta.”)

A kezelés lényeges elemeként (fogalmazhatunk úgy is, hogy valódi ható tényezőként) azonosítható az addiktológiai rehabilitáció folyamatában az ún. dekonstrukció jelentőségének felismerése. A dekonstrukció fogalma Derrida filozófiájából került át a pszichoterápia irodalmába. (Culler, 1997) Derrida hangsúlyozza, hogy a dekonstruálás nem a meglévő fogalmak, az elbeszélte történetek elvetését jelenti, hanem azok megkérdőjelezését, lecsupaszítását, szétboncolását. A szenvedélybetegekkel folytatott pszichoterápia a dekonstrukció (valaminek az elhagyása) mellé a rekonstrukció (valaminek a felépítése) fogalmát párosítja. (Kelemen, 2001) A két, egy időben zajló folyamat (a szöveg megfosztása a regresszív elemektől, ugyanakkor progresszív elemek beépítése a szövegtörzshez) teremti meg végül az új én - narratívát, ezáltal tehát egy új én - identitást. Az alapvető hiedelmek tartóssága megnehezíti a változást, így a függéssel kapcsolatos uralkodó narratívák szétboncolása az, ami fellazíthatja e szövegek gyógyulástól visszatartó erejét. Wittgensteint



magyarázva Heaton (2002) a tisztánlátás legfőbb kritériumának a szerkezet transzparensé válását tekinti. Ez jelentheti akár a narratíva non - konstruktivitását is. Tehát a konstrukció - dekonstrukció folyamatában néha az egész építmény „megsemmisítésére” is szükség lehet (azaz a non-konstruktív jelleg megvalósulására) ahhoz, hogy a rekonstrukció elkezdődhessen. Érdekes példa erre az a rítus, amelynek során, a rehabilitáción résztvevők az általuk papírra felírt múltbéli, eltemetendő események listáját temetik el a közösen kiásott, szimbolikus sírba.

### **V.2.3. Életvilág - nyelv - narratíva - csoportterápia**

A következőkben a terepmunka során tapasztaltak alapján kísérletet teszek az eddig elmondottak azonosítására, alapul véve Giddens (1990) gondolatát, mely szerint az életstílus az egyén által megválasztott gyakorlatok eltérő módon integrált készlete. Ezt a készletet az identitás - narratívumaink formába öntése érdekében választjuk. A rehabilitáción részt vevő függők életmódjának, életvilágának vizsgálata - mivel mindennapjaikat a beszéd - olvasás - írás hármasa hatja át - elsősorban narratívákon keresztül lehetséges. A rehabilitáció folyamata Giddens alapján a következő stációkat foglalja magában: új gyakorlatok felfedezése, ezek integrálása, az új készlet létrejötte, új identitás - narratívum megszületése és végül egy új életstílus kialakulása. Az alábbiakban a terápiások életét meghatározó legfontosabb írásos szövegeket tekintjük át, érintőlegesen.

Az otthon lakói által készített Alkotmány, a falon kifüggesztett „12 lépés”, a „békeesség - ima”, a reggeli találkozó csoport imája, vagy a szintén a csoportszoba falán található „elhárító mechanizmusok” (Freud, 1994) listája olyan szövegekpuszok, amelyek a terápiában résztvevők mindennapjait meghatározó, jelentéssel bíró narratívák. Wittgenstein (1998:26) szerint „egy nyelvet elképzelni annyit tesz, mint egy életformát elképzelni”. E gondolatok erőteljesen érvényre jutnak ebben a speciális térben, ahol a lakók elsődleges feladata egy új nyelv megtanulása.

A csoportokon már a 2-3 hetes terápiások beszédmódjában is beazonosíthatóan működik az általuk újonnan tanult fogalmak használata. Narratíváikat átszövik a pszichoterápiában használatos terminusok, laikus betegségmagyarázatok mosódnak össze szakkifejezésekkel tarkított diagnózisokkal. Az általam - a teljesség igénye nélkül - felsorolt írott szövegekpuszok mellett a terápiás dialógusok és elbeszélte történetek töltenek be a beszéd

által központi szerepet a terápiások életében. Az elbeszélések létrejöttének sajátos tere a csoport. Az otthonban 32 féle csoport működik. Az elnevezések a következők: bemutatkozó, betegség tudat, család, drogkarrier, elmenős, esti értékelő, félelem, filmes, fiú-lány, forró szék, heti célértékelői, hozzátartozói, írásos, írásos-olvasás, kapcsolatok, konfliktus, közösségépítő, közösségi, lépés, merre tovább?, miért jöttél vissza?, neheztelés, önálló, önszeretet, pszichodráma, reggeli találkozó, spirituális-lelki értékek, szégyen-bűntudat, üzenettovábbítás, változás, visszaesés megelőző, zeneterápia és az évente két alkalommal, két héten át tartó intenzív színházterápia. A felsorolásból kitűnik, hogy a rehabilitáció folyamatában nem kizárólag a verbalitáson alapuló pszichoterápiás technikák alkalmazására kerül sor. A nonverbális módszerek alkalmazása szintén nagy jelentőségű a terápiások életében, ám ezek kiemelt szerepét jelen tanulmány keretein belül nem taglalom.

A továbbiakban a *csoportterápia* néhány központi fogalmának felvázolásával párhuzamosan a rehabilitációs csoportmunka jellegzetességeiről ejtek szót. A pszichoanalízisen nyugvó csoportos terápiákon belül három jellegzetes terápiás felfogás különíthető el: terápia a csoportban, a csoport terápiája és a terápia a csoport által. (Behr - Hearst, é. n.) A vizsgált közösségben a rehabilitációs csoportmunka az utóbbival azonosítható. Ebben az esetben az egyén kezelése a csoport folyamatain keresztül valósul meg. A csoportnak, mint rendszernek és a csoport tagjainak, mint alrendszernek egymásra ható dinamikája egyaránt hangsúlyos, sőt az egyén léte a közösség függvényeként alakul. Foulkes (2000) gondolatainak fokozott érvényesülésével találkozhatunk ebben a térben, mely szerint a csoport tagjai kollektíven testesítik meg azt az abszolút normát, amitől egyénekként eltérnek.

Mindenféle terápia egyik központi kérdése a változás. A függők esetében ez még hangsúlyosabban jelenik meg, hiszen esetükben a változás élet - halál kérdése is lehet. (A felvételi beszélgetés alatt a leendő terápiásnak három dolgot kell kimondania: „Változtatni szeretnék. Segítséget szeretnék. Bármit megteszek a gyógyulásomért”.) A változás bekövetkezéséhez elsődlegesen a terápiás élményből fakadó tapasztalatok, az ún. „terápiás tényezők” szükségesek. Yalom (2001) 11 ilyen tényezőt sorol fel. A továbbiakban néhány - a rehabilitáció szempontjából általam fontosnak ítélt - faktort tekintek át.

A *reménykeltés* döntő fontosságú tényező a rehabilitáció folyamán. Már a kezelési módszerbe vetett hit önmagában is terápiás hatású lehet, ami kiemelten nagy jelentőségű ebben a kontextusban. A jelentkezők általában több módszeren vannak túl (pl: ambuláns kezelés, kórházi gyógykezelés, pszichiátria, egyéni terápiák, methadon fenntartó kezelés). A

megküzdés - összeomlás kontinuum utóbbi pontjához közelebb álló emberekről van szó, akik számára egy bentlakásos, hosszabb távú rehabilitációs folyamat talán az utolsó esélyt nyújtja.

*Az egyetemesség, különösen a terápia korai szakaszára jellemzően szintén a javulás egyik forrása lehet. „Itt mindenki átélt hasonló dolgokat, mint én, egy norminak hiába magyarázom, milyen barnázni, ő nem függő, soha nem értheti meg, miről beszélek”. (Bo)*

*Az információ átadása az egészséggel, betegséggel, függőséggel, pszichodinamikával kapcsolatos információkat jelenti. A terápiások ismerik a tünetek jelentését, a csoportdinamikát. (A jelenséget, részletesen az V. 3. fejezetben tárgyalom.)*

*Az altruizmus megnyilvánulása leginkább a mentorálás rendszerében fedezhető fel. Az „újak” számára az első két hét időtartamára kijelölnek egy „öreg” terápiás mentort, aki fokozott figyelemmel fordul új társa felé, segít neki eligazodni az átmeneti térben. Az első 60 napon az újonc mellett áll egy segítő is, akinek kiemelt figyelme egészen az izoláció feloldásáig megilleti őt.*

*A primér családi csoport korrekív felidézése több szinten is azonosítható tényező. Közvetlen megnyilvánulása az ún. család csoport, melynek célja az eredeti családhoz való viszonyulás megváltoztatása, elsősorban az anyával és az apával kapcsolatos érzések rendezésén keresztül. Közvetetten maga a csoport is leképezi az eredeti családot. A tekintélyfigurák, az egyenrangú testvérek és a releváns személyek képei mind megjelenítődnek a körön belül. A személyes feltárulkozás, az erős érzelmek, az intimitás, a rivalizálás szintén a család atmoszféráját idézi meg, ami érzés szintjén leképeződik a csoportban. Nem egyszer elhangzott a körben: „Most ti vagytok az én családom.”*

*Az utánzó viselkedés szintén több dimenzió mentén vizsgálható. Egyrészt bizonyított, hogy bizonyos viselkedések megformálásával a segítők befolyásolják a tagok viselkedési mintáit. A volt terápiásokból jelenleg segítőkkel váltak szerepe kiemelten fontos ebben a térben, hiszen személyes tapasztalataik, változásuk konkrét, követendő példaként jelenik meg. „Nagyon becsülöm K-t, hiszen neki is van gyereke, megjárta a poklot és mégis kijött belőle.” (T)*

A tapasztaltabb társakkal és a segítővel való azonosulás a gyógyulásban is szerepet játszik. Annak ellenére, hogy az utánzó viselkedés nem mindig hosszan tartó magatartásforma, a kísérletezés, más bőrbe bújás segíthet egy adaptív spirál beindításában. Yalom szerint „megtudni, hogy mi nem vagy, egy lépés afelé, hogy megtudd, mi vagy”. (Yalom 2001:27)

*Az interperszonális tanulás és az interperszonális kapcsolatok elmélete egyértelműen kapcsolódik a csoportos munkához. A rehabilitációs otthonban folyó terápiás munka dinamikájának azonban van egy másik érdekes jellegzetessége, mégpedig a cél eltolódása. A függőség értelmezése a csoportok tematikája alapján az interperszonalitás szempontjából történik. Ez azt jelenti, hogy a függőség problémája interperszonális problémává alakul át. Tehát a függőség helyett pl. az elszigetelődés, túlérzékenység, önszeretet, neheztelés fogalmaival dolgoznak, természetesen úgy, hogy az erős betegségtudat kialakítása és annak megtartása folyamatosan prioritást élvez. A múlt hatása, az interperszonális kapcsolódások, a maladaptív személyközi beállítódások és az intrapszichés tényezők egyaránt feldolgozásra kerülnek.*

A Franz Alexander által bevezetett fogalom, a korrektív emocionális élmény központi fogalom a csoportterápiában. A kifejezés arra utal, hogy a terápia egyszerre érzelmi és korrektív tapasztalat. Az erős érzelem, a katarzisz előhívása önmagában nem elégséges. Ha mindezt nem foglalja keretbe egy kognitív komponens, az előhívott és átélt élmény értelmezhetetlen marad a terápiás számára. (Yalom, 2001) A csoport ennek az értelmezésnek a lehetséges terét nyújtja, ami a gyakorlatban az azonnali pozitív és negatív visszajelzések, reflexiók által valósul meg.

*A csoportkohézió összetett és nehezen értelmezhető változó, mert egymással összefonódó dimenziók mentén vizsgálható. Egyfelől csoportjelenség, másfelől az egyén képessége. Egyszerűen megfogalmazva olyan erők összessége, melyek hatására a tagok a csoportban maradnak.*

Terepmunkám időszakában az otthon létszáma 10 - 14 fő között mozgott. Az állandó fluktuáció és mozgás (a régi tagok távozása és új tagok beengedése a rendszerbe) azt feltételezi, hogy megfelelően rugalmasnak kell lennie a rendszerhatároknak. Mindez folyamatos krízist indukál a körön belül, ugyanakkor erősíti a benn maradtak egységét. A terápia átlagos hossza személytől függően 6 - 9 hónap. A terápiások napra pontosan számon tartják „letöltött” idejüket. Amennyiben valakiben megszületik a döntés az idő előtti távozásról, összehívják az ún. „elmenős” csoportot. E csoport célja, hogy a távozni készült maradásra bírják. Résztvevő megfigyelésem harmadik napján szembesültem először ezzel a jelenséggel.

A távozások háttérében bonyolult folyamatok állnak. Az ún. folyamatfókuszálás jelensége alatt az „itt-és-most” viselkedés permanens elemzését értjük. Miles (1970) szerint a folyamat

kommentálása világunkban nemkívánatos viselkedés. A másik magatartása elemzésének tabuja hétköznapijainkban több okra vezethető vissza, így: a szociális szorongásra, amely a gyermekkori szülői kritika emlékét idézi fel, a szociális normákra, mivel a folyamatos megfigyelés és elemzés az interperszonális kapcsolatok konfliktuózus jellegét erősítené, a félelemre a megtorlástól és a hatalom megtartására, ami az életünkben uralkodó hierarchia - piramis megszüntetését jelentené. Ez a tabu a terápia speciális terében feloldódik, annak áthágása egyfajta előírászerű normává válik. A folyamatmagyarázat mindenki feladata a körben, arra nem csak a segítő jogosult. Magában foglalja az egyszerű viselkedés - és magatartásmód megcímkezését, különféle cselekvések párhuzamba állítását, magatartásmintázatok feltérképezését, a következmények kiemelését, a jelentések és motivációk értelmezését. Mindez persze rendkívül megterhelő. (Egy távozó terápiás többek között ennek hosszú távú elviselhetetlenségét hangsúlyozta: „*Már nem bírom tovább, hogy állandóan magamról beszéljek.*”) Itt említendő még Foucault „mássá lenni” elve. Ha az egyén ezt követi, identitása egyfolytában elszenvedi a „felülvizsgálat aktusát”, amely az identitáshoz az ideiglenesség attribútumát párosítja. A folyamatos önreflexió, önmagunk felülírása egyben a már meglévő minduntalan megkérdőjelezése. Foucault a változásban való léthez még hozzárendeli azt a lehetőséget is, hogy ez a lét szintén megjegesedhet, azaz ugyanúgy a változás tagadásához vezethet, mint a stagnálás állapotában lévő személyiség. (Marcelli, 2006)

### **V.3. Az otthon filozófiája, az alkalmazott program elemei**

A Perfas (2004) alapján - a TC-k tekintetében általánosan - megfogalmazott négy tétel teljes mértékben azonosítható az általunk vizsgált intézmény alapelveivel.

Az első az addikcióra vonatkozó nézeteket foglalja magában. E szerint a droghasználat az egész személyiségre vonatkozó helytelen működés, tanult viselkedés, amely más, diagnosztizálható rendellenességgel jár együtt.

A második szerint a függő személyiség olyan viselkedési,- kognitív,- pszichológiai,- társas és morális tulajdonságokkal rendelkezik, amelyek alkalmatlanná teszik a tiszta, funkcionális értelemben megfelelően alkalmazott életvitel folytatására. Mindezek ellenére, a szenvedélybetegek képesek személyes deficitjeik legyőzésére és a funkcionális értékrend elsajátítására.

A harmadik tétel a gyógyulás folyamatáról szól, mely az életvitel és identitás változásában ölt testet, és amely túlnő az anyagról való leszokáson. Mindez egy olyan komplex tanulási folyamatot feltételez, amelyben a visszaesés (relapszus) esélye állandóan jelen van, így a többszöri kísérletezés, próbálkozás a folyamat általános jellemzőjévé válik.

A negyedik tétel a módszereket ismerteti, melynek kiemelt területei a társas tanulás, a közösség megtartó erejébe vetett hit és az önsegítés.

A TC-k filozófiája és módszertana mögött meghúzódó elméleti háttér elsősorban a szociológia és a pszichológia tudományterületeit érinti. Az „ösi” elmélet elsősorban a csoportban betöltött rögzült szerepek megszüntetésére irányuló szükségletek előhívására és az érzelmekkel való foglalkozásra fókuszál, a „harc”, a „repülés” (menekülés) és a „visszavonulás”, mint megküzdési mechanizmusok letételére épül, majd a szociális tanulás és az ún. „támadás terápia” gyakorlatán keresztül az új megküzdési stratégiákkal való megismerkedés témáit foglalja magában. Mindezek az eredeti terápiás közösségekben alkalmazott elvek azonosíthatóak a Kovácsszénáján működtetett rehabilitációs otthonban is.

A „támadás” terápia letisztult formában jelenik meg, prezentálva a TC-k története és fejlődése által bekövetkezett - s a dolgozat folyamán már ismertetett - folyamatokat a professzianizálódás tekintetében.

Az otthonban alkalmazott módszereket két nagy csoportra bonthatjuk. Az első csoportba az intervenciók három, egymást átfedő kategóriája tartozik:

- a magatartást formáló technikák,
- a pszichológiai és spirituális módszerek
- a saját kompetenciát fokozó technikák.

*„Egyébként jó sok ellentmondás van! Hogy állandóan, egyrésztől ezt kérjük, hogy magasabb erő, hogy engedd el magad, hogy ne kontrolláld magad, de közben mégis nagyon nagy akaraterő szükséges és tudatos döntés és sok minden van, de a kettő mégis egymás mellett van. Én azt látom, hogyha csak spirituális életet élnék, akkor nagyon szegény lennék. Mert az intellektuális kihívásokról lemaradnék, egy csomó dologról. Ha viszont az lenne, ha csak ezekben élnék, akkor meg nagyon üres lenne az életem, talán ezért nem lettem gépészmérnök. Viszont a kettő egymást nagyon szépen ki tudja egyensúlyozni. Tehát én ezt látom. Talán a spirituális kicsit előrébb van a racionálistól. De valóban ez az ellentmondás tényleg ott van. Talán itt jön be az, amiben mi tudunk talán segíteni, hogy simán ez a kétféle tanulás, amiben*

*talán mások vagyunk, mint a többi rehabilitációs intézmény. Egyrészt adunk egyfajta kognitív tanulási lehetőséget, ahol ezek és ezek és ezek és ezek a törvényszerűségek, a betegséged így és így és így és így működik. Te beteg vagy! Te függő vagy! Életed végéig az maradsz, nem fogsz belőle kigyógyulni! Viszont ezekkel az eszközökkel így és így és így karban tudod tartani magad és emellett meg van az a lehetőséged is, hogy az érzelmi folyamataidat, az érzelmi tanulásaidat ki tudd gyakorolni. Gyakorolni tudod a rehabon. És meg is érthesd ezeket az érzéseidet, ez meg már egy másik irány, az emocionalitás. És hogy nagyjából, hogy használd mind a kettőt.” (N)*

A második csoportba a terápiás környezet fenntartása érdekében kialakított tényezők tartoznak.

Az intézményes gyakorlat fő specifikumai összefoglalóan: a közösség gyógyító erejébe vetett hit, a mintakövető tanulás, az interprofesszionális stáb működtetése és a 12 lépés általi konceptuális keretezettség. (1. melléklet)

A következőkben, Topolánszky (2009) összefoglalása alapján azt vizsgálom, hogy a TC-k által nyújtott, általánosságban leírt program elemek milyen módon jelennek meg az adott közösség gyakorlatában.

- A közösségi elkülönítés. A bennfekvéses környezetben a kezelést vállaló személy hónapokon keresztül napi 24 órán át van távol a külső környezeti befolyástól, az első szabályozott kimenőig. A vizsgált terápiás közösség esetében a gyakorlat a következő: *„Az izoláció időszaka 60 napot foglal magába, ez áll az első két hétben a külvilággal kapcsolatos információk és a külvilággal való kommunikáció teljes hiányából is. A terápiás nem telefonálhat, nem írhat levelet hozzátartozóinak sem. Később ez a szigor enyhül, de egészen az ún. „60 napos felállásáig”, a következő másfél hónapban még érvényben van.” (N)*
- Közösségi környezet. A TC közösségi teret jelent a közös cselevések és az egymásrautaltság érzésének begyakorlására. Ennek fizikai és interperszonális kifejeződései alakulnak ki. *„Közösen dolgoznak, közösen mennek csoportra, mindent együtt csinálnak. Ez lehetőséget teremt a „megosztásokra”, arra, hogy felelősséget vállaljon önmagáért és a másik emberért, rendszerességre tanítja őket. A kinti drogos társadalom ugyanis nem éppen a rendszerről és a felelősségről szól.” (R)*

- **Közösségi aktivitások.** Az egyéni tanácsadás kivételével minden aktivitás és program a közösségben történik. *„Dolgozzon, vegyen részt a közösség életében. Így hamarabb belekerül, a tagjává válik, és hamarabb át is pörgeti az elvonást. Nem magába zárva pörögnek a gondolatai. Elterelődik a figyelme önmagáról, nem folyamatosan önmagával foglalkozik. Az izomfájdalmak, görcsök, esetleg epilepsziás roham, mindezt hamarabb átörgeti a szervezet, ha részt vesz a közösség életében, és nem vonja ki magát a közös cselekvések, feladatok alól.” (N)*
- **Munkatársi szerepek és funkciók.** A segítő munkacsoport szintén felépülőben lévő függők és más hagyományos segítő hivatást űzők (esetünkben szociális munkás, pszichológus, pszichiáter) együttese. Nem gyógyítók, inkább facilitátorai és irányítói a közösségi folyamatoknak.
- **Sorstársak, mint szerepmoდეllek.** A terápiában az idősebbeket, az előbbre haladottakat, - akik mintaképként képviselik a közösségi értékeket és tanításokat, valamint felmutatják az elvárt magatartásmintákat, - szerepmoდეللnek tekintik. A közösség ereje szoros összefüggést mutat a szerepmoდეلل számával és érettségével. Valójában minden terápiás szinten szerepmoდეلل hatás érvényesül, felelősségekkel felruházva, kivéve a kicsikét. *„Mert ez egy nagy felelősség. Mert pl. a 60 napos felállás után vállalhat valaki mentorálást, tehát olyan működésmoდეللjának kell lenni egy teljes jogúnak, hogy az példa értékű legyen, hogy rá merjenek bízni egy elvonásban bekerülő embert.” (B)*
- **Strukturált nap:** az elrendelt napi rutincselekvések éles ellentétben állnak a droghasználó jellemzően dezorganizált életformájával, és élesen elütnek a negatív gondolkodás és unalom meghatározta faktoroktól, melyek a droghasználat előjelzői. Ezért e terápia fejlesztői lehetőleg egy minden pillanatban strukturált napirend kialakítására törekednek. *„Ahogy ez az egész felépül, az nagyon komplex, rendszerezett, az egész rendszer, akár napi szinten, akár az egész hosszú, 8-10 hónapos folyamatot tekintve.” (R)*
- **Munka, mit tanulás és terápia.** Az önsegítésen alapuló közösségi szemlélet értelmében minden tag, felelős az intézet napi működtetéséért. A munka szerepek közvetítik a terápiás értékeket, erősítik a program elfogadását, lehetőséget teremtenek a képességek és készségek begyakorlására, és önvizsgálatra, önmegfigyelésre, a személyes növekedés lehetőségére készítetnek. *„Például, konyhásnak lenni heti*



*felelősséget jelent. Egy hétig tart a feladat, egyszerre ketten vannak. És megtanulnak főzni, reggeli, ebéd, vacsora, 14-16 embernek, ez is óriási felelősség, van, aki még életében nem főzött, soha, semmit.” (No)*

- Fázisok, szerepek. A változás folyamatának fejlődésszemléletét kifejezik a fázisokra osztás. Az egyes fázisokon belüli megerősödés a következő fázis felé vezet. *„Vannak a kicsik, és a nagyok, a kiépítkezők, a mentorok, a teljes jogúak, szóval van hierarchia, fokról fokra kell haladni.” (B)*
- TC koncepció. A formálisan és informálisan is jelenlévő program a TC közösségi tanításán, átadásán alapszik, különösen az önsegítés a személyes növekedés, valamint a helyes élet elsajátítása gondolatán keresztül. Ez a koncepció a napi közösségi cselekmények és írott anyagok segítségével megvalósuló ismétléseken keresztül mélyül el. *„Aztán ami szokott segíteni, amikor az idősebb terápia a fiatalabbal, az újonnan érkezővel beszél. „Hát igen, amikor én is így voltam! Amikor bekerültem a házba nem tudtam aludni, nem tudtam enni! Minden idegen volt! Kínaiul beszéltek! Semmit sem értettem. Aztán látod, most már itt vagyok!” - Na, ennek van egy nagy benntartó ereje még.” (N)*
- Sorstársi találkozás csoportok. A legfontosabb közösségi és terápiás alkalom az encounter, melynek lényege az egyéni tudatosság szintjének emelése, a megváltoztatandó attitűdre vagy viselkedésre vonatkozóan. Számos formája alakult ki és intenzitása is elérhet a munkatársi kör irányultsága és alkalmazott módszerek intenzitása illetve a megcélzott csoportok függvényében. *„Naponta két nagy csoport van, egy délelőtt, egy délután, és persze vannak a kisebb napi csoportok is, amikor írniuk, olvasniuk kell, pl. önéletrajzot, hát abból soha nem fogynak ki, és persze a 12 lépéses irodalmakat olvasniuk, úgyhogy itt nem a lányregények mennek. Aztán vannak az eseti, helyzetfüggő csoportok, amik pl. a fluktuációval járnak, így ha elmegy valaki, akkor „elmenős” csoport, ha visszajön valaki, akkor a „miért jöttél vissza” csoport.” (B)*
- Érzelmi növekedési tréning. A személyes növekedés és az intenzív szocializáció az érzelmek azonosításának, megfelelő kifejezésének és menedzselésének eszközeit is magában foglalja a közösségen belül. *„Egy embert felépíteni, 1 év alatt, mondjuk, ez hihetetlen! Az utcáról, a nulláról, a börtönből jön, és lesz belőle egy olyan ember, aki*

*meg tudja fogalmazni a gondolatait, érző lény lesz az érzéketlen, önző emberből. Ki tud tekinteni saját magából, észrevesz más dolgokat is magán kívül, türelmes, empátikus lesz.” (N)*

- A kezelés tervezett hossza. A program teljes körű és sikeres elvégzéséhez a terápiás idő optimális hosszának megválasztása fontos feltétel. Ennek konzisztensnek kell lennie a gyógyulás közösségi céljaival s a változás folyamatának fejlődésre vonatkozó szemléletével. Egyénenként különbözhet, sőt különböznie kell, de egy minimális periódus mindenképpen szükséges a közösségi tanulás értékeinek internalizálásához.
- A kezelés kontinuum. A bennfekvéses kezelés csak egy eleme a gyógyulás folyamatának. Az utógondozás, valamint az ezt irányító szemlélet és megközelítés a terápiás közösség kezelési modalitásának folyamánya kell, hogy legyen, melynek sokfajta alkalmazási formája lehet. Ennek következtében a helyes életvezetés és az önsegítésen alapuló gyógyulás, valamint a sorstársi együttműködések továbbra is lényegesek a munkába állás, a tanulmányi karriert segítő, a mentális egészség fejlesztését támogató, a szociális, vagy bármely más tipikus utógondozási szolgálat igénybevételénél. *„Amikor valaki kiköltözik, akkor már előtte 1 hónappal elkezdődik a „kiépítkezés” időszaka. Van a „merre tovább” nevezetű csoport, ezen csak a segítő, és azok a terápiások vesznek részt, akik a folyamat végén tartanak, tehát a kiépítkezősök. A papírok intézése főleg bentről megy, de már kijárhatnak Pécsre, ha szükséges, ott intézni a dolgaikat. Átrágjuk a képzettségeit, munkalehetőségeit, korlátait, készségeit, olyan SWOT-analízis félélt készítünk vele együtt. Ennek célja a realitásokkal való szembesítés, pl. ha valaki rögtön stewardess szeretne lenni, hát, az nem éppen szerencsés. Megbeszéljük, hogy Pécs, vagy Budapest, persze általában az előbbit javasoljuk. Átbeszéljük a félelmeit, az adódó nehézségeket, hogy hogyan kell kezelni az elutasításokat, pl. a munkakeresés kapcsán. Szinte minden esetben a félutas házukba költöznek ki.” (N)*

#### **V.4. A rehabilitáció, mint átmeneti tér. A rituális bánásmód.**

A rehabilitáció átmeneti terében a struktúra és a funkciók szempontjából, az általam beavatási rituálékként értelmezett időszakaszolás instrumentális megértését tartom szükségesnek. Van

Gennep átmeneti rítusokról alkotott elmélete ugyancsak a funkcionalitás szerepét hangsúlyozza. Az „elválás”, az „átmenet” és az „újra beilleszkedés” három rituális szakasza a változást elősegítő, azt megkönnyítő tényezőként artikulálódik. A közösség hierarchiájában betöltött szerepek, - melyek a viselkedésen túl az időtől is függenek, - szimbolikusan kódolt cselekedetek, a hierarchizált szerephálózat kulturális egység is egyben. A fent leírt három állomás ebben a térben értelmezhető egyrészt makroszinten (kivonulás a társadalomból - a rehabilitáció átmeneti tere - visszailleszkedés a társadalomba), azonban a középső fázis szintén szakaszokra bontható: az újonc egyik szintről a másikra jutásán keresztül, egyben a közösségi szerepek hierarchikus rendjébe való betagozódás is végbemegy.

Turner - a szimbólumok és rítusok tanulmányozásán túl - a performatív műfajok vizsgálatán keresztül kiterjesztette az antropológia gyakorlatát. Az általa kidolgozott „összehasonlító szimbológia” az interdiszciplinaritás irányába mozdult el, ezáltal megmutatva azt is, hogy a kulturális jelenségek nem csak leképezik a kulturális jelentéseket, hanem - a szimbolizáció folyamatán keresztül - újraalkotják azokat. Rítuselméletében a szimbólumkutatás a társadalmi változások vizsgálatát is maga után vonja, így elmélete alkalmas arra, hogy a társadalmi működést magyarázó modellé váljon. A struktúra és az anti-struktúra, a társadalomra jellemző két alapállapot a rendezettség és a káosz fogalmát testesíti meg. (N. Kovács, 2001)

Dethlefsen (1997) szerint korunk nagy problémái olyan területekről táplálkoznak, melyek a múltban kultuszhoz kötődtek. A kultusz lehetőséget adott a tapasztalatmezők feldolgozására, átélésére. Szerinte - és itt kapcsolódik gondolatvilága Turneréhez - a kultusz és a rituáléja jeleníti meg a rendet, amely lehetővé teszi a káosz, a kábulat, az örület, az extázis átélését, míg korunk deritualizálódott világa nem kínál keretet ahhoz, hogy ezek a mindenkiben jelen lévő lelki minőségek átélhetővé válhassanak. A mítosz és kultusz - mint kollektív élményfajták - speciálisan irányították az ember lelki és szellemi fejlődését. (Nem véletlen, hogy míg a szerhasználat a jelenben magányos tevékenység, addig a gyógyulásban a közösség ereje teszi átélhetővé az újjászületést).

A Van Gennep alapján Turner (2002) által kidolgozott átmenetek rendszere és a szenvedélybetegségből való felépülés dinamikus modelljének (Brown, 1985) összefüggéseit vizsgálva több párhuzam adódik az értelmezésben.

A preliminális rítusok, melyek az elkülönülést, szeparációt hangsúlyozzák, a detoxikáló, absztinenciát beigazító időszakkal vonhatók párhuzamba. Ebben az esetben nemcsak a társadalmi struktúra egy bizonyos pontjáról való leválás jön létre, hanem egy „kulturális

feltételrendszerből”, azaz állapotból való elszakadást azonosíthatunk. Az előző világtól való elszakadás az addiktológiai kontextusban az utolsó szerhasználatot követő heteket foglalja magában. A szerhasználatról absztinenciára váltás jelentős pszichológiai változásokkal jár. A kezelésnek ebben a fázisában a józan gondolkodás és beszédmód, a józan diskurzus internalizálása még nem hozzáférhető az átmenet előszobájában lévő személy számára.

A liminális rítusok - melyek a marginalitás helyzetében jönnek létre - legmarkánsabb attribútuma a bizonytalanság. A rehabilitációs jelenléte értelmezve a korai felépülés időszaka hordozza a legnagyobb veszélyt a szerhasználó számára.

A posztliminális rítusok az „új”-hoz való csatlakozást testesítik meg. A folyamatos felépülés időszakában a szubjektum ismét állandó állapotba kerül, tudatosan benne, hogy új helyre érkezett. White (2001) szerint a függőre váró munka, - amelyről az átmeneti rítus metaforája ad ismereteket - egy tapasztalati térképpel ruházza fel a személyt, ami hangsúlyozza a szeparációt, a liminalitást és a reinkorporáció fázisát, s a rítusok során megfogalmazott közös identitás és értékrendszer elmélyíti a közösség kognitív tartalmait.

A Turner (2002) által megfogalmazott *communitas* konstituálódhat a liminalitás fázisában, amennyiben ezekre az intézményekre, mint törzsszerű demokratikus elvek mentén szerveződő együttélési formákra tekintünk. A *communitas* struktúrája egy instruktív jellegű struktúra, a szimbólumoké és eszméé. A beavatandó strukturálisan láthatatlanná válik, nem az intrapszichés, hanem az interperszonális kapcsolatok kerülnek előtérbe, a buberi értelemben vett „mi” viszony. Ebben a helyzetben jelenik meg a pszichoterápia egyik sajátosnak tetsző jelensége, mely szerint minél individuálisabban dolgozik valamely terápiás forma, annál felületesebb, minél mélyebben alászáll a lélek gondolataiba, annál kevésbé individuális. Azaz a mélyben a problémák már nem hordoznak személyes vonásokat, így a valódi mélység szükségképpen archetípusossá válik azáltal, hogy alapvető tudati struktúrákig hatol el.

A szocializáció folyamata elkerülhetetlenül magában foglalja az identitás konfliktust. Azonban annak kialakulása és módja függ az adott kultúra szokásain, hagyományain túl a család működésétől a rá jellemző interperszonális mintázatoktól is. A szűkebb családi környezet informalitása és a társadalom intézményesített formalitása elősegítheti a normatív krízisekre keresett megoldások megszületését. Azonban mai modern társadalmunkban a beavatás kérdése már nem áll az érdeklődés középpontjában, az, Dethlefsen (1997) szerint a tudattalanba száműzetett, hogy onnan kiindulva sajátos profán formákban éljen tovább felismerhetetlenül. Az iniciáció tárgykörét a szerző szerint azért sem lehet teljesen kiiktatni az

ember életéből, mivel az lényegéhez a legszorosabban hozzátartozik. Minden beavatás alapmintája a születés témájához igazodik, mert a beavatás (iniciáció; lat. initium = a kezdet) az embert másodszori újjászületés által kívánja az emberlét új formájába emelni. Ez a gondolat az általunk tárgyalt kontextusban kiemelkedő jelentőséggel bír: a második megszületés metaforája gyakori a rehabilitációs közösségek tagjainál. Egy hosszú évek óta józan, függő segítő szavai a rehabilitáció utáni éveket jellemzik a „józannak maradni az extázisban” elve alapján: *„Még jobban kezdtem megérkezni a földre, és voltak nagyon jó pillanataim is, amikor ezek tényleg csak ilyen pillanatszerű dolgok voltak. Mentem dolgozni és olyan energiákat éreztem, hogy nem is tudom, hogy mondjam el, azt éreztem, hogy akár meg is halhatok, mert rendben vannak a dolgom, tudtam lecsöndesedni ezekben a pillanatokban. És a csönd az óriási energiával bír. Óriásival. Szóval az olyan, egyszer-kétszer hallottam csöndet, egyszer a Zeneakadémián hallottam egy zenében. Hát az ütött. Hogy ki játszott, egy zongorista, vagy egy hegedűs, nem is tudom már. És volt egy jó hosszú szünet a zenében, mit tudom én, egy másodperces, vagy fél másodperces. Szóval csönd lett a zenében. Tehát az hozzátartozik a zenéhez. Az az igazi zene, nem, amiben, csönd is van? Szóval nem ilyen egy perces csönd meg minden, csak egy ízé. Azt éreztem, hogy szétárad az egész teremben és nagyon nagy erővel bír. Na, voltak ilyen lecsöndesedéseim, iszonyatos energia előtörések belőlem, csak a jelen pillanatban lenni fantasztikus, szóval nagyon jó pillanataim voltak.” (N)*

Péley (2002) szerint az intézményesített átmenet hiánya, illetve hiányos funkcionálása eredményezi a deviáns szubkultúrák létrejöttét. Kutatásában, mely marginális helyzetű fiatalok beavatás-hiány jelenségét vizsgálja, olyan fogalmakat emel ki, háttértényezőként azonosítva azokat, mint:

- a múltnélküliség (a család működésbeli, struktúrából fakadó deficitjei)
- a vezetónélküliség (elsődleges szocializációs miliő, hiányzó apa, kortárs csoport nyújtotta pszeudo identitás)
- az időnélküliség (passzív időtöltés, állandó várakozás a szociális időtlenség állapotának elmúlására)
- a kvázi beavatási elemek (szerepkísérletezések, pl. szex, berúgás)

Ezek a beavatás pótló kísérletek, viselkedések a formai hasonlóságok ellenére nem a természetes identitás krízis velejárói, hanem repetitív módon a krízis regresszió állapotát

mélyítik el. A rehabilitáció folyamata - ugyan mesterségesen kialakított, izolált körülmények között - többek között a rítus-hiátus kompenzációját nyújtja.

## **V.5. Mobilitás a közösség terében. Stációk, mint tranzicionális rítusok.<sup>8</sup>**

### **1. A felvételi**

A bejelentkezés személyesen, vagy telefonon történik, önkéntes alapon. Telt ház esetén sem szakítják meg a felvételi gyakorlatát, azonban ilyen esetekben a felvételiző várólistára kerül. Általában 2-3 hét a várakozási idő, a tapasztalatok azt mutatják, a lemorzsolódó, vagy az idejét kitöltő, távozni készülő terápiások fluktuációja miatt kb. ennyi a bekerüléshez szükséges időtartam. Rehabilitáción való részvételre senki nem kötelezhető. A felvételi elbeszélgetések szerdánként zajlanak, annak folyamatát minden esetben videóra rögzítik. Az archiválás gyakorlata funkcióval bír: amennyiben a közösség tagja a számára kiszabott idő előtt el akarja hagyni az intézményt, ezzel a felvétellel szembesítik távozásának bejelentése alkalmával. A távozás hajlandóságának bejelentése után egy ún. „elmenős” csoport-foglalkozás zajlik, amelynek terében levetítik a kisfilmet és szembesítik az illetőt bekerülésének körülményeivel, akkori énjével.

Az elbeszélgetés valójában egy olyan motivációs interjú, amelyet az ún. FRAMES-modell ír le a legpontosabban. (Rastegar, Fingerhood, 2005). A modell hat összetevőt tartalmaz, melyek közül a konkrét, pragmatikus tanácsadáson kívül mindegyik azonosítható a folyamat során:

- Feedback - visszajelzés a szerhasználat folyamán fennálló konkrét veszélyekről
- Responsibility - a kliens felelősségének hangsúlyozása
- Advice - tanácsok
- Menu - alternatív megoldási lehetőségek felvázolása a változás elérése érdekében
- Empathy - empátiás, támogató légkör biztosítása

---

<sup>8</sup> A terápiás közösségben zajló folyamat strukturálásának azonosítása, a stációk rendszerezése a résztvevő megfigyelés, a terápiásokkal és a segítőkkel felvett életút- és félig strukturált interjúk alapján körvonalazódott.

- Self-efficacy - az önhatékonyság hangsúlyozása

A felvételi során általában egy vagy két segítő, valamint egy vagy két „teljes jogú”, idősebb terápiás van jelen. Az idősebb általában aktív, kérdező, míg a fiatalabb a passzív, megfigyelő szerepét birtokolja ebben a szituációban. A körülbelül egy órán keresztül zajló beszélgetés konkrét tematikai elemeket tartalmaz: elsősorban a felvételiző drogkarrierjével, motivációs hátterével, beilleszkedési alkalmasságával és betegség tudatával kapcsolatban álló kérdéseket. A szenvedélybetegek többsége a felvételi idejéig általában már megélt olyan jellegű krízist, mélypontot, ami arra motiválja őket, hogy rehabilitációra jelentkezzenek, azonban arra is van példa, hogy valaki a felvételi folyamán, a feltett kérdések hatására, illetve időben még később, már a rehabilitációs folyamat alatt éli meg azt az érzést, ami miatt változni akar. Általánosságban jellemző a jelentkezés körülményeire, hogy a függőség súlyos állapotai állnak már fenn, s a veszélyek konkrét realizálódása váltja ki az „önérdek racionalitásának” eliminálódását. A vezetőség a felvételiző hozzátartozójával konzultációt folytat a kezelés körülményeiről. Az elbeszélgetés után a jelentkezőt kiküldik, majd a felvételi bizottság és a közösség terápiás tagjai közösen döntenek a közösségbe fogadásról, illetve annak elutasításáról. *„Befér-e a közösségbe, milyen érzéseket váltott ki a személye, az éppen adott összetételű közösség elbírja-e, befogadja-e, vajon nem bomlasztó a közösség számára. - Ilyen jellegű kérdéseket szoktunk megtárgyalni.” (N)*

Ha a jelentkező személy felvétele mellett foglalnak állást, úgy a felvett terápiás már nem hagyhatja el a házat, kivéve, ha mégis úgy dönt, nem kezdi el a terápiát. A ruháit átvizsgálják, a mobiltelefonját, iratait, pénzét, személyes jellegű tárgyait egy arra elkülönített dobozba teszik. A felvételi adatlap kitöltése és az adminisztráció után az illető neve felkerül arra a táblára, amin a ház lakóinak nevei szerepelnek. Ettől a szimbolikus gesztustól kezdve a fiatal terápiás a közösség tagjává válik, - ugyan még nem teljes jogú taggá, - s a ház Alkotmányában<sup>9</sup> foglaltaknak megfelelően szükséges viselkednie. (2. sz. melléklet) Az ún. „bemutakozó csoport” az első olyan fórum, ahol az újonnan bekerült tag feltárja a közösség előtt bekerülésének előzményeit.

---

<sup>9</sup> Az Alkotmány szövege az otthon alapítása után eltelt fél év után született meg, a kezdeti idők tapasztalataira alapozva: az éppen résztvevő terápiások és az akkori stáb tagjai közösen fogalmazták meg az útmutatóként szolgáló szöveget. A szöveg egyik fő sajátossága, hogy nem kötelezettségként, hanem jogként tekint a szex, - erőszak, -és szermentes életre.

## 2. A „beépítkezés” időszaka. Az első 60 nap. Izoláció.

A terápiás folyamatot előkészítő stádium célja a beilleszkedés, amelynek folyamán a jelölt megismerkedik a közösséggel. Ennek egyik első fóruma az ún. „bemutakozó” csoport. Három fő célja van:

- Az újonc és a közösség kölcsönös, rövid bemutatkozása. *„Pár szóban elmondja, hogy ki ő, innen és innen jöttem, ezt és ezt használtam, hány éves vagyok, ennyi ideje drogozok. Ennyi. Aztán a csoport minden tagja ugyanezeket az infókat megosztja magáról.”<sup>10</sup>*
- A szabályok ismertetése. *„Majd a terápiások felolvassák az Alkotmányt és a házirendet. Mindez csak szimbolikus, mert nem biztos, hogy sokat ért mindebből, de így vezetődik be a ház életébe.”*
- A mentor bemutatása. A mentor általában azonos nemű, idősebb, már teljes jogú terápiás. Kiválasztására különös figyelmet fordít a közösség, hiszen a mentor és mentorált között kialakuló kapcsolat szorosabb, így ellenkező nemű mentor kijelölése esetében nagyobb az esély a még szorosabb összefonódásra, ezáltal az absztinencia megszegésére. (Az otthonban három absztinencia kötelező érvényű: szex, erőszak, drog). *„A beilleszkedést az idősebb terápiás társa segíti az első két hétben, a mentor. Általában a teljes jogúak beszélnek meg a segítőkkel együtt, egymás között, hogy ki lenne alkalmas az adott személy mentorálására. Lehet egyébként nemet mondani. A mentor személye szintén a bemutatkozó csoporton kerül nyilvánosságra, onnan már vele együtt lép ki az újonc.”*

Az első két hét folyamán a fiatal terápiás számára nincs következmény. (3. sz. melléklet) A legnehezebb időszakként tartják számon, hiszen a tünetek ebben a fázisban a legkifejezettebbek. A stabilizáció fázisába való elmozdulás folyamata dinamikus, ám gyakran kiszámíthatatlan. Sokaknak hosszabb moratóriumokra van szükségük, hogy konszolidálják fejlődésüket, mielőtt tovább lépnének a következő fázisba. *„Annyit szoktunk mondani, hogy „Csak figyelj és egyél”! - általában azért is, mert elvonásban érkeznek, s akkor az a legfőbb probléma, hogy túléljék az elvonást és kicsit megismerkedjenek a szabályokkal. tehát nem is*

---

<sup>10</sup> Az ebben és a V.6. alfejezetben használt interjúrészletek a segítőkkel (B, N, No, R személy) készített félig strukturált interjúkból valók.



*elvárás, hogy oda tudjanak figyelni. Annyi elvárás van, hogy nem szabad egész nap fönt aludni. Persze, ha valaki olyan szinten van, hogy hány, meg minden, akkor vannak kivételek. De nem hagyjuk, hogy egész nap fent döglődjenek, mint otthon, ami fetrengés egész nap, ha elvonásban vannak. Csak extrém esetben lehet fenn, de az, hogy remeg, verejtékezik, hány, az még nem az az eset.”*

Két hét eltelte után befejeződik a türelmi idő, a terápiás számára inentől kötelező érvényű szabályok vannak, azok nem betartása már számára is következményeket von maga után. Következmény alatt azokat a feladatokat értik, amit a terápiás azért kap, mert nem követi a ház szabályait, illetve társaival nem a megfelelő módon viselkedik. A „következmény-rendszer” sajátosan működik Kovácsszénáján. *„Szénán, ha belépsz póló nélkül a házba, akkor, vagy mit tudom én, fölrakod a lábad valahova, ahova nem szabad, akkor írásos következményt kapsz. Szóval vannak sémák, amik, mit tudom én, hogy föláll valaki az asztaltól akkor utána az lesz a következménye, hogy ő állhat utoljára föl a kajától. És különben vagy hasznos, vagy nem. Vagy bejön ez a beavatkozás, vagy bejön egy akció, vagy egy következmény, vagy nem. Szóval ez nem 100%-os. Valamikor kifutja magát, akkor el is szoktuk venni. Szóval ez a kovácsszénájai rendszer. Pécsvárad, a harmadik rehab a környéken, na, az kocka, aki abból kilóg, azt „nyissz, nyissz” és ebbe a kockába benne kell maradni. Komló tök szabadság, szeretet völgye, spiritualitás, lehet mindennek tere, szóval pont az ellenkezője. És Szénája meg valahol a kettő között van, mert pécsvárad alaphól indul. Ha valaki be mer szólni valakinek, vagy valamiért olyan konfliktus van, mondjuk, párszor, szóval nem folyamatosan, akkor azért nincsen elküldve. Ha Pécsváradon 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 Komlóra hasonlítunk. A következmény elvűségben, abban meg inkább Pécsváradra.”*

Egy következmény 1 hétig van érvényben. A kirótt feladat „cselekvős”, illetve „beszélős” típusú lehet, attól függően, milyen jellegű hibát vétett a ház lakója. A szabályok megsértésének megvallása „bevallásos” alapon működik: amennyiben a terápiás vét az előírt szabályok ellen, úgy, hogy az nem kerül nyilvánosságra, akkor a lelkiismeretére van bízva ennek megvallása, publikussá tétele. Következményért a teljes jogú tagokhoz kell fordulni, kérni kell azt.

30 napos felállás: A 30 napja már a házban tartózkodó terápiásnak, kérvényt kell benyújtania a közösség felé és összegeznie kell, hogy mit tett az elmúlt időszakban, felépülése érdekében. A közösség előtt nyilvánosan át kell gondolnia, mi az, amit megtett, mi az, amit nem, illetve

amin változtatni kellett volna. A közösség tagjai egyénekenként hoznak döntést, s egyszerű szavazással, a többség akarata érvényesül. A terápia folytatása esetén már nem csak önmagáért, hanem társaiért is felelősséget kell vállalnia. *„Ha a közösség ekkor elküldi, akkor nincs már második esélye, távoznia kell. De ez nagyon ritkán fordul elő, csak akkor például, ha nagyon destruktív, vagy káros a közösségre nézve a viselkedése, vagy ha éppen már nem először kezdte a terápiát, még sincs változás, alázat, vagy hajlandóság se arra.*

Az izolációs időszak az első 60 napig van érvényben. A terápiás nem fogadhat telefont, levelet, látogatót. A legfontosabb feladata a beilleszkedés, a közösség szabályainak elfogadása, azok alkalmazása, a csoportterápiás foglalkozásokon való aktív részvétel. Mindezek sikeres abszolválása után a közösség - a terápiások és a szakmai stáb - újból dönt arról, hogy a következő időszakba léphet-e. Az értékelés a következő módon zajlik: *„Feláll a közösség előtt a teljes jogú tagságért és számot ad az addigi történésekről, az addigi munkájáról. Beszámol minderről egy csoporton. Ezt nevezzük 60 napos felállásnak. Ezen a közösség eldönti, hogy menjen, vagy maradjon. A stáb általában elfogadja a közösség döntését, általában jóvá hagyjuk ezeket. A legkritább esetben szoktuk megvétetni, felülrni a döntést az ilyen elküldéseknél. Ritkán fordul egyébként elő ilyen, évente 3-4 alkalommal. Ha pl. a 60 napos felállás az nagyon necces, szóval megosztja a közösséget, és mondjuk a stábot is, akkor van még alkalma háromszor felállni arra, hogy a teljes jogot megkaphassa. Van még 3 hete tulajdonképpen, és minden héten újból és újból föl kell állni, elmondani, hogy mit tett másképp, aztán a közösség is elmondja, őt hogyan látják. Még három esély ez, mindig hétfőn vannak ezek a súlyosabb csoportok. Ez egy erőteljes határvonal. Ilyenkorra már majdnem 90 napos a kérdéses ember, ekkorra már ki szokott derülni, hogy tinglitangli, eljópofizza a dolgokat, vagy tényleg akar valamit. Így nem tudnak nagyot tévedni.”* Amennyiben a közösség nem támogatja a teljes jogú tagságot, úgy a kliensnek távoznia kell az intézményből. Ellenkező esetben a terápiás meg kezdheti terápiája következő állomását. A terápiás intézményt bárki szabadon elhagyhatja, ha úgy dönt, hogy nem vállalja tovább az ottlétet. Azonban, ha „kint” meggondolja magát 24 órán belül, és tovább szeretne menni a felépülés útján, visszatérhet, amennyiben megtartotta a három absztinenciát (szex, erőszak, drog). Ezek megszegése esetén a terápiás legközelebb 3 hónap elteltével felvételizhet ismét az intézményhez.

### **3. A középidőszak**

A 60 napos felállással teljes jogú tagságot elnyerő terápiás számára 2 hónap után új szakasz kezdődik. Felelősségeket vállal a közösség szolgálatában (napos, felvételiztet), a tevékenysége folyamatos értékelés alá esik, jogokkal rendelkezik (kapcsolatot tarthat hozzátartozóival, önszorgató közösségek gyűléseire járhat, adaptációs szabadságra mehet), s a közösség életében aktív szerepet tölt be. A stabilizáció időszakát éli, természetesen megingásokkal, érzelmi visszaesésekkel. Ugyanakkor minden megingás ellenére naponkénti szembesülés történik a sikerrel is, hiszen annak megvalósulása a kábítószer-mentes napok számától függ. Ahogyan növekszik az absztinens napok száma, úgy érik meg a józanságra a szenvedélybeteg. Minél „idősebb” valaki, annál bölcsebb, hitelesebb. Az újfajta „időszámítás” egyik célja, hogy a program befejezése előtt távozók vállalják a felelősséget az esetleges visszaesés bekövetkeztekor. Amikor egy terápiás átlép az akut szakaszból a stabilizáció fázisába, gyakran tapasztalható, hogy a tünetek viszonylag gyorsan enyhülnek, ám a pszichoszociális működésmód lassabban változik. A fázisokon való haladás ütemét több tényező határozza meg, pl. a szociális kompetenciák, a stresszorok, a komorbiditás, a biológiai vulnerabilitás, vagy a családi támogatás jelenléte.

Az ajánlott rehabilitációs időszak 8-10 hónap, ám ez hosszabbodhat, az adott személy állapota szerint. Az átmeneti időszak leghosszabb fázisa ez.

### **4. A kiépítkezés**

A terápiás - a közösség jóváhagyásával - elkezdheti tervezni a terápia utáni életét. Az utolsó, intézményben töltött hónapja az ún. reintegrációs időszak, amely során fokozatosan építkezik "kifelé", munkát keres, hivatalos iratait rendez, megkezdi vissza-illeszkedését a társadalomba. A felépülés folyamatában ez az időszak a stabilizáció és a stabilitás fázisait követi. A tüneti és a funkcionális felépülés igazi próbája kezdődik el a terápiás életében.

### **A nap strukturálása**

Reggel 6 óra 35 perckor van az ébresztő, 7 óráig reggeli készülődés, kávészünet, ezután következik a reszort, azaz a takarítás. A közösség tagjai együtt végzik a napi teendőket. A

kiosztott feladatok 1 hétre szólnak. 7.45-kor kezdődik a „reggeli találkozó”. A csoport kezdetén, közösen, kört alkotva, egymás kezét fogva elmondják az imát, amely így hangzik:

*„Azért vagyok itt, mert nincs menedék önmagam előtt. Mindaddig menekülök, míg meg nem látom magamat mások szemében és szívében. Mindaddig nem vagyok biztonságban mások előtt, míg nem osztom meg velük végre titkaimat. Míg attól félek, hogy megismernek, sem magamat, sem másokat nem ismerhetek meg, egyedül leszek. Hol találhatnék egy ilyen tükörre, ha nem a közösségünkben. Itt végre, másokkal együtt tisztán megmutatkozhatom önmagam számára. Nem álmaim óriásaként és nem is félelmeim törpéjeként, hanem úgy, mint olyan valaki, aki része az egésznek és részesedik az egész céljából. Ebben a közös alapon ereszthetek gyökeret és ebből növekedhetek. Nem leszek többé egyedül, mint a halálban, hanem élni fogok önmagam és mások számára.”*

([http://merfoldkorehab.hu/rehabilitacios\\_otthon.html](http://merfoldkorehab.hu/rehabilitacios_otthon.html) 2011-11-16)

A napos ismerteti az aznapra tervezett feladatokat, majd személyes felszólalások következnek, a napi célokról, aktuális állapotukról és a beszerzett következményekről. 8 és fél 9 között kezdődik a reggeli. Ez után kerül sor a délelőtti, és a délutáni folyamán is 2 tematikus csoport foglalkozásra. *„Ezen kívül hétfőnként van a stáb értekezlet, ahol az összes segítő részt vesz. Ekkor a közösség átbeszéli a kérelmeket (pl. napos-kérelem, megfigyelő-kérelem, aktivitás-kérelem, felállás-kérelem). Ők megbeszélik, majd a segítő beül hozzájuk, s csak azokkal foglalkozunk, amelyeket előzetesen a közösség már támogatott. Ez a rendszer egyszerre hierarchikus és demokratikus is. Nekik is nagy felelősség például valakit elküldeni, az nagyon nehéz dolog. Nemet mondani nagy felelősség. Nagyon ritkán van, hogy felülről belenyúlnánk ezekbe. Közösségi és szakmai kontroll ez egyben, amit ők csinálnak, mert egy idő után szakmaivá válik a közösség döntése is, hiszen az idősebb terápisták átveszik a stáb szempontjait.”*

### **Az „encounter”<sup>11</sup> (találkozás) és dialógus csoportok szerepe Kovácsszénáján**

A Kovácsszénáján működő csoportok tematizálása:

---

<sup>11</sup> Az encounter csoport kialakulásának előzményeiről, fejlődéséről lásd részletesen: Yalom összefoglaló munkáját a csoportpszichoterápia elméletéről és gyakorlatáról (Yalom, 2001. 379 - 400.)

1. Személyes csoportok. Ezek a csoportok valójában encounter csoportokként működnek. Az ügyeletes segítő részvételével zajlanak, irányított, strukturált formában. A „drogkarrier”, a „család”, a „kapcsolat”, a „neheztelés”, az önszeretet/önközpontúság”, a „szégyen/bűntudat”, a „változás” és a „félelem” csoport tartoznak ide. Az elnevezésük az adott csoport tematikai preferenciáit tükrözi, minden nap zajlanak. Időtartamuk 1 óra, amit negyed órás „azonosulási” kör követ.
2. A „visszaesés megelőző” (VMCS) és a „spirituális és lelki értékek” (SLÉ) csoportjai kevésbé strukturáltak, a segítő itt közvetett koordinátori szerepben vesz részt, elsődleges feladata a facilitáció. Az írásos, olvasásos csoportok, a „reggeli találkozó” és az „esti értékelő” csoport is ide tartoznak.
3. A nonverbális foglalkozások nem klasszikus csoportmódszerekkel dolgoznak. A „film csoport, a mozgás, a pszichodráma, a színháztréning tartoznak ide.
4. Az eseti, helyzettől függő, szituatív csoportok nem állandóak, kivéve a közösségi értekezletet, ez heti egy alkalommal zajlik. Az önálló csoportokban nem vesz részt segítő. Az „elmenős”, a „miért jöttél vissza?”, a „bemutató” csoport.
5. A „betegség tudat csoport” informatív tanulócsoporthként működik, pszichoedukációs céllal.

Ahhoz, hogy megérthessük, milyen dinamikán és elvárt hatásmechanizmuson keresztül működnek a vizsgált térben ezek a csoportok, szükséges rövid történeti kitekintést tennünk a korai TC-kben működő csoport-jellegzetességek tekintetében. A korai TC-kben az encounter csoportok, „az emberi érzelmek egész tartományának a teljes kifejezésére” alkalmas színtereiként jelentek meg. A lakók félelem nélkül és gátlástalanul „mérték meg” egymást viselkedését. A „Kiem” nevű TC-ben szerzett 20 év tapasztalataira támaszkodva, Bracke a megújulás szükségessége mellett foglalt állást: Rendszeresen előfordult, hogy a radikális módszer nem hatolt át az „imágón”, és hogy a felszín mögött meghúzódó képben az összetörtség, a megalázottság, és az elhagyatottság érzése maradt. Annak ellenére, hogy ez a drasztikus megközelítés sokaknak segített, mások viszont döbbenet és érzelmileg sérülten hagyták el a terápiát, megszakítva kezelésüket. Ez az oka annak, hogy Bracke a több biztonságot és támogatást nyújtó konfrontáció mellett foglalt végül állást, melynek célja a kiegyensúlyozott párbeszéd, s amelynek során minden egyes személy hallható. (Bracke, 1996: 67-71)

A korai idők legfontosabb terápiás eszköze az „összecsapás” csoport volt, aztán lassan, fokozatosan finomodott a módszer, fókuszálva a több párbeszédre és a megértésre. Ez a tendencia kifejezettebben érvényesült Európában, mint az Egyesült Államokban, ahol a "régii" megközelítés továbbra is fennállt. A radikális és az enyhített változat közötti vita egy másik kérdést is felvetett: az eredeti találkozás csoportok szabályai és azok alkalmazásai egyszerűek voltak, míg az új technikák esetében - amelyekben a konfrontációt a tisztelet és a párbeszéd jellemzi - szükség volt képzettségre, tapasztalatra és önismeretre.

Általános tapasztalatként mutatkozott meg, hogy a konfrontatív jellegű összecsapások során, az érzelmek kifejezését gátló akadályok, - mint pl. a stressz, vagy a külvilág nyomása - eltűntek. Ez tette lehetővé minden résztvevő számára, hogy érzelmi problémáit az "itt és most"-ban fejezze ki. A dialogikus szituáció lehetőséget nyújtott a terápián résztvevő társak számára is, hogy azonosítsák saját problémáikat, majd az azokkal való megküzdés módját. A cél soha nem a magyarázat vagy a megértés, hanem a viselkedés megváltoztatása és a felelősség vállalás képességének megszerzése volt. Nem arra helyezték tehát a hangsúlyt, hogy a múltra irányuló kifogásokat, a felelőtlen magatartást magyarázó-rendszereket megtalálják. Ez azonban nem akadályozta meg a korábbi problémák kifejezését - sőt, gyakran ennek a képességnek az előhívása lett maga az eredmény. Korai tapasztalatokkal, élményekkel kapcsolatos elfojtott érzelmek gyakran manifesztálódnak közvetlen érzelmi módon (pl. kiabálás).

A korai TC-kben alkalmazott módszerekre alapozva, a „találkozás” - csoportok konfrontatív jellegének megőrzésével a vizsgált rehabilitációs otthonban is hasonlóan zajlanak a személyközi interakciók. Azonban, azon túl, hogy sok mindent megőriztek a hajdani terápiás kezelési modalitások jellemzőiből, a vizsgált csoport résztvevői nem elsősorban a konfrontációra vannak ösztönözve, hiszen az önmagában nem a saját viselkedésért való felelősségvállalást erősíti: éppen ellenkezőleg, a résztvevőknek az összecsapások tartalmában a saját viselkedésre irányuló reflexióikat, észrevételeiket kell kifejtteniük. Valójában a másokban megtalált és azonosított negatív magatartást a résztvevők saját magukra vonatkoztatják, s ez által szembesülnek önmagukkal. E gyakorlat általános tapasztalataként írható le az is, hogy két személy közötti konfrontáció után a csoport kapcsolatok általában maguktól helyreállnak.

A csoporton zajló dialógusok hasonlatosak a Meyerhoff (1986) által leírt „definiáló ceremóniához”. A terápiásnak lehetősége van a közösség előtt elmondania élete történetét,

vagy az éppen zajló aktuális eseményeket, kiemelve a tapasztalatoknak szóló jelentéstudajdonítást. A közösség tagjai erre a narratívára reagálnak, majd a mesélő újra és újra elmondhatja történetét. A folyamatos, oda-vissza való mozgás erőteljesen formálja, alakítja az eredeti történetet (elmondás - reagálás - újra elmondás - újra reagálás folyamata). A csoportok másik fő jellegzetessége az ún. „decentrált megosztás”, amelynek során a záróaktust az azonosulási kör jelenti. A résztvevőknek lehetőségük van arra, hogy az elhangzottakra oly módon reagáljanak, hogy kiemeljék az adott narratíva számukra leginkább dominánsan ható részleteit, az esetleges előforduló analógiákat az ismertetett történet és saját történetük között.

A foglalkozások legitim és gondosan szabályozott színteret nyújtanak a közös beszédhez, az egyet-nem-értések kinyilvánításához és megéléséhez, a konfliktusok megjelenéséhez, amelyet egyébként a ház szigorú szabályai más térben és más időpontban nem tesznek lehetővé. A csoportok átmeneti tere egyfajta "valóság terápia", amelyben a személy kénytelen meghallgatni mások véleményét a viselkedéséről, majd szembesülni azokkal. A kegyetlenségnek ható őszinteséget és keménységet biztonsággá, szeretetté és tiszteletté transzformálni képes, fájdalommal teli alkalmak, itt, mint az egymás iránti tisztelet megnyilvánulásai értelmezhetőek. A konfrontáció célja az, hogy felfedje a viselkedés mögött húzódó érzéseket és szükségleteket, és mind a konfrontáló, mind pedig a konfrontált személy vélemény nyilvánításaira, érzelmi folyamataira koncentráljon.

*„A terápia analitikus olyan szempontból, hogy számos helyzetben az analitikus, dinamikus megközelítést használjuk, és dolgozunk azokkal a fogalmakkal, amikkel a pszichoanalízis. Például az én védő mechanizmusok, tehát az elfojtás, a racionalizáció, az eltolás, tehát ezeket mind nagyjából, amit Anna Freud kidolgozott. Te is láttad ezeket, kint van a csoportszoba falán is. A projekcióval, identifikációval, tehát ezekkel dolgozunk napi szinten. De egyéni munkában nem állunk senkivel, ha valakinek nehézsége van, akkor én tudok vele beszélgetni, de úgy, hogy mindig a terápiás térben, mindig a közösségi térben, tehát ott jöhetnek, mehetnek, bekapcsolódhatnak, tehát tulajdonképpen titkok azok nincsenek. Semlegesnek kell legyünk, olyan szempontból, hogy ne vonódjunk be a személyes viszonyokba. Ne minket akarjanak használni önigazolásra, vagy ön-érdekérvényesítésre, vagy csak pusztán arra, hogy 'hát velem beszélgetett ő'.”*

## A munka szerepe

Az idő korunkban zajló profanizálása miatt elveszett az annak tulajdonított szakrális jelleg. Napjainkban az elsősorban megélhetést biztosító munka, s annak rituáléi próbálják kompenzálni az ebből fakadó hiányt. Hétköznapijaink weberi „varázstalanítódása” világképünk egyik legfontosabb dinamikai elemévé vált. (Weber, 1970: 137-138) Éppen ezért, a rehabilitációs otthonban zajló munkaterápia kiemelt jelentőségű a terápisták életében. A közös munka olyan sajátos formaként értelmezhető, amely tartalmazza a tárgyra irányuló, instrumentális, ugyanakkor az interaktív tevékenység elemeit is. A munkavégzés időstrukturáló szerepén túl az együtt végzett tevékenység közben alkalom nyílik a „megosztásokra” is, így annak folyamatában jellegzetesen keveredik a két elem.

Az óráról órára szervezett időbeosztás módszere a meghatározott időritmus kialakítása, az általában ritmikusan ismétlődő tevékenységek, és azok ciklusainak szabályozása alapvető fontossággal bír a terápisták életében.

A házi és a ház körüli munka megkívánja a külső és a belső fegyelmet, annak a test fölötti uralom kialakításában betöltött szerepét, sőt, annak mentalitáselemmé válásának folyamatait és mechanizmusait. A terápiában eltöltött hosszú hónapok szigorú strukturáltságának egyik célja, hogy a terápia előtti szerhasználó életmódra jellemző strukturátlanságot kompenzálja. E kompenzációs mechanizmus egyik eleme tehát az időbeosztás, az idő mind erőteljesebb „behálózása”.

A Foucault (1990) által leírt fegyelmező idő, „amelyben a test szorgalmasan végzi a dolgát” fontos eszköze a tevékenység megszervezésének. A test új gesztusaira, mozdulataira, azok felbontására és betanulására van szükség. *„A cselekvős következmények például sokszor egyszerű munkavégzést takarnak, takarítást, cipőpucolást, vagy a virágok gondozását. Nagyon sokan főzni sem tudnak, erre itt meg egyszerre 15-16 emberre kell komplett ebédeket, vacsorákat megcsinálni nekik.”* Olyan elemek habitualizációját jelenti ez, amelyek az emberi testet hozzáigazítják az új időbeli imperatívuszokhoz. *„Fel kell kelni, időben oda kell érni a csoportra, mindent időre kell elvégezni. Ez még nekünk is komoly munka, hát még egy függőnek, aki soha nem foglalkozott ilyenekkel, hanem mondjuk az anyag beszerzése strukturálta a napjait, amit aztán a vég nélküli punnyadás, vagy a fetrengés követett, mondjuk a teljes szétesettség állapota.”* A határidők percre pontos kijelölése, az attól való eltérés szabadságának hiánya, az összes tevékenység tekintetében érvényes. Az általános keretek



megadása ugyanakkor több mint egy közös és kötelező külsőleg kényszerített ritmus: egyszerre konkrét és szimbolikával bíró „program”, amely a tevékenység kimunkálását biztosítja, belülről ellenőrzi lefolyását és fázisait.

A külső és önkontroll megerősödése, a fegyelem, a szégyenérzet, a kimért pontosság megjelenése és a testi megnyilvánulások, a munka során, illetve annak hatására kialakuló jellegzetes új vonások a függők életében. Mindezekben a folyamatokban a munka diktátuma által irányított uniformizált egyenlőség elérése szintén terápiás cél. *„Fontos az egyénieskedés, meg a szembetűnő másság megszüntetése. Alá kell rendelődni a közösségnek. A külső változás előbb, vagy utóbb, de elindítja a belsőt is. Le kell vágni a haját, ki kell szedni a testékszereket, részt kell venni a munkában, közösen, a közösség egy tagjaként.”*

A munkarituálék szociális funkciója ebben a térben abban rejlik, hogy azok szimbolikus jelentés hordozói, bizonyos esetekben akár túldeterminált jellegűvé is válnak. A munka, mint az összes itteni tevékenység a spiritualitás gyökereit is magában hordozza. Olyan performatív önmegjelenítési formává válik, amely a „felsőbb erőhöz”, illetve a közösség többi tagjához való viszonyban jelenik meg. Ezáltal a munka gesztusai kiterjednek más területekre is, elsősorban a kapcsolati munkára és az önmagunkkal való munkára.

### **A nap lezárása**

A vacsorára, hétköznaponként, fél hétkor kerül sor. A “konyhás” szerepkör heti felelősségvállalást jelent. A nap további részében az írásos feladatok teljesítése történik, egyfajta számvetés. Az este 8 órakor kezdődő „esti értékelő” csoporton zajlik a feljegyzések közösség előtti, egyénenként való felolvasása. *„A közösség együtt értékeli, értelmezi a terápia napját. Szempontokat, külső meglátásokat ad neki. Minden igaz, amit a közösség visszajelez, mond, mert a valóságot tükrözi. Lehet, hogy nem jól fogalmaz, vagy indulati dolgokat tükröz, de az igazság csírája ott van benne. Van az esti értékelőn is visszajelző, konfrontációs kör, vagy azonosulási, de akár pozitívak akár negatívak ezek, mindenképpen igazak. A közösségi értelmezés által új értelmezést kap önmagáról.”* Este tíz órakor takarodó, 11 órakor lámpaoltás.

## Hétféje

A hétféje általában a kikapcsolódás és a spiritualitás jegyében telik. Egy órával később van az ébresztő, így minden foglalkozás és étkezés csúszik egy órával későbbre. Általában mozgásterápiával töltik a napot. A délelőtt folyamán egy hosszabb foglalkozás zajlik, egészen ebédig, délután szintén több óras mozgástréningen vesznek részt a tagok, meditációs és relaxációs elemekkel. A zene és a nonverbális foglalkozások kedvezően befolyásolják a terápia menetét: az általános cél a szorongás és a feszültség enyhítése, a mentális értelemben vett egyensúlyra törekvés, a monotónia csökkentése. A foglalkozás szakaszainak végén érzéskört tartanak, reflektív, ön-reflektív célzattal.

Az új terápiai társak „beavatása” szintén ekkor történik. „Falhoz állítják”, s társai külön-külön, szavak nélkül érzéseket adnak át neki. Ebben a helyzetben a non-verbális kommunikáció minden formáját alkalmazhatják. Miután a közösség minden tagja átadott a számára valamilyen impulzust, le kell feküdnie a földre. Társai magasba emelik a testét, végig viszik a színházteremben, miközben kérdésekkel bombázzák.

A napot minden szombaton filmvetítéssel zárják. A film kiválasztása is közösen történik, s minden esetben kapcsolódik a szenvedélybetegség tematikájához. A vetítés érzéskörrel zárul. Ezekon a napokon nincsenek írásos feladatok, kizárólagosan az érzések verbális megfogalmazásai kerülnek előtérbe.

A hétféje jelentőségét növeli a teljes jogú tagok számára az is, hogy ilyenkor van lehetőség a „külvilággal” való kapcsolattartásra, telefonhívások intézésére. Ez előzetes kérvénnyel, valamint egy levél megírásával történhet meg. *„A közösségnek felolvassák a kimenő levelet, majd a közösség és a segítő együtt véleményezi. Például, ha van büntudatkeltő játszma, vagy vádlás a levélben, annak ki kell kerülnie. Ellenállás van ugyan, de a közösség az elsődleges cenzor, általában végül belátják, s ha mindenki rábólint, mehet a borítékba. Ha kapcsolatot akar valaki a rokonaival, akkor levelet kell írnia neki, kérnie kell, hogy hívják fel őt. Meg kell tanulniuk kérni.”*

## V.6. Terápiás szótár: fogalmak, időstruktúrák, pozíciók

### A mentorálás rendszere

A szakmai stáb és az idősebb terápisták közös döntése alapján minden új terápistát mellé kijelölnek egy mentort (szponzort), az idősebb, teljes jogú terápisták közül (az izolációból kikerült kliens, aki felelősséget vállal tetteiért, társaiért, és jogokkal rendelkezik). Ő segít a fiatalabb társának a beilleszkedésben, a közösség működésbeli és strukturális sajátosságainak értelmezésében, elmagyarázza a napi teendőket és a szabályrendszert. Felelősséget kell vállalnia a mentoráltjáiért. Az elégtelen mentori működés szintén következményeket von maga után. A mentor kiválasztása elsősorban a teljes jogú tagok feladata, ám a szakmai stáb felülírhatja döntésüket. Általában azonos nemű szponzorra esik a választás. Ez az időszak két hétig tart, ennyi idő áll a „kicsik”, a közösség új tagjainak rendelkezésére ahhoz, hogy „asszimilálódjanak” az új környezetbe.

### A napos

A közösség minden nap „napost” választ, akinek az a feladata, hogy ellenőrizze a többiek munkáját, megnyissa a csoportos foglalkozásokat. Egy napon keresztül felelősséget vállal a közösség egészségéért, annak működéséért. A reggeli találkozó csoporton ismerteti az aznapra tervezett eseményeket, az esti értékelőn pedig összegzi és lezárja a napot. Minden kérdéssel hozzá fordulhatnak a többiek, és minden, a szigorú strukturán kívül eső történés esetében engedélyt kell kérniük tőle (pl. a konyhába való belépés esetén). A cigarettaszünetben akkor lehet rágyújtani, ha azt a napos engedélyezi. Ezt a posztot kizárólag a teljes jogú terápisták birtokolhatják.

### A következmény rendszer

*„A következményeket megpróbáljuk egymásra építeni. Eleinte kis következmények vannak, amelyek elég általánosak. Még új a terápisták, nem szokta meg a szabályokat, nincs érzelmi stabilitásban, mi sem ismerjük még őt annyira, ezért ilyenek a következmények. Ám minél idősebb valaki, a terápisták hosszúságát, idejét tekintve, a következmények úgy lesznek egyre nagyobbak, speciálisak, személyre szabottak. Léteznek cselekvős következmények, amik plusz feladatokat jelentenek, és vannak a beszélős következmények, például történetek elmondása, a mélypontok elmesélése, szégyen megosztása, drogkarrier, vagy család témában is. Ezeket*

*néha írásban is kérjük, hogy foglalja össze magában a gondolatait. Ezek a következmények egy hétig tartanak. Mindig a közösség szabja ki, hogy mi legyen az. A teljes jogúakhoz kell menni következményért, a teljes jogú már magának hozza. Mindez bevallás alapján működik, például valaki bevallja, hogy belépett a konyhába engedély nélkül. A bevallások mindig az esti értékelőn történnek.  $\frac{3}{4}$  8 és 8 között megírja a napját, felolvassa a közösség előtt, és ha szükséges, akkor történik a következmények kiosztása. A következőt képzeld el: „Beléptem a konyhába. Reggelig segítséget kérek rá.” Persze, ha valakinek heteken át nincs következménye, az gyanús, mert annyi szabály van, hogy azt lehetetlen betartani. Ha nem történik semmi, az is baj. Több hónap után rögzülnek csak a szabályok. De ha valami belső munka elindul benne, mondjuk az anyjával kapcsolatban, akkor elfeledkezik a tudatosságról, és szabályt vét. Furcsa, és paradox, de ilyen esetben a hiba átfordul pozitívba. A szabályok a házirendben, az alkotmányban vannak lefektetve, a többi meg tulajdonképpen szokásként, szóbeli hagyományként van jelen, ezek az íratlan szabályaink.”*

### **Az adaptációs szabadság (ASZ)**

Az adaptációs szabadságot két esetben alkalmazzák a segítők. Általában a terápiába érkezés után eltelt 4. hónapban, „120 naposan”, abban az esetben, ha „megérdemli” a közösség valamely tagja. Ilyenkor bármikor visszatérhet a házba. A másik eset, amikor a terápiás már huzamosabb ideje nem produkál változást, állapota stagnál. Ez esetben a szabadság célja, hogy szembesüljön régi környezetével, önmagával. „Van benne rizikó, az is előfordul, hogy rájátszanak, hogy küldjük ki őket, de erre általában rájövünk, s addig nem mehet, amíg át nem értékeli a dolgokat. tehát ha öndestrukciónak érzékeljük, akkor várjuk, hogy megérdemeltbe forduljon át. De nagyon felkészítjük őket a veszélyekre. Ennek az egésznek az a célja, hogy szembesüljön a betegségével, régi környezetével, előző önmagával, de már józanon. meg a rögzültségeivel, sóvárgással, kamuzási kényszereivel, és hogy kikapcsolódjon, új társakkal ismerkedjen meg, használja a terápiában tanultakat, integrálja azt, építsen kapcsolatokat kinti, józan társaival. Naponta kötelező AA-ba, NA-ba, vagy GA-ba menniük. Úgy kontrolláljuk ezt, hogy egyrészt az őszinteségükre alapozunk, másrészt meg ismerjük a kinti önszorgató csoportokat, kiderül minden. Adunk neki felépült, hiteles szenvedélybetegek telefonszámait, s már innen, bentről fel kell hívnia. Így alakítjuk a józan kapcsolataikat, már nem csak a „diler” száma lesz meg neki, hanem olyan emberé is, aki hívható bármikor, ha baj van. Az oroszlanbarlangba úgy engedjük vissza őket, hogy közben kapnak támogatást, kapaszkodókat.” A tapasztalatok azt mutatják, hogy az érzelmi stabilitás, a teljes jogú tagság

garancia arra, hogy a terápiás visszatér, és folytatja a munkát a felépülés érdekében. Az ezt követő időszakban a figyelem, a tudatosság és a motiváltság fokozódik.

### **Búcsúztató**

A ház elhagyásának napján mindenféle rituális búcsú nélkül lép ki a terápiás a kapun. Szinte minden esetben a félutas házba költözik ki. Ha összegyűlik legalább 2-3, a programot befejező ember, akkor kerül sor, kb. távozása után 1-2 hónapon belül a csoportos „búcsúztatóra”. Ez a szimbolikus aktus az egyik meghatározó momentum a terápia során. *„Azoknak a társaiknak, akik sikeresen elvégezték a terápiát a többiek egy órás műsorral készülnek. Ezt általában a rehabilitációs otthonban tartják. Ilyenkor meghívják, pontosabban visszahívják a felépült szenvedélybetegeket az otthonba, s egy meghívottat hozhat magával. Az érintetteket és megajándékozzák egy színdarabbal, vagy egy- két énekkel, kis műsorral és egy szimbolikus ajándékkal. A búcsú azzal zárul, hogy az érintettek egy - saját nevüket tartalmazó - falevelet akasztanak fel arra a fára, amin azoknak a neve szerepel, akik az intézmény működése alatt sikerrel befejezték a programot. Ez a „Józság Fája”.*

A rehabilitációs otthonban töltött izoláció után a „kinti” élet nehéz és szokatlan a terápiások számára. A szakmai stáb javaslata alapján, a sikeres terápiát követő két éven belül nem javallott párkapcsolat létesítése. A Mérföldkő Egyesület Átmeneti Otthona lakhatást biztosít a rehabilitációról kikerült, felépülőben levő szenvedélybetegek számára. A „félutas ház” elnevezése szimbolikus fogalmazza meg azt, hogy a rehabilitáció csak az út elejének egyik kisebb állomása. A szabályok kevésbé rigidek, a mozgástér jóval nagyobb. Továbbra is ajánlott a heti több alkalommal való részvétel a különböző független öngondosító csoportokon, mint például a Narcotics Anonymus (NA), vagy az Alcoholics Anonymus (AA) csoportjain. *„Egy év növény, egy év állat, egy év párkapcsolat” - a lényeg, hogy fokozatosság legyen. Meg kell tanulni az öngondoskodást, meg a környezetünkről való gondoskodást és megvárni, hogy túléli a növény, aztán ha jól van az állatkád is, akkor készen vagy egy párkapcsolatra, szóval ez egy jó kis mondás. De én nem vártam meg, és szóval valamit bekavartam. Nem csak én voltam benne, de én is bekavartam ebbe az egészbe Szóval vulgárisan fogom mondani, ahogy szokták, hogy 'a felépülés elején a pina szaga, ugyanolyan, mint a kanálban füstölő heroiné'. Ugyanaz a hatás, elvisz mindent és tényleg, mindent elvisz. Elkezdtem a kereteimen lazítani, nem mondani igazat, elkészni a munkahelyemről, eljönni a munkahelyemről idő előtt. A szerelemnek a szenvedélye ugyan olyan függővé tehet, tehát nincs ugyan kémiai szer, tudod, hogy nem lehet, és akkor gyakorlatilag áthelyezed valami másra, és addikt módon tudsz csak*

*kapcsolódni. Tehát kapcsolati függőség lesz a szerfüggőség helyett. És már mindenki mondta ezt a környezetemben, és ezt megtanultam a terápiában, hogy ha mindenki mondja, bármit érzek, igazuk van! Ezt a ráhagyatkozást úgymond megtanultam. Ha mindenki mondja, ha tetszik, ha nem, az úgy van, érdemes nem a saját fejem után menni. Ez azért mondjuk segített.”*

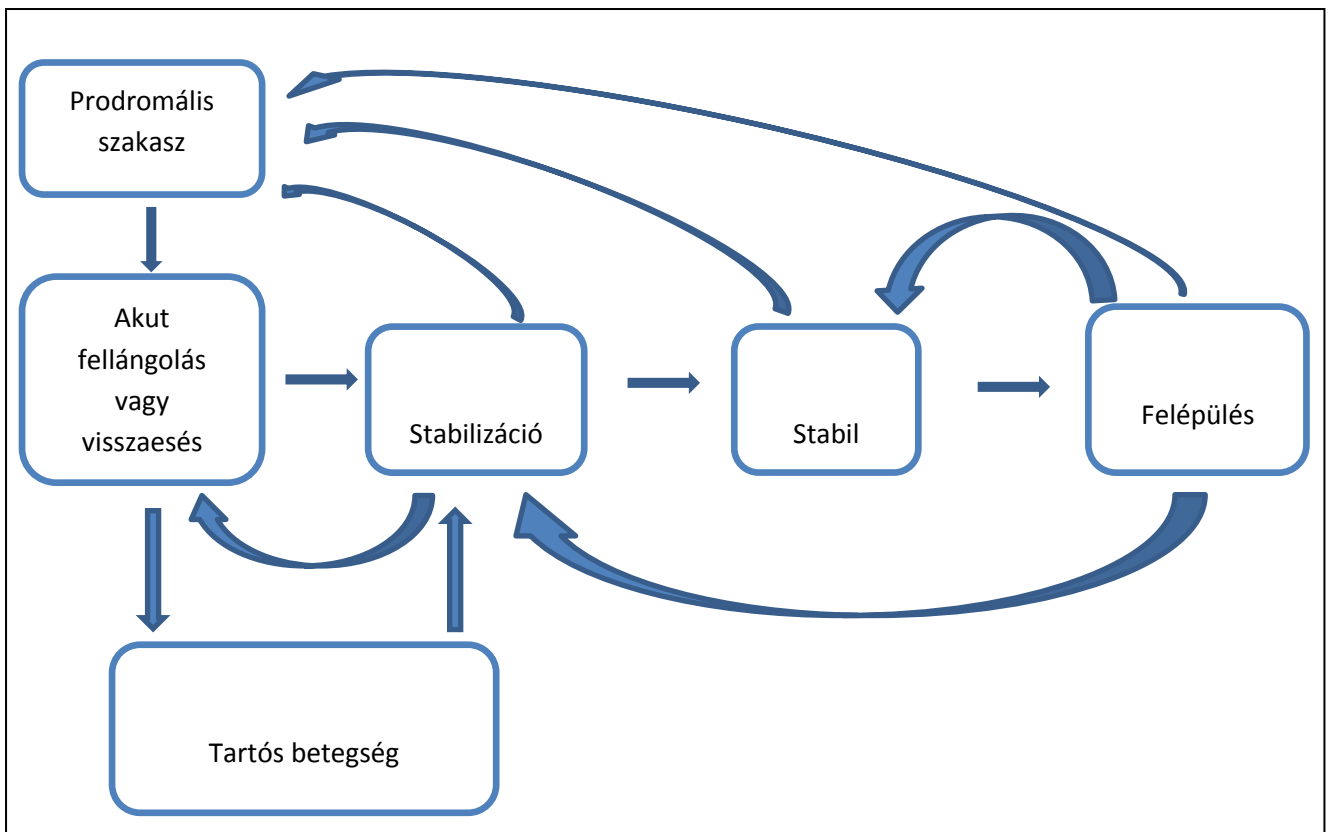
### **Multidiszciplináris stáb**

A Mérföldkő Egyesületnek körülbelül 20 fő főállású alkalmazottja van. A létszám évek óta állandó, a folyamatos fluktuáció ellenére. Az egyesületben dolgozó segítők nagy számban képviselik a felépült szenvedélybetegeket. Általában is jellemző tendencia, hogy a gyógyult szenvedélybetegek segítő munkakörben helyezkednek el, ennek egyik háttérént az állapot elfogadását, és annak identitászerű feldolgozásának igényét azonosíthatjuk. Másrészt az egyfajta „missziós munkának” tekinthető segítői praxis alkalmas terep arra, hogy az életmódban megjelenő mindennapi harcot, munkát, olyan szintéren jelenítsék meg, amely egyben alkalmas a sorstársi segítségnyújtás megélésére is. Rajtuk kívül szociális munkások, pszichiáter, valamint pszichológus dolgozik az intézményben. A stáb-összetétel szakmai heterogenitásának oka, hogy a szenvedélyproblémák többsége pszichoszomatikus, pszichoszociális jelenség, így azok kezelése komplex, többszintű feladat.

A szakmai stáb hetente egyszer tart megbeszélést. A megbeszélések tematikája magában foglalja az elmúlt hét eseményeit, a konkrétan felmerült problémák közös kezelési módusainak kidolgozását. Az összehangolt munka kizárólag konszenzus módján lehetséges. Összevetik a különböző nézőpontokat és közösen döntenek a közösség, s a tagok további teendőiről.

A rezidenciális (bennfekvéses) kezelési modalitás miatt a segítők ügyeleti rendszerben végzik munkájukat. Mivel az éjszakát is az intézmény területén kell tölteni, ezért 24 órás váltásban történik az ún. „átadás” rendszere. Az átadón a segítő részletesen beszámol az őt váltó társának a nap eseményeiről, a végzett tevékenységekről, a foglalkozásokról, a csoportmunka folyamatairól, mindezt kiegészítve meglátásaival, értékelésével. Nem kizárólag a közösségi dinamikák leírása zajlik, hanem egyenkénti, személy szerinti értékelés is. A kollektív és individuális szempontjai egyszerre érvényesülnek: ugyan minden beavatkozás a közösség érdekeinek, működésének fenntartására irányul, ám oly módon, hogy abban a személyközpontú törődés elvei is megmutatkoznak. Mindenki számára az egyéniségéhez, személyiségéhez legjobban igazodó terápiás programot dolgoznak ki, figyelembe véve

korábbi életét, pillanatnyi lehetőségeit, készségeit és képességeit. A betegségeket tekintve akut szakaszban járó „kicsik”, a stabilizáció, stabilitás, azaz a középidőszakban járó „idősebbek”, vagy a már tüneti felépülés fázisában járó „kiépítkezők” - mind máshol tartanak a felépülés folyamatában. Éppen ezért fontos a személyre szabott törődés: a terápiások kognitív képességei korlátozottak, a stresszre és a szociális ingerekre való érzékenységük nagy, így a szakaszokhoz igazodva kell a segítőnek strukturálni, korlátozni, titrálni mind a környezeteit, mind a pszichoszociális intervenciók mennyiségét, típusát, intenzitását és komplexitását is. A visszaesés kísértése sajátos módon része a felépülési folyamatnak, e jelenség kezelése az, amiben a segítők legfontosabb feladatát azonosíthatjuk.



Az ábra forrása: Liberman, P. B. (2010): Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai, Budapest. 101. oldal

A szenvedélybetegségből való felépülés folyamata anticipálja a relapszus bekövetkezését. A fázisok a következők:

- a zavar vagy a visszaesés prodromális, vagy korai figyelmeztető jelei
- akut fázis: a tünetek a legkifejezettebbek ebben az időszakban
- stabilizáció
- stabilitás
- tüneti felépülés
- funkcionális felépülés.

Az egyik fázisból való elmozdulás a másikig dinamikus és kiszámíthatatlan folyamat, gyakori visszaesésekkel, vagy elakadásokkal. A fázisokban töltött időtartam sem egységes. Néha hosszú moratóriumokra van szükség a fejlődés konszolidálásához, néha gyors áthaladás történik. Az akut szakasz után általában enyhülnek a tünetek, javul a pszichoszociális működés, ám ez utóbbi mindig elmarad a tünetek enyhülése mögött. (testileg hamarabb gyógyul, mint lelkileg). Az áthaladás sebessége is változó, függ pl. a biológiai vulnerabilitástól, a szociális kompetenciáktól, stresszoroktól, családi támogatástól (vagy annak hiányától), komorbiditástól, kezelés hatékonyságától. A visszaesés kockázatára jellemző típus-szituációk pl. a negatív érzelmi állapot, a személyközi konfliktus, vagy a „nemet mondás” képességének hiánya. (Kolozsi, 2009)

A közösségben létrejövő kapcsolat, a kapcsolódások hálózata elemi mikroközösséget, sajátos interakciós hálózatot, kommunikációs kontextusokat hoz létre, amelyben fontos, hogy minden publicitást, nyilvánosságot kapjon. A segítők karizmatikus szerepet játszanak a terápiások életében. Mint szerepmodellek, ők testesítik meg mindazt, amit a józanodóknak lelkileg és testileg is meg kell tenniük magukért. A segítők példájának követése alapján olyan életstílust kell elsajátítaniuk, ami hozzájárul tüneteik csökkenéséhez, viselkedésük módosulásához, s végül egy teljesen új identitás megszületéséhez.



## V.7. Összegzés

A vizsgált közösség megosztott kollektív szimbolikus tudással és az interakciók ritualizált formáival is rendelkezik, amelyekben bemutatják és módosítják ezt a tudást. E tudás ismételt megjelenítése minden rituális bemutatásban az önbemutató, a szociális rend biztosításának és transzformációjának útja. (Wulf, 224. o.) A rehabilitációs térben minden cselekedet közös cselekedet, így a rituálé sikere érdekében az eltéréseket redukálni kell. Ha a differenciák túl erősek, akkor a közösséget veszély fenyegeti. Az „elég jó” és a hatékony működés érdekében a rendszer kénytelen bizonyos szelekciós mechanizmusokat működtetni: ha individuális szinten olyan zavar keletkezik, ami a kollektív ideák és eszmék megkérdőjelezését vonja maga után, illetve viselkedésben megnyilvánuló koherenciát-bontó mentális működések válnak nyilvánvalóvá, akkor, többszörös kompenzációs törekvések után, annak sikertelensége esetén kidobja magából a tagot.

A változás terében szcenikus megrendezés, szociális hierarchiák, hatalmi viszonyok is láthatóvá válnak, a hatalom felosztása adja a közösség koherenciáját. A ciklikusan visszatérő rituálék célja, hogy biztosítsa a közösség jelenlétét, és megbizonyosodjon az ismétlésben annak rendjéről, transzformációs potenciáljáról. Az idővel való rituális bánásmód létrehozza az idő kompetenciáját, mint szociális kompetenciát. Az idő kezelése ebben a térben az elsődleges szocializáció deficitjeiből következően, az ott elmaradt kulturális tanulási folyamatok bepótolt eredménye. Az idő, annak szigorú strukturális szerepe, mint rendező elv, szabályozza a szociális együttélés egész területét. Az idő sok rituáléban szakrális idővé lesz. (Wulf:290)

A segítők törekvése arra irányul, hogy a priméren pragmatikus nézőpont helyett (amely során az együtt - cselekvés, mint praxis mindössze együttműködést hoz létre), a priméren szemantikus nézőpont elveit érvényesítve dolgozzanak együtt a rehabilitációban résztvevőkkel. E viszonyulásban a nyelv hozza létre a gondolatot, ami egymással beszélést, tehát közös munkát eredményez. (Trabant, 2003)

## VI. Az allegorikus regiszterek<sup>12</sup>

### VI.1. Bevezetés

Az általam felvett 12 élettörténet olyan kulturális toposzokat hívott életre, amelyeket az „*elkülönböződés*”, az „*önismeret, mint spirituális moratórium*”, a „*család, mint a kapcsolati etika hordozója*” és az „*értelmező közösség*” kategóriáival illetünk a dolgozat folyamán. Ezeket az allegorikus regisztereket<sup>13</sup> a terepmunka során nyert tapasztalataink alapján alkottuk meg.

### VI.2. A terápiás közösség, mint értelmező közösség: segítség, hiperreflexió, szimbolizáció

*„Az értelmezésnek, minden in-differencia ellenében, éppen a szöveg pluralitására kell igent mondania, ami nem azonos az igazzal, a valószínűvel, de még a lehetőséggel sem.” (Barthes, 1997:16)*

*„Az értelmezés tehetetlensége csupán a rizikótársadalom teoretikusai által ünnepeelt univerzalizált reflexivitás másik oldala: mintha reflexív képességünk csak úgy fejlődhetne és működhetne, ha létét és erejét valamiféle minimális „prereflexív” támaszból meríthetné, amit azonban képtelen megragadni, így az univerzalizáció ára a hatástalanság lesz.” (Zizek, 2011:16)*

#### VI.2.1. Bevezetés

A társadalomtudományos módszerekkel megragadható közösségfogalom létrehozásában az antropológia, a történelmi törekvések és a szociológia tudománya vállalt elsődleges szerepet. A „közösségtanulmányok” nevezett műfaj 20. századi kialakulása egyre inkább maga után vonta a közösségek létszámának és történeteik időtartamának körülhatárolódását. A szociológiával ellentétben - amely leginkább a „nagyközösségekkel”, a tömeggel”

---

<sup>12</sup> A Magyarországon, szintén a 12 lépés által keretezett, addiktológiai terápiás közösségek működése és struktúrája hasonló, az említett konceptuális meghatározottság miatt. Ennek ellenére a következő 4 alfejezetben foglalt allegorikus regiszterek egyfajta partikuláris, helyi „indoktrináltság” következményei, így azok értelmezése kizárólag az adott kontextusban lehetséges.

<sup>13</sup> Az allegória fogalma az antropológiai szövegben olyan narratív fikcióra utal mely önmaga megmutatásában mindig egy másikra irányul, tehát a kulturális szöveg tartalmi és formai szinten is túlmutat a leírt szövegen. Erről lásd bővebben a Clifford és Marcus (1986) által szerkesztett „Writing culture. The Poetics and Politics of Ethnography” kötetet és magyar nyelven a Thomka (1999) által szerkesztett „A kultúra narratívái” c. kötetet.

foglalkozik, - az antropológusok érdeklődésének középpontjában az ún. „kisközösségek” állnak. (Tóth, 2002) Az emberi kapcsolatok vizsgálatában - a klasszikus pszichológia élményközpontú megközelítmódja mellett a viselkedésközpontú szemlélet megjelenésével - a kutatások irányultsága már a társas tér, mint a viselkedés fő meghatározója felé irányult. Az utóbbi évtizedekben nyilvánvalóvá vált, hogy a lélektanon túl a szociológia, illetve a kulturális antropológia tárgyává kell, hogy váljon a kapcsolatok problematikája, így az határterületté, illetve interdiszciplináris feladatkörre vált. A fejezet a sajátos közösségi képződménynek tekinthető, az ideiglenesség által jellemzett, terápiás jellegű, rehabilitációs célok érdekében szerveződött kisközösség antropológiai vizsgálatában felmerülő kutatói kérdéseket állítja fókuszába. A vonatkozó ismeretelméleti háttér teóriáinak felhasználásával, a vizsgált csoport bizonyos közösségi jellemzőinek azonosítására tesz kísérletet. Az életút narratívák részleteinek segítségével rávilágítok arra, hogyan működik a közösség módszerként, egyfajta „terápiás szövetségként”, s arra is választ keresek, hogy az „értelmezés” folyamata mennyiben bír közösségi funkcióval.

### **VI.2.2. A vizsgált közösség „tematizálása”**

Egy közösség leírása általában a reprezentáció antropológiai problémáját veti fel. A közösségek számtalan amorf és társadalmi alakba rendeződése miatt, a formák pluralitása és káosza teoretikus dilemmához vezet (Becze, 2010). A vizsgált közösség tekintetében ezek a dilemmák fokozottan jelennek meg, hiszen a közösség-imaginációk újabb koncepciói alapján az adott csoport többféle kategorizálása, tematizációja is lehetséges.

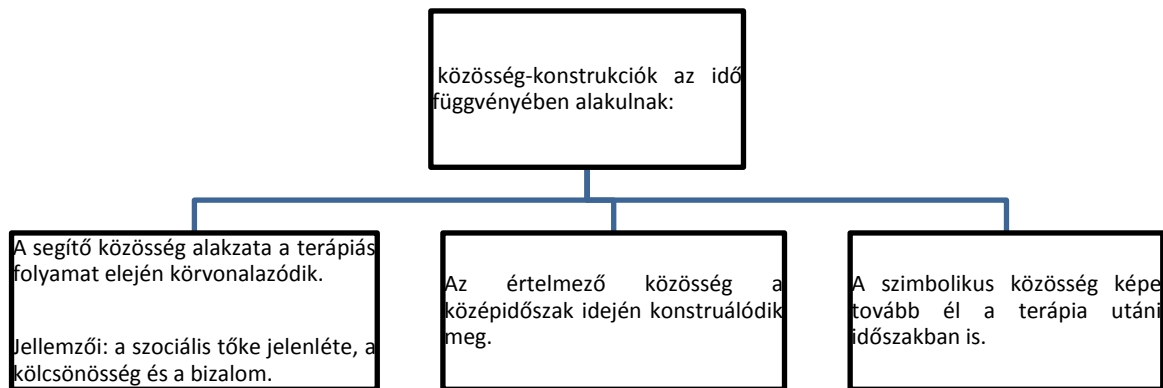
Cohen (1985) négy kritériumot határoz meg a közösség szimbolikus konstrukciója során: a tér (a lokalitás, a geográfiai identitás) szerepét, a csoporttá válás azonos érdekeit, a tagok közötti társadalmi interakciókat és a társadalmi cselekvés szerepét. E négy kritérium mindegyike azonosítható abban a megfogalmazásban, amelyet a Terápiás Közösségek Európai Szövetsége (EFTC) a TC definíciójaként adott meg: „A terápiás közösség olyan drogmentes környezet, amelyen belül a szenvedélybetegséggel élő emberek szervezett és strukturált módon élnek együtt annak érdekében, hogy támogassák a változást és lehetővé tegyék a drogmentes életet a külső társadalomban. A terápiás közösség kicsinyített társadalmat mintáz, amelyben a bennlakók és a munkatársak, mint facilitátorok, meghatározott szerepeket töltenek be, és egyértelmű szabályokat tartanak be, melyek mind a lakó megváltozásának folyamatát

hivatottak elősegíteni. Az ön- és kölcsönös segítség a terápiás folyamat pilléreit jelentik, melyben a lakó a főszereplő, aki elsődlegesen felelős a személyes növekedéséért, és aki értelemmel felruházott és felelős élet kialakítására törekszik, védelmezve a társadalom jóllétét. A program önkéntes, amelyben a lakót nem lehet az akarata ellenére kényszerrel a programban tartani.” (Broekaert, Kooyman, Ottenberg, 1998)

A vizsgált csoport közösségként való értelmezése után, olvasatomban a „segítő közösség” - a „hiperreflektív” („elbeszélő-értelmező közösség”) - a „szimbolikus közösség” fogalmi triásza mellett érvelek, azokat egyfajta lineárisan végbemenő folyamat stációiként értelmezve. Segítő közösségként tekintek a rehabilitáción terében már adott, létező közösségre, hiszen annak szociális tőkéje, a tagok közötti kapcsolat, annak megtartó ereje olyan, kölcsönösségen és bizalmon alapuló mikro-társadalmi hálózatot rajzol ki, amellyel az újonnan a közösségbe érkező, a világban elszigetelt individuumként nem rendelkezik. A drogkarrierjük végén tartó szerhasználók általában szociális izolációból, pszeudo, szerhasználó közösségek tagjaiként jelentkeznek a rehabilitációra.

Az értelmező közösség koncepciójának használatát a közös kulturális jelentések létrehozása indokolja. A rehabilitáció szimbolikus terébe „bevitt” történetek, az életutak, minden szempontból megfelelnek annak a hagyományos elvárás rendszernek, mely szerint ezek interpretációra érdemes szövegek, hiszen az értelmezésük nehézségbe ütközik. A szövegek általában nem lineárisak, nem átláthatóak, az olvasatok kialakítására szükség van közvetítő interpretátorra. Ezt a szerepet a segítők, az idősebb társak, a későbbiekben pedig maguk az elbeszélések főszereplői töltik be.

Végül a szimbolikus közösség terminusa arra utal, hogy a kulturális kötődések (józan kultúra), vonzerők (tisztának maradni), jelentések, szimbólumok, határok (normi - függő) meghatározó ereje tovább él, a közösséggel való fizikai szakítás után is. A közösség integritása tehát a rehabilitáció utáni időszakban, a felépülés valódi próbája során, a társadalomba való integráció folyamatában tovább él, azt pszichés, érzelmi, mentális, vagy szimbolikus alapok, kötődések határozzák meg.



(Az ábra saját szerkesztés)

Jellemzői:

- A segítő közösségben: a szociális tőke jelenléte, a kölcsönösség és a bizalom.
- Az értelmező közösségben: a kulturális jelentések szerepe, az interpretáció és a reflexív-dialogikus együttlét.
- A szimbolikus közösségben: a józan kultúra, mint életvilág, az integritás és a kötődések megtartó ereje.

De Leon (2000), - aki „tanuló közösségnek” is nevezi a TC-t - nevéhez fűződik a „közösség, mint módszer” koncepciójának megalkotása. Ennek jellemzői a következők:

- Szociális szerepek felvételének lehetősége. *„Keményen felnézek rá, merthogy ő abból jött, amiből én, zenekarban játszik, s nekem nagy dolog, hogy olyan ember, akinek a koncertjein voltam, a segítőm.” (Zo)*
- Közösségi visszajelzés. *„Tulajdonképpen az egész terápia nem szól másról, mint aki hozzánk bekerül, annak az önreflexiója, az önreflexiós képessége fejlődjön, annyira, hogy ő rálásson magára, olyan dolgokra, olyan dolgaira, amikre korábban nem. A közösség többi tagja is segít neki ebben, úgy, hogy ők is reflektálnak mindarra, amit tesz. Működéseire, megoldásaira. Önértelmezés zajlik, de olyan szempontból, hogy inkább az önreflexióját használjuk, hogy mindig tud reagálni saját magára. Tehát hogy: Oké, belőlem ezt hozta ki, talán innen jött, talán onnan jött, erre akkor én hogyan reagáltam. Meglegyen az a képesség, hogy visszanezzem, visszakeressem a múltból.”(R)*

- Az idősebb tagok, mint szerepmodellek megjelenése. *„Aztán ami szokott segíteni, amikor az idősebb terápia a fiatalabbal, az újonnan érkezővel beszél. „Hát igen, amikor én is így voltam! Amikor bekerültem a házba nem tudtam aludni, nem tudtam enni! Minden idegen volt! Kínaiul beszéltek! Semmit sem értettem. Aztán látod, most már itt vagyok!” Na, ennek van egy nagy benntartó ereje még.” (N)*
- Kapcsolatok létrejötte, az egyéni változás indikátoraiként. *„Olyan hely ez, ahol kiventilálhatom magam, ahol nem kell egyedül éreznem magam.” (Bo)*
- Kollektív tanulási gyakorlatok csoport keretek között. *„Sokat tanultam magamról, függőségemről, annak törvényszerűségeiről. A tematikus csoportokon van egy óráim magamról beszélni.” (T)*
- Sajátos kultúra és nyelv: ünnepek, rituálék, hagyományok. *„A rituálékat folyamatosan csiszolgatjuk. Ha a változás felől nézzük, akkor mondjuk célszerű megtenni, pl. levágni a haját, annak, aki bekerül, hogy a múltjával kapcsolatban húzhasson egy vonalat, valami más kezdődik, valami új. Akár ezt a külsővel, a hajával kifejezni. Akár ez is benne van ebben. Van, akit az tartott ott, hogy levágták a haját. Ilyen is volt.” (N)*
- Struktúrák és rendszer. *„Számos dolog szájhagyomány útján megy, tehát éppen ezért kicsit változik is, igazán ez egy ilyen folyamatosan állandó változás, és nem csak azért, mert mindig mások vannak a terápia közösségben, hanem mert mi magunk, a segítők is változunk, meg a módszerek. Ha olvasok egy könyvet, hú, mi lenne, ha ezt kipróbálnánk! Hú, mit szóltok hozzá? De ezt mindig közösen dönti el a stáb, nem csak úgy hirtelen, alapos megbeszélés van arról, hogy mit bírnak el. Most az egyik kollégánk olvas egy nagyon jó könyvet, teljesen fellelkesített engem is, meg az egész stábot. Sématerápia. Amerikai módszer és hogy ebből mit tudnánk beemelni a terápiaiba, tehát számos ilyen dolog van, amiket tudunk behozni, kicsit változtatni. A tehetetlenség élmény, hát az elég gyakori segítőként, akkor gyorsan ezt most kipróbálom, de volt olyan, hogy használt, és mondtam a kollégámnak és ő is elkezdte használni, úgyhogy nagyjából így mennek dolgok, ez is szokott működni.” (R)*
- Nyitott kommunikáció. *„De egyszerűen elkezdenek érdeklődni ezek iránt a dolgok iránt, hogy hogy is van ez, mint is van ez. És ez általában megérinti az embert, hogy másképp is lehet élni, mint ahogy ezt ő hirtelen, egy sínre beállítva elképzeli.” (Z)*
- A közösségi és az egyéni egyensúlya. *„Pontosan azért önsegítő közösség ez, mert iszonyatosan sokat tudunk segíteni egymásnak, ugyanolyanok vagyunk, ugyanolyan érzésekkel, örömmel, mélypontokkal. Kórház, gyógyszer ezekben nem tud segíteni.” (Zs)*

### VI.2.3. Az „értelmező közösség” a rehabilitáció átmeneti terében

Az értelmező közösség (interpretative community) Stanley Fish-től származó fogalma számos vitát indukált a hazai elméleti gondolkodók körében.<sup>14</sup> A fordítástudomány - a fordításelmélet és a fordítástechnika - terminológiáját, módszertanát többek között az antropológia is a magáévá tette. Lázár (2008) Ricoeur nyomán az identitás és a másság integrálódásának három útját írja le. Témánk szempontjából kiemelkedő fontossággal bír a fordítás (transzláció) folyamata. Amennyiben ugyanis elfogadjuk azt a kiindulópontot, mely szerint az elkülönített nyelvek „közösségeket” is jelölnek, annyiban a fordításra alapvetően funkcionális műfajként kell tekintenünk. Mind a terápiás kezelési modalitások, mind az ismert énikus etnográfusi attitűd tartalmazza azt az elgondolást, mely szerint a megosztott történetek kapcsán felmerült eszméket, ideákat, elképzeléseket a másik által használt szókincs, terminológia segítségével írjuk le. „A transzláció a nyelvi és egyben kulturális és spirituális udvariasság gesztusa is, a szellemi vendéglátás helyzete.” (Lázár, 2008:69) Ezt az attitűdöt írja le a következő interjú részlet is, amely a terápiás otthon egyik segítőtől származik. Az idézet rámutat arra, hogyan válik a józan kultúra képviselője annak mediátorává, s arra is, hogy a másik történetének elismerése valójában annak legitimációját, integrációját is jelenti. *„Mondjuk nekem volt az a nagyon nagy tapasztalásom, hogy hát én 7 évig tulajdonképpen ebben éltem, a pszichiátriai klinikán, az orvos-pszichológiai csoporttal. Ott ültem az esetmegbeszélőkön, az osztáscsoportokon, a viziteken, az osztály szupervíziókon és hogy szívtam magamba azt a tudást. És így bizony sok dolog van, ami előjön, amit tudtam használni és hasznosítani, sőt az első időszakban ez volt nagyon nehéz, hogy pont ez a fajta terápiás nyelvezet, ami Pécsváradról jött át, ahhoz én hogyan tudom illeszteni az én szókincsemet, meg azt a fajta tudásomat, amit a klinikán tanultam. Úgyhogy ne szaknyelveket, szaknyelvet használjak, erre máig is törekszem, hogy amennyire lehet, az életem minden területén a szakszavakat, az idegen szavakat kerülöm. Nem is használom, nem is szeretem őket használni. Egyrészt, mert valami mást jelent a mai nyelv. Másrészt meg, nyilván hogyha valami szakszöveget írok,*

---

<sup>14</sup> A Stanley Fish által megalkotott „értelmező közösség” (interpretative community) fogalmáról lásd bővebben: Kálmán C. György (2001, szerk.): Az értelmező közösségek elmélete. Balassi, Budapest, és N. Kovács Tímea (2004, szerk.): Kultúrák, szövegek és határok: a fordítás. A fordítás, mint kulturális praxis. Jelenkor, Pécs. 6.

*olvasok, azért belefér, akkor szakemberekkel beszélgetek, de terápiásokkal sose. Töreksem arra, hogy minél egyszerűbben, érthetőbben tudjak elmondani dolgokat.” (R)*

Az „értelmező közösség” fogalmának újragondolása, értelmezése tehát alapvetőnek tűnik számomra a terápiás közösségek létmódja tekintetében is. Az értelmezés és a fordítás összefüggései alapján indokoltá válik az is, hogy jelen kontextusban a „fordítás” fogalmát tágabban, a kultúrák közötti interakciók felől értelmezzem. Ez a műfaj a rehabilitáció terében is érvényes gyakorlatot aktualizál, közvetlenül a nyelvek között közvetít, s ez által olyan narratív diskurzus jön létre, amelyben a józan és a függő kultúra beszédmódjai találkoznak egymással.

A segítő, a józan kultúra beszédmódját közvetíti a függő kultúra mintáit hordozó terápiás számára, azonban ez nem kizárólag hétköznapi szóhasználatot jelent: a pszichoanalízis, a 12 lépéses közösségek nyelvi szótára, és a tanult ismeretelméleti háttérre jellemző terminológia keveredik az új, közvetített nyelvben. *„A pszichoanalízis nyelvhasználatán kívül még más rendszernek a teoretikus, vagy fogalmi készletét használjuk, jön még be az önsegítő közösségeknek az irodalmából, mert igazán az a munka, amit mi végzünk, az arról szól, hogy aki hozzánk bekerül, hogy előbb utóbb be tudjon kerülni egy olyan önsegítő közösségbe, ami őt majd megtartja. Hát nyilván esetleg más pszichoterápiás, pszichológiai irányzatokból is kerülhet még be fogalom, úgy gondolom. Például pszichodramából vittem be elemeket, de ez annyira nem specifikus. Azonosulási kör.” (R)*

A segítők a fordítás révén egyfajta kulturális gyakorlatot valósítanak meg, hiszen a „másik” létmódjához való hozzáférhetetlenség ellensúlyozására a transláció az egyik adaptálható kísérlet. A mediátori szerep felvétele a segítők részéről, feltételezi a két közösség, a két kulturális gyakorlat egymástól való elkülönülését, egyúttal a közvetítés feladatának akceptálását is. Itt kell megemlítenünk azt a jelenséget, mely szerint a függő segítők e tekintetben bizonyos előnnyel bírnak normi társaikkal szemben: általánosságban tapasztalható, hogy a közös sors és élményközösség, a hasonló kulturális háttér, hitelesebb segítői szerepkört biztosít számukra.

Ricoeur (1984) narratív elméletére hivatkozva is megállapítható, hogy a drogfüggőnek különösen szüksége lehet az „irodalom” segítségére. Meglátásaink alapján a rehabilitációs térben „újrászocializálódó” függők szempontjából különösen igaz ez az állítás. Az „irodalom” kifejezés, esetünkben, tág értelemben használatos: a fikciót, az elbeszéléseket, a valós, vagy vélt ideákat, a laikusnak tekinthető betegség-magyarázatokat, valamint a függőségről szóló



szakirodalmat, sőt magát a cselekvést, az emberi viselkedést is e kategóriába soroljuk. Ez utóbbi meghatározó jelentőséggel bír a terápiás térben. A segítők feladata „olvashatóvá” tenni az „itt és most” eseményeit, azok feldolgozása a verbalizálás révén, történetekké alakítás által válik lehetővé. Az olvasás, és az elhangzott szövegek olvashatósága révén a szenvedélybeteg értelmezhetővé teheti az életét, s képessé válhat a változásra. Ezt a felvetést tükrözik a szakemberek által végzett gyakorlatok is, amelyek elsősorban arra irányulnak, hogy megtalálják pácienseik élettörténeteinek fordulópontjait. A rehabilitációs otthonban dolgozó segítők bizonyos szociológiai és pszichiátriai modellek - pl. a már említett pszichoanalízis és a 12 lépéses mozgalmak fogalmi készlete és elméletei - fényében tárják fel klienseik életútját, különösen a gyógyulási időszakra vonatkozóan. *„Tehát ez egy olyan szint, amit nem az ember alkotott, nem az ember teremtett. Talán jó esélyünk lesz arra, hogy valaha ezt meg tudjuk érteni, le tudjuk írni, de lehet, hogy sose. Mert a saját szintünket kutatjuk már és a miérteteket itt nagyon megtaláltam, vagy a válaszokat ezekre a kérdéseimre, pl. hogyan működnek emberek, és itt akár mondjuk az anatómia az élettani is, de a lelki folyamatok működése is. Akár ebben benne van a saját önismeretem, saját önismeretemen keresztül a „hogyan”: Hogyan működöm én? Hogyan, mi alapján jönnek ezek a dolgok? Hogyan, mi alapján reagálok így? Tényleg az van- e? Tényleg úgy van- e? Én hogyan működök? Egyedül, emberei viszonyulásokban, emberi kapcsolatokban? Ha valami bennem van, akkor az honnan jön, hogyan jön. Ez tömény pszichológia is egyben. Tehát ha valakinek értem a viselkedését, megértem azt, hogy oké, most mondjuk miért volt indulatos, hogy miért volt dacos, miért volt lekezelő, miért volt felsőbbrendű, vagy miért mondta nekem ezt, minek nyomán, hogyan? Akkor én őt el tudom fogadni. Az értelmezés és az értelem adás, az értelem tulajdonítás az elfogadást segíti elő. A rehabon is. (N)*

*Azt gondolom, hogy az ott valóban egy értelmező közösség. És valóban a munkánk jelentős része arról szól, hogy egy helyzetet értelmezünk, értelmeztetünk. Azzal a tudással, amit az ottani terápiás közösség már átlát, kezelni, alkalmazni képes. Tehát mondjuk, van egy konfliktus helyzet két terápiás között, és akkor oké, elmennek akár az anyázásig, a kurva anyázásig, az üvöltözésig és utána leülünk akár és akkor átgondoljuk. Oké nézzük meg, hogyan jutottatok el eddig? Miről szólhat valójában ez, mert ez csak felszín, hogy kiabáltok egymással, dühöseket vagytok, miről szólhat ez? Honnan hozod? És akkor ezt meg tudjuk nézni, hogy egy hétre visszamegyünk, azt a fajta érzelmi folyamatot, amibe mondjuk az egyikőjük került, az honnan indult el? Lehet, hogy mondjuk hétfőn érte egy csalódás, ezt nem tudta felvállalni, elmondani. Ott dolgozott benne, érzékenyebb lett, nem tudott ezzel a helyzettel mit*

*kezdeni, nem osztotta meg, nem mondta el, nem kért erre, nem is kapott segítségeket, hanem saját maga őrlődött, tipródott, forgatta ezt magában és közben erre még jött rá pár dolog. Ugyanúgy a másik résztvevő félnél, hogy nála ez vajon honnan indult el? És azt gondolom, ha ők ezt meg tudják érteni, ezt a folyamatot, akkor meg tudják érteni a saját viselkedésüket és miután hallják, hogy a másik honnan indult el, meg ő honnan indult el, meg értik és el tudják fogadni a másik viselkedését. Nyilván azt szoktam mondani és nekem a Rogers segít ebben sokat, hogy „Téged elfogadlak, de a viselkedésedet, azt nem!” Azt gondolom, hogy a megértettségük, megértésük az a legfontosabb és ezen keresztül pedig a függőségük megértése. Az, hogy milyen élethelyzetekbe kerülnek a függőségük nyomán, és itt már az, hogy mik a betegségük törvényszerűségei. Ha azokat megértik, akkor már látják őket, megértik, tudják kezelni. Az „itt és most”-ban.” (R)*

Az „NA - irodalmak” kifejezés azokat a „belső használatra” készült könyveket, kiadványokat jelenti, amelyek a felépülni vágyók részére útmutatásul szolgálnak. Hivatalos magyar fordítás szinte nem létezik, ám különböző „magánfordítások” elérhetőek mind nyomtatott, mind elektronikus formában. A teljesség igénye nélkül felsorolunk néhányat: Narcotics Anonymous Basic Text; It Works. How and Why; The Twelve Steps and Twelve Traditions of Narcotics Anonymous; The Narcotics Anonymous Step Working Guides („lépésfüzet” önismereti munkafüzet); Just for Today. Daily Meditations for Recovering Addicts (Csak a mai nap. Napi meditációk Felépülő Függők számára); Who, What, How, and Why (Ki, mi, hogyan és miért); White Booklet Narcotics Anonymous, „Fehér Könyv”.<sup>15</sup>

A rehabilitáció terében megjelenő egyik domináns értelmezési keretrendszer a 12 lépéses „kánon”, valójában egy megörökölt, befolyásolással bíró, tekintélyt parancsoló, sorstársi elbeszéléseket tartalmazó, meghatározott gondolati, értelmezési és kulturális paradigma. A közösség elkerüli a túlságosan leegyszerűsítő értelmezéseket, ugyanakkor a pszichológiai elméletek terminológiáját használva egyfajta közösségi tekintélyre alapozott hermeneutikát hoz létre. A közösség értelmező közösségként funkcionál, és a terápián résztvevők az adott értelmező közösség tagjaként, referenciaszemélyként tekintenek segítőkire, s referenciaként élik meg saját közösségük értelmezését. A közösségi tekintélyre alapozott hermeneutika módszere a tekintélyt a szövegről az értelmező közösségre helyezi át. „Az első öt lépésig

---

<sup>15</sup> Erről lásd bővebben: Bajzáth (2008): A Narcotics Anonymous - Névtelen Drogfüggők magyarországi közössége kialakulásának története és működésének néhány sajátossága. In: Addiktológia, 2008. 2. 131-165.

*megyünk igazából a terápia ideje alatt. A többi később jön majd nekik. Beismerni, hogy függő vagyok. Nem tudom irányítani a dolgaimat. A függőséget nem lehet irányítani, át kell adnom nálam valami nagyobbak. Ha Istennek még nem tudja, akkor adja át először a közösségnek! Az akaratomat át tudom adni, helyreállhat a józanságom valamilyenfajta a felsőbb erő segítségével, valami spiritualitással, legyen az valami természetfeletti, de legyen az akár először a közösség is.” (N)*

Szociológiai kutatások hangsúlyozzák annak fontosságát, hogy a kábítószer-fogyasztásból való felépülés folyamatában *a nem-függő identitás konstruálása* az egyik lényeges momentum. Giddens (1990) alapján a felépülés folyamatát narratív mechanizmusok sorozataként azonosíthatjuk. A nem-függő identitás megteremtése kapcsán 3 fő terület körvonalazódott a kutatók számára:

- A kábítószer használó életmód aspektusainak reinterpretációja.
- A szelf identifikáció, az én értelmezésének rekonstrukciója.
- A felépüléshez fűzött meggyőző magyarázatok készlete.

Az otthonban dolgozó szakemberek és a felépült függő munkatársak a függőséget általában olyan módon próbálják meghatározni és operacionalizálni, hogy az általuk megalkotott fogalom tükrözze a társadalom működési zavarait, annak szimptomáit, s a terminus maga is összhangban álljon a szakmai környezetben használatos paradigma, paradigmák fogalmi készletével. Ez a megközelítés hasznosnak bizonyul, a tekintetben, hogy közös mintát, vonatkoztatási keretet hoz létre a rehabilitációs gyakorlat és a kutatás számára. Azonban, mivel a függőség kialakulásának hátterében máig sem azonosítható adott pszichés struktúra, sem személyiségzavar (Tims, Leukefeld és Platt, 2001), elmondható, hogy a domináns diskurzusok és modellek, olyan jelenség értelmezésére tesznek kísérletet, amelyben nem létezik egyetlen igazság. A rehabilitációs otthonok egyedi, hosszú távú, analitikus jellegű kezelési modalitása lehetővé teszi, hogy a függő személy az igazság helyett igazságokat keressen, a közösség segítségével. Mind a rendelkezésre álló idő, mind pedig a közösség, azaz a többi sorstárs jelenléte ezt a célt hivatott szolgálni. Olvasatomban a vizsgált intézmény tehát a narratív megközelítést helyezi kezelési módszerének, interpretációs gyakorlatának fókuszába. *„Ott van aztán az is, amikor a múltjkkal foglalkozunk. Azt gondolom, hogy a gyermekkori frusztrációik nagyon meghatározzák a viselkedésüket, és ami igazán megjelenik, az nem csak az ő saját belső világukban, hanem a környezetükkel való együttműködésükben.*

*Hogyha valaki valami régi gyerekkori fájdalmat hordozgat magában, akkor benn az ott dolgozik, és igazán a múltja dolgozik benne és nem tud ott lenni a jelenben és ennek nyomán sokkal érzékenyebb. Konfliktusokba megy bele, nem tud ezzel mit kezdeni, mert azt a fájdalmat, amit gyerekkorában megélt volna, azt nem tudta, nem volt meg hozzá az én ereje. Most itt egy terápiás közösség erre is lehetőséget ad. Meg arra is, hogy visszanézzon. Tehát Te is tudod, hogy írják az önéletrajzukat. Család csoportjuk van, drogkarrier csoportjuk van, kapcsolat csoportjuk van, félelem csoportjuk van, szégyen- bűntudat csoportjuk van, ezek mind- mind a visszatekintést teszik lehetővé. Az önmaguk megértését, nyilván a betegségük megértését.” (B)*

#### **VI.2.4. A hiperreflexió veszélyei**

A fent leírtaknak azonban több lehetséges veszélye is van. Az újonnan megteremtett identitás általában fiktív, vagy történeti karakterekkel való azonosulás útján történik. Önmagunk újraalkotása esetében az önismeret alapvető fontosságú, éppen ezért fontos, hogy a segítők az új identitás kialakításának útján a terápián résztvevők kritikus kísérőivé váljanak. *„Túlságosan mélyre megyünk. Óriási nagy felelősség. Nem biztos, hogy egy csoportterápia erre jó. Erre talán az egyéni terápia jó. Annak az értelmezésnek van tere inkább, hogy az „itt és most”-ban értelmezzünk, például szerelemmel kapcsolatban, ha párképzés van csoportban. Hogy ez miről szól? Mit akarnak pótolni ezzel? El tudjuk mondani, ha valaki szerelmes. Általában a szerelemnek vége lesz, általában szét szoktak menni. Például ez egy értelmeztetés, hogy miért nincs önértékelése? Vagy kevés az önértékelés. Valaki rád néz, szép vagy, hú de jól nézel ki! Rögtön azt hiszed, hú de jó valami pozitívum ért. Mert mi van különben? Szégyenérzetek, iszonyatos bűntudatok, a régi dolgok miatt, ami feljött, az a 10 év, vagy 15, vagy 5, vagy bármennyi, annak az érzésvilágának az újra feldolgozása történik meg igazából. Azoknak a kibányászása jön, meg azoknak a felszínre hozása történik meg, a családból is különben. Itt legfőképpen a használat alatt átélt dolgokat. Amikor ezen dolgozik valaki, amikor közel jönnek ezek az érzések, akkor meg lehet vakulni, mélyebbre lehet menni. Mindenestre önértékelésük általában nincs, mert nincs iskola, nincs barátnő, kapcsolatok, semmi, munka sincs, csak hajléktalanság van, vagy kurvaság, vagy bármi más rossz. Teljesen a negatív érzéstartományban van. És valaki ránéz, és azt mondja neki, hogy „hú de jó!”, és akkor ott elfelejtődik az, hogy miért is jött ide.” (N)*

Ricoeur (1992) szerint az azonosulás útján lehetséges ugyan képzeletbeli variációkba belehelyezkednünk, ám annak kockázata is lehet: képzeletben élni annyit jelent, hogy kivetítjük magunkat egy megtévesztő képbe, amely mögé el lehet bújni. (vö: Yalom) Az azonosulás ez esetben önmagunk becsapásává válhat, önmagunk előli meneküléssé.

A másik lehetséges veszély a „kóválygás az egymással versengő modellek” között. Ricoeur (1992) szerint úgy értelmezhető ez a helyzet, hogy az egyéniség számára elvesz a hasonlóság támogatottsága, s sodródik a sokféle azonosulási modell között, mígnem elveszíti saját identitását a támogatottság hiányában, vagy elkerüli annak kockázatát, hogy felülírja a hasonlóságot. Mindez főként a terápia után jelentkezhet, akkor, amikor a függő elhagyja a védettséget jelentő terápiás teret, s visszakerül a társadalomba. *„A félutasok azt szokták mondani, hogy felejtsd el a terápiát, most kint vagy. Sok, amit mi nyomatunk. Sokszor mondom, hogy menjünk focizni, mert közösségi után, ha megyünk focizni, elviszi a feszültségét a csoportnak. A feszültséggel lehet jól dolgozni, csak elvérezhetnek benne. 8 hónapon keresztül, 9 hónapon keresztül elvérezhetnek benne. Kellenek szelepek, hogy engedjünk ezekből. Kell ping-pong-ozni. Kell közös dolgokat csinálni, tudod?”(N)*

Az idő előtti távozások, a magas fluktuáció háttérében bonyolult folyamatok állnak. Ezek közül egyet emelek ki. Az ún. folyamat-fókuszálás jelensége alatt az „itt-és-most” viselkedés permanens elemzését értjük. Miles (1970) szerint a folyamat kommentálása világunkban nemkívánatos viselkedés. A másik magatartása elemzésének tabuja hétköznapijainkban több okra vezethető vissza, így: a szociális szorongásra, amely a gyermekkori szülői kritika emlékét idézi fel, a szociális normákra, mivel a folyamatos megfigyelés és elemzés az interperszonális kapcsolatok konfliktuózus jellegét erősítené, a félelemre a megtorlástól és a hatalom megtartására, ami az életünkben uralkodó hierarchia-piramis megszüntetését jelentené. Ez a tabu a terápia speciális terében feloldódik, annak áthágása egyfajta előírászerű normává válik. A folyamatmagyarázat mindenki feladata a körben, arra nem csak a segítő jogosult. Magában foglalja az egyszerű viselkedés - és magatartásmód megcímkezését, különféle cselekvések párhuzamba állítását, magatartásmintázatok feltérképezését, a következmények kiemelését, a jelentések és motivációk értelmezését. Mindez rendkívül megterhelő, hiszen a terápiásban telítettséget válthat ki a régmúlt pszichikai élményeinek rekonstrukciója. *„Szóval, eléggé leásunk a dolgoknak a mélyére! Vannak olyan gyermekkori sérülések bizonyos emberekben, ha amikbe mi belenyúlnánk, szóval én nem pszichológus vagyok, vagy pszichiáter, még most leszek szociális munkás, remélem januárban, hogy amihez én nem érzem magam feljogosítva, kiképezve, hogy olyan dolgokhoz*

*vezessem vissza, az aktuális, mozdulatokat, amik, nem biztos, hogy oda vezetem vissza, ahonnan ered. És ez a vonal, ez erőteljes volt. Mikor mentem Szénára dolgozni, akkor nagyon erős volt, hogy vezessük vissza az apához való kapcsolatához. Basszuskulcs 3 hónaposan, amikor azzal dolgozik, hogy éppen érez, éppen közel jönnek az érzései, elkezdünk mélyre menni, bele lehet kattanni! Nagyon jó, hogy itt van a pszichológus különben, mert ő tök szépen szét tudja boncolgatni ezeket a dolgokat.” (N)*

Itt említendő még Foucault „mássá lenni” elve. Ha az egyén ezt követi, identitása egyfolytában elszenved a „felülvizsgálat aktusát”, amely az identitáshoz az ideiglenesség attribútumát párosítja. A folyamatos önreflexió, önmagunk felülírása egyben a már meglévő minduntalan megkérdőjelezése. Foucault a változásban való léthez még hozzárendeli azt a lehetőséget is, hogy ez a lét szintén megjegesedhet, azaz ugyanúgy a változás tagadásához vezethet, mint a stagnálás állapotában lévő személyiség. (Marcelli, 2006)

Minden terápiát nyújtó intézmény az általa preferált elméleti modell szerint kínál keretet a változás és a felépülés folyamatának elemzéséhez. Ricoeur (1984:74) szerint a kórtörténet az életút prenarratív elemeiből merít, a beteg valós életéből, s narratívájának „lehorgonyzott pontján” keresztül válik azonosíthatóvá a gyógyulást szolgáló módszer. *„Ez a fajta önreflexiók képessége van meg, ami az együttműködés felé visz. Ha meg annyira tényleg bezárkózik, és már annyira saját magát nézi, akkor megint nem tud együttműködni másokkal, ez a másik véglet, én azt gondolom. Egyébként ez szokott lenni, amikor a betegségtudat csoport van, akkor utána ezek nagyon felerősödnek és észrevettük már ezt, hogy valaki pont ezzel tartja távol a valóságot magától, hogy ezzel a túlságosan mély értelmezéssel, tehát elkezdi elemezni, és közben az a fájdalom, ami előkerült volna, az meg nincs, gyakorlatilag ez egy elhárító mechanizmus, az intellektualizálás. Mi ezt terápiás háritásnak nevezzük. Mert úgy gondoljuk, hogy a valóság nagyon tud fájni, tehát szembesülés a valósággal, és ezzel nagyon jól meg tudják magukat védeni. Nyilván ez meg egy olyan fokú nehézséget okoz az együttműködésében, ami káros a közösség tagjai számára, mert ez egy zsákutca, elveszi az energiát, a figyelmét. Először általában a másikon kezdem el felismerni, látni. De ha valaki csak a másikkal foglalkozik, akkor hol van abban ő? Ilyenkor szoktuk kérdezni, hogy oké, de te hol vagy? Tehát mindig egy visszacsatolás önmagunkhoz, tulajdonképpen, minden viselkedési mintát, elemet vissza tudunk csatolni a függőséghez, ez hogyan jelenik meg, vagy a függőségből ez hogyan jöhet elő.” (R)*

Castel (1998:60) szerint szintén a narratív identitás lehet a felépülés kulcsa: "Az elbeszélés maga, talán nem csak egy felépülésről szóló narratíva, hanem az is egyik összetevője is a felépülésnek". E megközelítés szerint a terápiásoknak rekonceptualizálni szükséges a függőséget okozó élményt ahhoz, hogy az magyarázó elvként vehessen részt a felépülés folyamatában.

Mattingly (1994:811) kutatásai alapján, az orvosok és a betegek együtt hozzák létre a terápiás teret a klinikai időben, a közös cselekmény a terápiás hatás révén bontakozhat ki, egy „nagyobb terápiás történetet” létrehozva. Naudin és Azorin (1998) meglátása szerint a pszichiátriai praxis során a terapeuta elsődleges feladata, hogy átmenetileg felfüggeszse a saját irodalmi hivatkozásait annak érdekében, hogy lehetővé tegye a beteg számára, saját narratívájának létrehozását. A terápiás találkozás interszubbektivitásának megőrzése mellett érvelnek, beépítve ugyan a közösen kialakított diskurzusokat és narratívákat, ám azt is hangsúlyozzák, hogy a beteg új identitásának kialakítása nem alapulhat kizárólag a terápiás találkozón, más kölcsönhatások, interperszonális kapcsolódások tapasztalatainak beépítése is szükséges. A rehabilitációs folyamat narratív identitást létrehozó gyakorlata azonban, - tapasztalataim alapján - a „12 lépéses irodalmak” és a közösség által megalkotott interpretációk dominanciáját tükrözi, azok partikuláris közlésfunkciói és megbízható referencialitása kínál modellt a terápiások számára. Az egyének interpretációi a közösségben nem egyszerűen összegződnek, hanem az együttműködés által olyan különleges magyarázó elv, keretrendszer, illetve szellemiség jön létre, amelyben az egyén a közösségbe, - mint egy nagyobb individuumba - beágyazott individuumként létezik.

"A társadalmi valóság hatalmi struktúráihoz és adottságaihoz, valamint a konkrét hétköznapi tapasztalatokhoz való ragaszkodás” egyszerre lényeges momentumai a klinikai találkozások terében annak, hogy valóban azok hangját halljuk meg, akik jelen vannak az adott eseményben, és képesek beszélni is arról, ám azokét is, akik csak utalnak a potenciális történeteikre, de nem mesélik el azokat (Bibeau, 1997; Kirmayer, 2000:175). A közösség terében e folyamat facilitálása a cél: elmeséltetni, kimondatni a történeteket, hiszen a szimbolizáció folyamata által válik elérhetővé, értelmezhetővé az elbeszélés. Az akut időszakban, vagy a stabilizáció szakaszában tartó terápiások rugalmassága, kognitív képessége általában korlátozott, a stresszre és az őket érő szociális ingerekre való érzékenységük nagy. Éppen ezért fontos feladata a segítőknek, hogy a környezeti és pszichoszociális intervenciók mennyiségét, intenzitását strukturálják, titrálják, vagy adott esetben korlátozzák.

A narratívák ugyanakkor nem csak az értelmezés, a jelentés struktúrái, hanem "hatalmi struktúrák" is (Turner, Bruner, 1986 o. 144). Ricoeur (2005) szintén hangsúlyozza az elbeszélések társadalmi sérülékenységet, kiszolgáltatottságát, rámutatva az ideológiák manipulatív természetére: A mással való szembesülés személyes, vagy kollektív vajon? E kérdés törekénységét tárja fel a narratív identitás ideája.

A terápiások a rehabilitáció hosszú hónapjai alatt tipikus tanult páciensekké válnak, akik a terápiás folyamat lezárása után is alkalmazzák a magukévá tett tudást. További „szabad asszociációs” próbálkozásaik is főként arra irányulnak, hogy „12 lépéses”, illetve pszichoanalitikus választ találjanak megmutatkozó zavaraikban. Így tüneteiknek nem egyszerűen a 12 lépéses irodalomban és a pszichoanalízisben megfogalmazott magyarázatai vannak, hanem maguk a szimptómák válhatnak az adott paradigmák által jellemezhetővé.

Összességében egyetérthetünk tehát azzal, hogy a narratív konfiguráció termékeny talajt biztosíthat a hatalmi ideológiák manipulációs természetének, hiszen egy eseményt mindig el lehet beszélni másképp (vö: Ricoeur, 2005:104). Ezért fontos hogy a diskurzusok, az elméleti modellek és a személyes gondoskodást nyújtó intézményi háttér „re-figurálja” a betegek valóságát (Ricoeur, 1984). Az azonosulási modellek mögött álló, gondozást nyújtó egyedi mintázatok, és a velük ellentétes, standardizáción alapuló terápiás válasz-minták egyaránt magukban rejtik az uniformizálódás veszélyét, az individuum egyediségének negligálását, és az identitás elvesztésének lehetőségét azáltal, hogy túl merev mentális működést hoznak létre. *„A munkánk nagyban arról is szól, hogy nagyon finom határok vannak, és hogy ezeken szoktunk egyensúlyozni, átlépkedni. Mert maga a függőség is egy arányérzék probléma, hogy a túl, a nagyon intenzív, a nagyon kényszeres viselkedés gyakorlatilag a droghasználat, tehát a függőség, hogy igazából az intellektualizmustól is lehet függni.” (B)*

### **VI.2.5. Összegzés**

A 12 lépés által konceptuálisan keretezett mozgalmak átfogó célja egy sajátos akkulturációs folyamat elősegítése, melynek során a szenvedélybeteg megválnak az addig dominánsnak tekinthető addikt viselkedésmintáktól, másképpen „olvassa” történetét, átírja életnarratíváját és elsajátítja az interperszonális kapcsolatokban nélkülözhetetlen „fordítási” technikákat, dialogikus és reflektív mintákat. Az addiktív fogyasztói kultúra hatásaitól izolált



helyzetben, a rehabilitációs közösség biztonságot nyújtó, átmeneti terében egyfajta kultúra - váltás, egy új identitás és értékrendszer elsajátítása érdekében nyújtanak egymás számára segítséget a függők. A közösség terében funkcionálisan megjelenő „közös gond” archetípusos világának átélése, az azzal való megküzdés narratív mintázata azonosítható a józanodás szimbolikus, átmeneti terében, ahol az ószövetségi elbeszélésekkel párhuzamba állítható történeteken, a „megosztásokon” keresztül artikulálódik az aktivitásra ösztönző szociális energia. Az analizáló, értelmező konstrukciók érvényessége abban rejlik, hogy közös munka által valósul meg. Az állandó reflektivitás és az „itt és most” - ban való létezés lehetőséget nyújt az azonnaliságra. Ha a közösségben, nyíltan elhangzott értelmezéseket tévesnek ítéli meg az „analizált” személy, lehetősége van arra, hogy ne erősítse azt meg, lehetősége van az érvénytelenítésére. Az egyénenként behozott tünetek értelmezendővé válnak, az értelmezés alanyaivá, hiszen a rehabilitációra jellemző kezelési modalitás (beszéd a közösség előtt) perspektívája megköveteli az értelmessé tételt. Az életutak analízisében feltároló értelem sajátossága több esetben magában a narratív struktúrában rejlik: az elmesélt, feltárt tünet az által kap értelmet, (közösségi értelmezést), hogy kialakulása, megjelenése, aktuális formája beilleszthető egy elbeszélésbe. Ezek az elbeszélések a rehabilitáció kezdetén a „drogkarrierről” szóló történetekkel azonosíthatóak, és főként a tünetek működéséről szólnak: ez esetben a narratív szerkezet általában elveszíti alkalmasságát arra, hogy az értelem kritériuma legyen. Ugyanakkor, a felépülés későbbi szakaszában, az intézményes rehabilitáció vége felé, a megerősödési folyamat kapcsán, a tünet értelmezésével kialakul egy elvárás irány, amely a felépülésről szóló elbeszélésben is megjelenik nyíltan, vagy burkoltan. Végül a legerősebben, legmaradandóbban tartós fantáziajelenet, a későbbiekben, a társadalom tereiben, valós cselekvéssé konvertálódhat. Ebben az értelemben a rehabilitáció védett tere szekvenciális tér, sorrendiség, az egymást követő mondatok narratív tere, amelyek mentén a jelentések, értelmezések egymásra rakódva szaporodnak. A „kinti világ” nem védett, agglomeratív terében a megtanult szövegek egyes helyei aztán kölcsönös összefüggésekbe kerülnek a szövegen kívüli más jelentésekkel.

Az általam vizsgált közösség, mint értelmező közösség, értelmezni tanítja tagjait, közösségi magatartásmintákat kínál, etikai választásokat közvetít, sőt, a közösség által meghatározott, új kulturális tradíciót kínál föl. Mindezt nem kizárólag a tér és az idő szemléleti rendjének megváltoztatásával teszi, hanem a nyelvközeg új diszkurzív rendjét is felkínálja. A világösszefüggések megszervezését többek között a nyelven keresztül végzi, hiszen az új nyelv használata új viselkedést generál, a világban való létezés új módozatát kínálja. A

rehabilitációs térben helyeződik át először a figurális tér a retoricitás nyelvi közegébe (vö: Sutyák, 2008:216). A szerhasználat aktív időszakában nincs relevanciája a szerről való beszédnek, nem zajlik annak, mint tünetnek az értelmezése: a cselekvés adott, ám az arról való beszéd, magyarázat, hiányzik. A csoport terápiákon zajló beszéd kompenzálja ezt a hiányt, és a nyelv által közvetített józan kultúra mintázatai érvényesülnek az értelmezésben. Az alkalmazott beszédmód dinamikus, mert dialógus jellegű, drámai és esemény-, illetve folyamat leírásra törekvő. Mindezek alapján a rehabilitációs térben zajló terápiás folyamat elsősorban nyelvi esemény, amelyben a megértés a kapcsolat résztvevőinek folyamatos, nyílt párbeszédére hív fel. A hullámozó, de folyamatos nyelvi aktivitásban a közösség és a tagok együttműködése a leglényegesebb momentum. A szakértői státuszt a közösség birtokolja, ám ez a szakértőség és közösségi tudás a szociális dialógusból származik. Minden résztvevő a „probléma”, azaz a szenvedélybetegség körül összeállt nyelvi rendszerbe vonódik be. A rendszert azok alkotják, akik hajlandók a problémáról beszélgetni, s akik elfogadják a közösség jelentés- és premisszakészletét.

Az önazonosság megtalálásának egyik útja a rehabilitációs térben az értelmezés, amely elsősorban a közösség segítségével zajlik. A kezdeti mimetikus cselekvések után az önálló interpretációs mozzanatok, a hiteles világnézet, a reflektív gondolkodásra való készség kialakulása prognosztizálható.

### **VI.3. Az elkülönbözödés<sup>16</sup> folyamata: a határ szerepe a felépülő szenvedélybetegek narratív identitásában**

#### **VI.3.1. Bevezetés**

A dolgozat következő fejezetének fókuszában a „különbség” konstrukciói, a konstruálódás szociokulturális mechanizmusai és a különbségtétel jellegzetes tematikái állnak. Céлом annak vizsgálata, hogy az intézményesült formában rehabilitálódó, talpra álló szenvedélybetegek által használt, részben zsargon kifejezés, a „normi - függő” bipoláris reláció, hogyan erősíti és

---

<sup>16</sup> Az „elkülönbözödés” terminusát Willis (2000) alapján értelmezzük, aki a „betagozódás” ellentétéként megnyilvánuló, sajátos folyamatként tekint arra.

tartja fenn az elkülönözödést. A tárgyalt jelenség egyfajta partikuláris, helyi „indoktrináltság” következménye, így annak értelmezése kizárólag az adott kontextusban lehetséges. Vizsgálom továbbá azt, - a felépülési folyamat különleges, köztes állapotában, egy magyarországi rehabilitációs intézet védett terében élő szenvedélybetegekkel készített interjúk alapján - hogy az „elkülönözödés” (vö: Willis, 2000) retorikája hogyan épül be, interiorizálódik a rehabilitáció során tanult nyelvhasználatba. A betegségtudat általános magyarázó elvként, modellként való működése a vizsgált közösségben, olyan narratív mintát szolgáltat a tagjai számára, amelynek segítségével koherens, elfogadható rendszerbe integrálható a feltárt élettörténeti anyag, s amely által markáns jellemvonással különíti el magát a „függő” a „normitól”.

A drogkérdés társadalmi felépítéséről írt tanulmányában Kelemen (2001/a) annak hármas tudományos megközelítésével foglalkozik. A történeti, az empirikus és az etnográfiai megközelítések triangulálása kapcsán hangsúlyozza az etnográfiai kutatások számára, annak kitűnő terepként való megjelenését. A szerző szerint a „naivitás szakértője” kutatása során zárójelbe teszi saját dichotomizáló kategóriáit, törekvése a körülötte lévők dichotomizáló és valóságot konstruáló tevékenységének megismerésére irányul.

A saját társadalomra irányuló antropológiai kutatás egyik tárgya a társadalomból való szimbolikus kizáráson alapuló, ezen keresztül megnyilvánuló kulturális másság. „Arról a kulturális másságról van szó, melyet elsősorban a társadalom uralkodó szimbolikus struktúrái határoznak meg, arról a kulturális másságról, amely számára csupán a társadalom marginális pozíciói adottak, mivel a másság eredendően marginalitásként artikulálódik.” (Niedermüller, 1993: 65)

Az antropológiai kutatás „dramaturgiája” alapján e fejezet tárgya a kultúra hordozójának a saját kultúrájáról vallott képe: szenvedélybetegek megkérdezése arról, hogyan értelmezik függőségüket. Törekvésem, hogy egy rehabilitációs közösség tagjainak belső kategóriáival közelítsem meg a szenvedélybetegséget, s azt a jelentéstartalmat, mely e kategória és a „normi - függő” reláció mentén artikulálódik bennük. A tanulmány az egyik - Niedermüller által megfogalmazott - kulturális másságot „reprezentáló”, inherens viselkedési egységre, a magukat függőként identifikálók csoportjára fókuszál, illetve az addikciók kezelésével foglalkozó terápiás otthonok szub- és terápiás kultúrájának bizonyos hatásait vizsgálja az ott élőkre. A szenvedélybetegek önmagukról alkotott identitás-narratívumainak vizsgálata különösképpen feltételezi az émiikus kutatói hozzáállást és a primér tapasztalatokon nyugvó résztvevő megfigyelés alkalmazását.

### VI.3.2. Az átmenet szimbolikus tere

A Van Gennep alapján Turner (2002) által kidolgozott átmenetek rendszere és a szenvedélybetegségből való felépülés dinamikus modelljének (Brown, 1985) összefüggéseit vizsgálva több párhuzam adódik az értelmezésben. A preliminális rítusok, melyek az elkülönülést, szeparációt hangsúlyozzák, a detoxikáló, absztinenciát beigazító időszakkal vonhatók párhuzamba. Ebben az esetben nemcsak a társadalmi struktúra egy bizonyos pontjáról való leválás jön létre, hanem egy „kulturális feltételrendszertől”, azaz állapottól való elszakadást azonosíthatunk. Az előző világtól való elszakadás az addiktológiai kontextusban az utolsó szerhasználatot követő heteket foglalja magában. A szerhasználatról absztinenciára váltás jelentős pszichológiai változásokkal jár. A kezelésnek ebben a fázisában a józan gondolkodás és beszédmód, a józan diskurzus internalizálása még nem hozzáférhető az átmenet előszobájában lévő személy számára. A liminális rítusok - melyek a marginalitás helyzetében jönnek létre - legmarkánsabb attribútuma a bizonytalanság. A rehabilitációs jelenlétet értelmezve a korai felépülés időszaka hordozza a legnagyobb veszélyt a szerhasználó számára a relapszus (visszaesés) tekintetében. A posztliminális rítusok az „új”-hoz való csatlakozást testesítik meg. A folyamatos felépülés időszakában a szubjektum ismét állandó állapotba kerül, tudatosul benne, hogy új helyre érkezett. White (2001) szerint a függőre váró munka, - amelyről az átmeneti rítus metaforája ad ismereteket - egy tapasztalati térképpel ruházza fel a személyt, ami hangsúlyozza a szeparációt, a liminalitást és a reinkorporáció fázisát.

A következőkben az addiktológiai rehabilitáció terét és az ott zajló munkát a liminalitás rítusainak szimbolikus helyszíneként értelmezem. A terápiás otthonokban kitüntetett jelentősége van a verbalitáson alapuló pszichoterápiás csoportmódszereknek, melyek keretei között az én-narratívumok folyamatos átírása zajlik. Olyan emberek ideiglenes életvilágát kísérhetjük nyomon, akik a társadalom (mint rendszer) által felkínált életvilág (mint a rendszerszerűséghez mégiscsak alkalmazkodóbb életvilág) lehetőségeit elutasították, majd az ideiglenes életvilágban - a rehabilitáció átmeneti terében - tanulási, mimetikus folyamatokon keresztül jutnak el az elutasított életvilág transzformációjáig, hogy aztán újra elfoglalják benne helyüket, azzal az eséllyel, hogy a társadalom általuk újrakonstruált képét képessé váljanak elfogadni. A társadalom rendszerén belül alrendszerként felkínált „elfogadott” életvilág - narratívák képezik a „rehabilitációs kínálat” tárgyát, a kínálaton kívül eső, a társadalom által „elutasított” életvilág - narratívákkal szemben. A 12 lépés által

konceptuálisan keretezett addiktológiai rehabilitációs intézmények egyik törekvése olvasatunkban: a rendszeren belüli kínálat elfogadása képességének megszerzése, az „értéktelenség” - narratívájának „betegség” - narratívává való átírásával.

A TC-k filozófiája négy alaptételre épül. Az első az addikcióra vonatkozó nézeteket foglalja magában. E szerint a droghasználat az egész személyiségre vonatkozó helytelen működés, tanult viselkedés, amely más, diagnosztizálható rendellenességgel jár együtt. A második szerint a függő személyiség olyan viselkedési,- kognitív,- pszichológiai,- társas és morális tulajdonságokkal rendelkezik, amelyek alkalmatlanná teszik a tiszta, funkcionálisan jól alkalmazott életvitel folytatására, ám mindezek ellenére képes személyes deficitjei legyőzésére és a funkcionális értékrend elsajátítására. A harmadik tétel a gyógyulás folyamatáról szól, mely az életvitel és identitás változásában ölt testet, és amely túlnő az anyagról való leszokáson. Mindez egy olyan komplex tanulási folyamatot feltételez, amelyben a relapszus esélye állandóan jelen van, így a többszöri kísérlet a folyamat általános jellemzőjévé válik. A negyedik tétel a módszerekről szól, melynek kiemelt területei a társas tanulás, a közösség megtartó erejébe vetett hit és az önsegítés (Perfas, 2004).

A megismerés kölcsönössége több tényező konstellációja esetén teremthető meg: a kontextus, mint szimbolikus tér, a résztvevők önreflexiós kapacitása, a másokra való reflektálás képessége és a kapcsolat narratív síkja, amelyben közös dialógusok, reprezentációk formájában fogalmazódik meg a kontaktus.

### **VI.3.3. A narratívák „átalakításának nemes művészete”: a betegségtudat**

A vizsgált rehabilitációs kezelés folyamata, tapasztalataim alapján hasonló stációkat foglal magában, mint a Giddens (1990) által leírt konstruktív megközelítésen alapuló terápiás csoportfolyamatok: új gyakorlatok felfedezése, ezek integrálása, az új készlet létrejötte, új identitás - narratívum megszületése és végül egy új életstílus kialakulása. A narratívák elsősorban a beszéd által töltenek be központi szerepet a rehabilitáción résztvevők életében. Az elbeszélések létrejöttének sajátos tere a csoport. A fejezetben a „betegségtudat-csoport” (5. sz. melléklet) némely jellemzőiről megfogalmazódó megfontolásokat bocsátom előre.

Az elkülönböződés mechanizmusai - melyek vizsgálata képezi dolgozatom tárgyát - elsősorban a betegség-tudat koncepcióján keresztül jelennek meg a terápiások életében.

Résztevő megfigyeléseim és az általam készített strukturált, és narratív biográfiai interjúk egyik alapvető tapasztalata, hogy a szenvedélybetegek által elbeszélte narratív identitás, a narratív helyreállítási mechanizmusok, az ezek alapján kialakuló szövegek nagy része dichotómiákon alapul. A „normi-függő” oppozíció általuk való felkínálása által „felmentettnek” éreztem magam a kérdésfelvetés tematikus profil-teremtésének „vádja” alól. Kérdéseim elsősorban arra irányultak, hogyan teremti meg a terápia az összefüggő, a környezet számára is hiteles élettörténet elbeszélésének és a mainstream társadalom által felkínált életvilágok elfogadásának képességét és mindez hogyan konstituálódik az újonnan megszerzett, megtanult, átírt életvilág-narratívákban. Az identitás és alteritás kifejeződése kapcsán megfogalmazott narratívumok vizsgálata alapján a társadalomba való, a korábbinál konformabb jellegű betagozódás vágya és a „visszakerülés” megfogalmazott célja ellenére a szenvedélybetegek nem additív módon reprezentálják önmagukat. A „normikkal” való élményközösség és a „normikkal” való összetartozás nem válik hangsúlyossá, hanem egyfajta szubsztraktív viszonyulás jön létre, azaz az elkülönböződés és az idegenség retorikus jegyei válnak meghatározóvá narratívumaikban.

A fent említett tapasztalatok egyik lehetséges olvasata, hogy az interiorizáció - mely egyértelműen érvényesül a rehabilitáció gyakorlatában az újonnan megszerzett tudás *szövegkorpuszba* való beépülése által - erősítheti ugyan a másság (esetünkben: a józanság) hatásait, hiszen kívülről belülré transzportálja azokat, azonban a másik (a „normi”) mássága megmarad, éppen a hozzá való viszony relatív állandóságában. Ezt az állandóságot hivatott fenntartani a betegségtudat is. A szenvedélybetegek reintegrációja a „normik” társadalmába, a józan kultúrába való visszailleszkedés oly módon valósul meg a narráció szintjén, hogy a függőség irreverzibilitása (a kezelhetőség ellenére fennálló visszafordíthatatlanság), örök tulajdonságként, jellemvonásként artikulálódik én-elbeszéléseikben.

A résztvevő megfigyelésem terepéül választott intézményben elsősorban a „betegségtudat-csoport” közvetíti mindezt a terápián résztvevők számára. A változás bekövetkezéséhez elsődlegesen a terápiás élményből fakadó tapasztalatok, az ún. „terápiás tényezők” szükségesek. Yalom (2001) 11 ilyen tényezőt sorol fel, melyek közül az „információ átadása” áll írásunk fókuszában. Az információ átadása az egészséggel, betegséggel, függőséggel, pszichodinamikával kapcsolatos információkat jelenti. A „terápiások” ismerik a tünetek jelentését, a csoportdinamikát. Ez a típusú tanulási folyamat - a többi csoportterápiás módszerrel ellentétben - explicit módon történik. A BT (betegségtudat-csoport) célja, hogy a résztvevők tisztában legyenek pl. az idegrendszer működésével, betegségük tüneteivel, annak

különbözetekkel. Elmondásuk szerint ez az egyik olyan foglalkozás, amely erős motivációs hatást gyakorol rájuk. A szenvedélybetegségeket értelmező modellek közül a betegség- modell az, amire a „12 lépéses” rehabilitációs otthonokban alkalmazott terápia elsődlegesen épül. Az AA betegségmodellje mellett a Minnesota modell adaptációja szerint is a betegségtudat előhívása és annak fenntartása a sikeres terápia egyik kulcsa. A modell az alkoholizmusra, mint multifaktoriális betegségre tekint, fiziológiai, pszichológiai, szociális és spirituális összetevőkkel. Másik lényeges eleme a betegségből való felépülés lehetőségének elfogadása, ugyanakkor a teljes gyógyulás megvalósulásának kizárása. Sharma (1986) - aki a pszichiátria és pszichológia kapcsán a nozológia kialakulásának történelmi hátterét tekinti át tanulmányában - szerint a lelki bajok és érzelmi zavarok lényegében nyitott rendszernek tekinthetők, azaz a betegség lefolyása előre meghatározhatatlan. Ha viszont betegségmentitásként kezeljük őket, szükségszerűvé válik egy diagnosztikusrendszer kialakítása és a nozológia szükséges eszközként való elfogadása. Az általam vizsgált addiktológiai rehabilitációs otthon gyakorlatában kivételként jelenik meg a betegségtudat mozzanata: A „betegségtudat” csoporton kívül az összes többi csoportforma a lelki tényezők prioritását, az azokkal való foglalkozás elsődlegességét akceptálja. Ennek ellenére a betegség tudat ismeretelméleti háttérként konceptualizálódik, a rendszert és a kezelési módot meghatározó identikus elemként rajzolódik ki, sőt egyfajta paradigmaként annak indoktrinálása történik. A függőség medikalizálásának, egyben gyógyszer nélküli kezelésének paradoxona valójában két ellentétes irányú paradigma együttes érvényesülését jelenti.<sup>17</sup> Az önszegítő csoportok prototípusa, az AA Buda (1992:84) szerint „radikális biológiai betegségelméletet fogad el ideológiának, de ezt csak az absztinencia biztosítására használja, egyébként minden szabálya és gyakorlata a társas hálózat által megerősített személyes autonómia erősítését célozza.” *„A betegségtudat csoport 8 tematikusan felépített alkalomból áll. Az első három a neurokémiai összefüggéseket mutatja meg a függőség szempontjából. Anatómia és biológia van benne nagy mennyiségben, merthogy előbb megnézzük, hogy hogyan működik tulajdonképpen az emberi test, szervezet sejtszinten, milyen neurotranszmitterek, vagy idegi átvivőanyagok, hormonok befolyásolják akár a mi biológiai funkcióinkat, illetve akár a viselkedésünket. Ez az átütő része. Az eleje, az első három elég ütős, ott csak tényeket közlünk, információkat adok, utána jön a kommunikáció. Utána adott a folyamatos azonosulásra való lehetőség. Azt, hogy ezzel együtt kell élni egy életen keresztül, hogy ez egy betegség, ráadásul halálos, progresszív, azt*

---

<sup>17</sup> Az erőteljes absztinencia-orientáltság kialakulásában szerepet játszó társadalomkritikai nézetekről, a miliőorientált humanisztikus, és az antipszichiátriai irányzatokról lásd: Broekaert, E. (2006): What future for the therapeutic community in the field of addiction? A view from Europe. *Addiction*, Vol. 101, Issue 12. 1677-1678.

*itt hallják először. A harmadik csoport után pedig rátérünk arra, hogy igazából egy interaktív csoporttá válik ez a dolog, mert onnantól kezdve folyamatos azonosulások vannak a hárszabályoktól kezdve, frusztrációkkal, mi a megküzdési stratégia, hol jön be a felismerés, beismerés. Ami nagyon lényeges ebben az egészben, hogy mi egy rendszerben nézzük az egészet, a biológiai, lelki és szociális folyamatokat, minden mindennel összefügg. Azt már az elején tisztázzuk, hogy ez nem egy eleve elrendelt dolog. Biopszichoszociális lény az ember, a szerhasználati függőség rengeteg mindentől függ. A genetikai hozadékra és hogy kinek milyen apja, anyja van, erre tényleg nincsen ráhatásunk. De az, hogy ilyen felelőtlenségig jutottunk, ez igenis a mi részünk a történetben, s ezért nekünk előbb-utóbb szembesülnünk kell a következményekkel. Ami ugye meg is szokott történni, mert jönnek vissza a bírósági papírok, az elvetélt családok, a haragos viszonyok, tehát ezek mind mind visszaköszönnek, meg az öngyűlölet, önutálat. Hogy megloptam, hogy feltörtem egy kocsit, hogy megerősakoltam nem tudom, hány nőt, elmentem kurvának, hát ezekről ki tehet, ha nem te.” (No) Az interjúrészlet az agykutatásra, a neurotranszmitterek elméletére és agyi elváltozásokra támaszkodó addiktív pszichiátria biológiai modelljére utal. Az agyi képző eljárások által dokumentálhatóvá vált például a jutalmazó rendszerek központja, az ún. nucleus accumbens, ahol a kis agyalapi mag károsodása a feltevések szerint fenntarthatja a függőséget. (Carter, Capps, Hall, 2009)*

Watzlawick, Weakland és Fisch (1990: 129-135.) mára klasszikussá vált könyvében az „átalakítás nemes művészetéről” írnak. Az „átalakítás” a különféle helyzetek felfogása érzelmi vagy konceptuális keretének megváltoztatása, melynek eredménye a helyzethez rendelt jelentés, s annak következményeinek megváltozása. Mindez a szerzők szerint a metarealitás szintjén történik. Változáskonceptiójuk központi kategóriája, az „osztály”, olyan szellemi terméként konstituálódik, amely más valóság szinten helyezkedik el, mint a tárgy maga. Egy tárgy adott osztály tagjaként való konceptualizálása esetén, az eredeti osztály-hovatartozást nevezzük a tárgy „realitásának”. Amennyiben azonban érzékelhetővé válik az alternatív osztály-hovatartozás, ez az átalakítási művelet válhat a változás hatásos eszközévé.

A szenvedélybetegek esetében a szerhasználatukra vonatkozó eredeti osztály-hovatartozás „megfogalmazása” egyhangú képet mutat. A szerhasználó életét elsősorban az imagináriusban (a képek birodalma) való mozgás jellemezi, a szimbolikus formák iránti igény elenyésző, a



függőség, mint tárgy realitása nem aktualizálódik a mindennapok során.<sup>18</sup> A segítők feladata az imagináriusból a szimbolikusba való átlépés lehetőségének megteremtése, az érzelem és értelem nyelvhasználatban való megvalósulásának elősegítése. Az imaginárius kettős, dualisztikus viszonyt, bináris logikát feltételez. A szimbolikusban a kettős viszonyt hármas váltja fel. Ám fontos megemlíteni, hogy a betegségtudat- csoport, miközben a szimbolikus formák használatára ösztönöz, mégis erőteljesen fenntartja az elkülönözödés (normi - függő) mechanizmusainak gyakorlását. Bourdieu (2009:247) szerint az átírás egyfajta „társadalmisítás”, a „kulturális önkény struktúráinak bevése”. A társadalmisítás a fiziológiai események szimbolikus eseményekké alakítása, pl. az éhség étvágygá transzformálása, vagy a féktelen, határtalan és spontán bánat kollektív gyászmunkává alakítása.

A betegségtudat kialakítása révén a függőségből „halálos” betegség válik. A függőség társadalmisítása (annak betegséggé transzformálása) zajlik tehát a rehabilitáció terében, annak tudatosítása, hogy ez a betegség nem gyógyítható ugyan, ám tünetmentessé tehető, kezelhető, „megszelídíthető”. *„A függőség biológiai meghatározása, hogy ingerület-átvivő anyagcsere-zavar. Gyakorlatilag ez úgy néz ki a mi esetünkben, hogy nem vagyunk képesek megélni olyanfajta örömfokot szer nélkül, mint például a normi. Illetve érzéseinket tekintve végleteket élünk meg, vagy gyűlölnünk valakit, vagy nagyon szeretjük és idealizáljuk. Állandósult a szorongásunk és a feszültségünk. Az szinte állandó. Ezért az érzéseink kezelése a terápia lényege.” (No)*

Lotman (2002) „szemiotikai struktúraként” tekint a kultúrára. A lotmani rendszer három kommunikációs modellje Watzlawickék változás-fogalmával párhuzamba állítva egyfajta narratív másodrendű változásnak is tekinthető. Lotman szerint két szöveggeneráló mechanizmus dialógikus viszonya biztosíthatja csak az intellektus dinamizmusát, melynek előfeltétele egy metanyelv létrehozása. Két alapszöveg, azaz két kommunikációs helyzet jelenik meg rendszerében: az információ- kidolgozó (diszkrét/tagolt) és a szöveggeneráló (kontinuális/folytonos). Az első esetben a legfontosabb cél az üzenet minél pontosabb átadása, így ekkor a szöveg a gondolat passzív hordozója, tehát a kettő elválasztható egymástól. A

---

<sup>18</sup> A tanulmány során Lacan 3 rendjének meghatározását használjuk: A *Valós* az élettelen, pre-szimbolikus valóság, amely mindig visszatér a helyére. A *Szimbolikus* a valóságról szerzett érzékeléseket strukturálja. Az *Imaginárius* az illuzórikus entitások szintje, amelyek valódi létezés nélküli, pusztán strukturális hatások. (Žižek, Slavoj: „A Valós melyik szubjektuma?” (ford. Csontos Szabolcs), In: Kiss Attila Attila, Kovács Sándor sk., Odorics Ferenc (szerk.) Testes könyv I. Szeged: Ictus-Jate, 1996.

második esetben a cél új információ kidolgozása, azaz új szöveg létrejötte a kommunikáció során, mely legalább két nyelvet feltételez. Bizonyos helyzetekben létrejöhet egy harmadik típusú modell is, mely a fentiekkel ellentétben már nem én-ő, hanem én-én relációban aktivizálódik, úgynevezett autokommunikáció valósul meg. A kiinduló üzenet új értelmet nyer, változás következik be, mely az én átstrukturálódásához is vezethet. (Szabó, 2003) Lotman szerint új gondolat születése akkor lehetséges, ha a két egymásnak meg nem felelő (vagy egymást csak részben átfedő) nyelv-szöveg-kultúra egymásnak feszül. A rehabilitációs tér kontextusában a józan és a függő beszédmód (nyelv-szöveg-kultúra) találkozásáról, annak termékeny feszültségéről beszélhetünk. Az én-ő (azaz a józanság kultúráját képviselő segítő és a függőség "kultúrájából" érkező, az előbbinek ellenálló "terápiás") között zajló kommunikáció két alapszöveget hozhat létre: az információ kidolgozót és a szöveggenerálót. E kettő azonban nem megfeleltethető egymásnak, s ez a "nem illeszkedés" teszi lehetővé az új gondolat megszületését. A gondolatgeneráló mechanizmus létrejöttéhez metanyelv szükséges (ennek része pl. a mentalizáció, interpretáció, reflektáció pl.).

A rehabilitációs térben zajló, verbalitáson alapuló gyógyulási folyamat egyik legfontosabb hatótényezője a szöveggeneráló kommunikációs helyzetek előállítása. A segítők szerint a relapszus, vagy az idő előtti távozás leggyakoribb oka az izoláció. Lotman szerint az „izolált szöveg működésképtelen, mivel a szöveg immanens struktúrájában rejlő gondolat-generáló mechanizmus nem lép működésbe.” (Szabó, 2003) A szöveggeneráló kommunikációs helyzet elsődleges terepe a rehabilitációs térben a csoport. A közösség előtt való „egyéni” beszéd teremti meg a „közös” beszéd, a másokra való reflektálás lehetőségét, az új narratíva létrejöttét, s végül az önmagára reflektáló én megszületését. „...A BT (betegségtudat-csoport) segít meghozni a döntést. Amikor bejönnek, akkor le akarnak állni, ez egyértelmű. Igen ám, csak utána kiderül számukra is, hogy változás és változtatás nélkül nincs tartós józanság. Na, az már ugye gondot okoz, és kiderül, hogy csupa olyan dolgon kéne változtatni, amin nem is akarok, tehát szándékomban sem állt soha, mert én ugye csak leállni jöttem...A BT szűrőként is működik. Gyógyíthatatlan, halálos, progresszív, változtatni kell - eddig jutunk el az első három alkalomkor, és utána jön az, hogy miben kellene változtatni... Merthogy az nem akarati tényező egyébként, a leállítás. Tehát ha nem dolgozol azokon a folyamatokon, meg azokon az érzéseken, akkor te hiába akarsz bármit. Ha változás nincs az életedben, akkor nem történik meg. Változás akkor van, ha tudatosan munkálsz. Nem is változás ez, hanem változtatás. A hozzáállásodban, mindenhez: önmagadhoz, emberekhez, világhoz. Ez hosszú és fájdalmas munka”. (No)

A „leszokásról” való sikertelen kísérletezések a függő életében valószínűsíthetően elsőrendű változásokként értelmezhetőek. Az elsőrendű változások „vég nélküli játékot” (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1990) generálnak, hiszen a befejezés nem része a játéknak, az a játékhoz képest meta szinten helyezkedik el. A rehabilitáció terében megvalósuló „beszédátalakítás” azonban a függőség érzelmi, vagy konceptuális keretének megváltoztatásával, új premisszacsoportra való áttérés lehetőségének biztosításával zajlik, mely által a függőséghez rendelt jelentés és annak következményei megváltozhatnak.

#### **VI.3.4. A rehabilitáción résztvevő függőkkel és segítőkkel készített életút interjúk szövegrészleteinek elemzése, a „normi - függő” reláció vizsgálata**

A lakókkal készített interjúk szinte mindegyikében megfogalmazódott az „egyszerű program bonyolult embereknek” gondolata, mely szerint a fokozott érzékenység, a realitáshoz való kapcsolódás mássága az, amely megkülönbözteti őket a „normiktól”. Az idézett szövegekben az eredendően (nem az abuzív életszakasz hatására megmutatózó), adottságként megnyilvánuló személyiségkarakter bontakozik ki. *„Mi tanultunk betegségtudatot, és ott megtanultuk, hogy mi így is születtünk, tehát hogy ez egy őssejt-hiány, egy hibás gén. Hibás gén van a szervezetünkben, ami által drogfüggő valaki, játékfüggő, van, aki gyógyszer, van, aki alkohol, de hogy egy gén benne van a szervezetünkben, ez egy hibás gén, őssejt-hiánynak hívjuk, és valószínű, hogy a családukból hozott ez. Tehát nem pont anyuka, apuka, hanem akár régebből visszanyúlva is. És mi nem tudunk örülni úgy dolgoknak drog nélkül, mint egy normális ember. A normális ember örül egy autónak egy hétig. Egy függő ember örül egy autónak egy napig. Ezt bizonyítja. Tehát, hogy a dopamin szintünk nem úgy termelődik, mint egy normális embernek. Például egy normális ember egy autónak örül egy hétig, és utána egy kicsit még mindig benne van, vagy visszatér a saját szintjére, normális szintre. Mi viszont örülünk egy napig, az nagyon jó, de utána viszont háromszor olyan rossz. Tehát eltűnik az öröme, eltűnik minden jó, s van helyette egy üresség, sokkal lejjebb megy a dopamin szintünk, mint egy átlagemberé. Nem tudunk olyan sokáig és tartósan örülni, és mikor már nem örülünk, akkor már még mélyebbre megyünk...” (Zs)*

Binswanger (1986:276) szerint a találkozás merészséget ad a létezésben Embertársunknak és esélyt arra, hogy „...felmutassuk neki, hol, mikor, hogyan ragadtatta el magát, vált zavarossá, csavarodottá, álmodozóvá, belelovalttá, kiszorítottá. Csak ezzel a találkozással vezethetjük le

a beteget a hóhortosság, zavarodottság, elemelkedettség világából a közös Gond világába, vagy a föld alatti szakadékok sírvilágából a földre fel, ezáltal ragadhatjuk ki a rézsútos, haránt és fonák világból az egyenes világba”. Az idézett gondolat a fent és a lent dimenziói mentén történő mozgás metaforikus megfogalmazását nyújtja. Mindkét állapotban „levés” eltérít tehát a valóság reális észlelésétől. „...soha nem találkoztam olyan emberrel, akinek hasonló érzései voltak. Hát én ezt úgy tudnám megfogalmazni, amit a bt-n tanultunk, hogy én jobban szorongok, jobban félek, nagyobb bennem a feszültség, és nem tudok kielégülni semmitől, egyelőre még. Mindig többet, többet szeretnék, többet várok el. Nem tudom irányítani az életemet, nem tudom kezelni a dolgaimat, örült gondolataim vannak, neked meg szerintem nincsenek, te nem tekered túl magad annyira, gondolom én, dolgokban, mint én...” (Z) „...én nagyon be tudok sértődni, de én benne is tudok ragadni. Alapból úgy születünk, hogy mi nem tudunk úgy örülni a dolgoknak, mint te. Én folyamatosan a kielégülésre és a vágyaim kielégítésére törekszem, s ez tökmindegy, hogy mi, kaja, film, édesség, szex, buli – minden most azonnal, több, és nekem a legtöbb. Ez. Na, és így a drogokkal is ez volt. Azért nem tudtuk így irányítani, mert abból is még több, minél több, és idáig fajult, hogy itt ülünk.” (Ba)

Egzisztenciális szempontból Lukás (2009) szintén e két meghatározó motívumot azonosítja a függőség kérdése mentén. A nyomorúság és a szenvedés lenti helyzetében a fájdalom elnyomását, míg a bőség és unalom fenti állapotában az űr kitöltését szolgálja a bódulat. Ami mindkét esetben közös, az a valóság (a közös Gond, az Egyenes világ) előli menekülés azáltal, hogy a szenvedélybeteg nem magát a létet, hanem a lét emocionális tükröződését fogadja el impulzusként. „...a nehéz sors nincs benne, az indulás, meg hogy kire mennyit mért a sors, anyagoztam együtt dúsgazdag gyerekekkel, meg akiket a szülei jól neveltek, meg végig ott voltak, el se váltak. Most, amikor kimegyek, emlékeztetnem kell magamat arra, hogy lehetnék zárt osztályon, börtönben, meg is halhattam volna, emlékeztetnem kell magamat az anyagos mélypontjaimra, mivel is, mivel is jár a szerhasználat. Én, ezeket a törvényszerűségeket a saját bőrömön tapasztaltam meg. A hit abban, hogy erőfeszítéseim nem hiábavalóak, hanem jutalmazódnak, most főleg ez tartja bennem a lelket...” (T) „...Nehezebben osztják meg magukat két dolog között, nekem könnyebb megosztanom a figyelmemet. Náluk a külső ingerek le vannak zárva, nehezen lépnek ki a helyzetből, ha mégis meg kell tenni. Lehet, hogy a függőség mobilizálódik itt is, és valami pozitívba megy át, mert ha csinállok valamit, azt ezerrel csinálom. Mint a drogozás, a szerhasználat folyamán, akkor mindent az alá rendelek alá, egy célnak rendelek alá mindent. Egy kicsit ilyen mániákusságban dolgoznak, a végletekig kiszipolyozva magukat. Én tartok egy határt

*magamban. Ők elementárisabban, szenvedélyesebben vannak jelen pl. a munkában. Ha valami érdekli őket, akkor 100 százalékig annak élnek. Ha lanyhul az érdeklődés, akkor látható is, hogy azzal nem tudnak annyira mit kezdeni: a kezdeti felfokozott lendületet nem tudják sokáig fenntartani, azt az állandóságot. Amikor valami beáll, stagnál, nincs kihívás, akkor kifelé néznek, nem tudják az állandóságot hosszan fenntartani. A stagnálás időszak lehangolttá teszi őket, mert már nincs az az intenzitása a dolognak.” (B)*

Az egyénnek a társadalmi életképesség eléréséhez a társadalom valóságához tartozó objektívációkon kell magát „átdolgoznia”. Ám az egyén - saját sorsa alakításának aktív résztvevőjeként - soha nem tökéletesen reprodukálja a fent említett objektívációkat, pusztán azok szubjektív variációját nyújtja. A szabályozás során a dinamikát tekintve két ellentétes irányú mozgás zajlik: a szociális objektívációk individuális szintre emelése és az individuális folyamatok szociális nivójára történő átfogalmazása. Az utóbbi során a kulturális szabályozás által hangsúlyozott, privilegizált konformitás az egyén részéről történő elutasítása esetén feszültség keletkezhet. (Angelusz, 1996) *„...nincs más választás, mint visszailleszkedni a társadalomba. Nem a társadalomnak a tagadásáról van szó, hanem hogy az egész rendszer ellen lázadtunk, aztán később beláttuk, hogy nem feltétlenül a rendszer ellen, viszont a betegségünk természetéből adódóan nekünk sosem jó az, ami van. Vagy beintegrálódasz ebbe a társadalomba, vagy beledöglesz, szó szerint megdöglesz. Az egyetlen, ami a rehabra elvonszolja az embereket, az az életöszton...A társadalom ugyanolyan szar, mint volt, vagy még szarabb, elmehetek használni a nagy lázadásomban, a nagy nyomoromban, meg önsajnálatomban, meg elfogadás hiányában magamat kezelni, és akkor megöl az anyag.” (N)*

Bourdieu (2009:234) szerint szintén az objektív struktúrák azok, amelyek meghatározzák egy társadalmi környezetnek, kollektív tájnak a fiziognómiáját. A struktúrák hatékonyságának legrejtettebb elveként azonosítja a valóság, illetve a valóságok iránti érzéket, azt a képességet, amellyel az objektíve lehetséges jövőt anticipálni tudjuk. *„...a normi valahogy tudja kezelni az életét. Most én nézek egy normit, énnekem egy külön faj...” (Bo) „...egy norminak talán kevesebbet kell dolgoznia azon, hogy elégedett tudjon lenni az élettal, meg a dolgoknak az alakulásával. Az elégedettség, és azt gondolom, hogy a boldogság a kulcsszó, főleg, hogy mesterséges úton kell keresnem, a normi közelebb áll hozzá. Nekem azon nagyon sokat kell dolgoznom magamon, hogy el tudjam fogadni azt, hogy hát így történtek a dolgok. Nagy különbség nincs köztünk, ha úgy vesszük, kérdés, hogy egy norminak mennyit kell dolgoznia aktuálisan, adott helyzetben, hogy az érzéseit hogyan kezeli, milyen reakciói vannak erre. Nekem erre vannak kóros reakcióim. Nekem egy nagyobb nehézség esetén elég hamar*

*elkapott a szer utáni vágy. Amikor azt mondom, hogy basszus, küzdök én, de ennél anyagozni is jobb...” (T)*

A betagozódás ellentétéként megnyilvánuló elkülönöződés sajátos folyamatát Willis (2000) írja le. Míg a betagozódás az informális közegnek a formális paradigmába történő progresszív beépülésével jár, addig az elkülönöződés olyan kollektív tanulási folyamat, amelynek során az én megtanulja kritikus szemmel elhatárolni magát és a neki rendelt jövőt az eleve adott formális definícióktól. A társadalomszervezet félig - meddig való elutasításával létrejöhet egyfajta kulturális penetráció, ám ez egyszerre jelképezi a szabadságot, a választást és a transzcendenciát, ugyanakkor a rendszerbe való beilleszkedést. „...Azért mi irigykedünk a normikra. Viszont én szeretek függő lenni, mert tudom a kényszerességemet, a megszállottságomat, tehát a betegségem ordítani dolgokra. Tehát én addikt módon kerestem a munkát, mentem, mentem, mentem, mentem, és jutalmazódik. Az is jó, hogy itt voltam, hogy látom, hogy ki milyen állapotban van, tehát tudom, hogy ő mivel kompenzál, és basszus szorong, feszült, fél, azért csinálja, amit csinál, meg hogy tudom, hogy én mit miért csinállok... Én meghallom a hazugságot, mint függő. A függőknek van egy érzéke arra, hogy a hazugságot levágják. Egyébként nincs olyan kontraszt, merthogy a normi is ugyanolyan ember, mint én. Csak őneki megvan az a kis génje. Viszont egy függőnek az IQ-ja 125, csak érzelmi intelligenciánk nincs...” (Bo)

A pszichiátriai megbetegedések egyik oka a társadalmi létezés értelmének elvesztése. Az adaptációs zavarként értelmezett megbetegedésre Pethő (1986) a mindennapok kivételességeként tekint: a mindennapi életben keletkezik, az onnan való kényszerű kikerülésben folytatódik, a gyógyulás pedig újra a mindennapiság dimenziójának elfogadását feltételezi. „...Ez nem igazán tanulható, kezelhető inkább. Itt ezt megtanulhatjuk, hogy hogy kell ezzel együtt élni. Amit itt megtanulunk, akár örömet, örömeket, jó dolgoknak örülni, azt itt kicsiben megtanuljuk, az életben viszont nagyban megkapjuk. Így vagyunk a rosszakkal is. Ami itt fáj, ami itt akár idegesít, az kinn az életben kétszer olyan. Itt megtanuljuk kicsiben élvezni és nem élvezni a dolgokat, elfogadni, beletörődni, tudatosan élni, hogy kint működjön....” (Zs) „...Vissza akarnak illeszkedni a normik társadalmába, de nekik mégis figyelembe kell venni azt, hogy ők nem tehetik ugyanazt, mint az átlagember. Visszaülleszkednek a társadalomba, elmennek egy munkahelyre, ahol utána mindenki elmege lazítani egy sör mellett, de ők ezt nem tudják megtenni, mert nekik nem egy pohár, hanem egy láda sör sem elég, aztán utána jön a választott szer a sör után. Ez egy paradoxon, de ebben az

*önsegítő mozgalomban több ilyen paradoxon is van. A BT igazából ennek tudatosításában segít nekik.” (B)*

A strukturális alacsonyabbrendűség fogalmának (Turner, 2002) értelmezése alapján a szenvedélybeteg gyakran, mint értékhardozó jelenik meg, misztikus hatalommal bír, a „gyengék hatalmával”. Turner felfogása szerint a differenciálatlan egész modellje kerül szembe egy differenciált rendszerrel, melynek egységei státuszok és szerepek, s amelyben a társadalmi személy különböző pozíciókra hasad. A szenvedélybetegek képviselői a köztudatban elszakadtak a társadalmi kötöttségektől, státuszon, szerepen és pozíción túl léteznek, így a többségi társadalom képviselői számára irigylendő a konformitáshoz való csekély alkalmazkodás, a normatív szabályozás kötöttségeinek felrúgásával járó létforma. „...egy függő és egy normi mindenben különbözik, csak kinézetre nem. A normi valahogy tudja kezelni az életét. Most én nézek egy normit, énnekem egy külön faj, szóval egy külön faj, és ezt ne vedd sértésnek, te is normi vagy. Merthogy én sokszor beszélgetek normival, de hogy nem értik meg azt, amit beszélek, hogy én mit miért csinálok. Ők nem értenek meg minket, mert mi a végletek embere vagyunk, nem értik meg azt, hogy miért nem tudjuk kezelni az érzéseinket, merthogy nekünk az érzelmi intelligenciánk jóval alacsonyabb, kevesebb dopaminnal születünk eleve, azért. Betegek vagyunk. Tehát az a különbség, hogy mi betegek vagyunk. És nem csak azért, hogy- persze az életkörülmények is hozzájárulnak,- de hogy mi fizikálisan, tehát egy génhibával születtünk, ez a különbség, már eleve adott a különbség.” (Bo)

Az említett megközelítések ugyanazt a problematikát helyezik előtérbe. A mindennapiság - kivételeződés, a lent - fent, az objektivációk - szubjektív variációk és a betagozódás - elkülönöződés dichotómiája a gondolkodásunkat átható bináris logika szemléletét jeleníti meg. A fenti ellentétpárok határain megjelenő lázadást a formalitás próbálja visszaszorítani, többek között betegségnek, devianciának bélyegzéssel. Ebben az értelemben a gyógyítás - mint a formalitás kiszolgálója - a „középpont felé igyekvés” törekvését hivatott elősegíteni.

### **VI.3.5. Összegzés**

Írásunk törekvése a „normi - függő” statikus és bipoláris reláció, mint oppozíciós modell érvényességének átgondolása és annak azonosítása, hogy miként tevődik át a rehabilitáció folyamatában manifesztálódó beszédmód a függő személy által használt metanyelvbe. A

függőség kifejezéséhez, az arra vonatkozó magyarázatok megfogalmazásához magasabb logikai szint szükséges, mint amelyen a kifejezendő, megmagyarázandó van. Ugyanazon a tárgyi szinten nincs mód magyarázatra, ezért a terápiás modalitás metanyelv, jelentésre reflektáló beszédmód használatára ösztönöz. A magukat függőként identifikáló személyek megfigyeléseink alapján hasonló narratív identifikációs gyakorlat és az önmeghatározás hasonló mentális és szimbolikus stratégiái alapján hozzák létre az új *narratív identitást*. Az új, meghatározó narratíva domináns összetevője a betegségtudat, és a betegségtudat- csoportban tanult, interiorizálódott ismeretek összessége. A függő identitás valójában az alteritás hangsúlyozásában konstituálódik, ebben a betegségtudat kialakítása játssza a legfőbb szerepet, s ez nyelvileg olyan szövegekben valósul meg, mint a „normi-függő” különbségtétel. A „függő”, mint az életút elbeszélésében prezentált én, markáns jellemvonással különíti el magát más individuumoktól, a nem függőktől.

A lotmani-i határ fogalom annak kétnyelvűségét hangsúlyozza, s olyan helyként tekint rá, melyben az idegen szemiotikai rendszerben születő szövegek „saját” nyelvre fordításának mechanizmusa zajlik, azaz a „külső” „belsővé” transzformálódik. (Lotman, 2002:102-103)

Olvasatunkban a normi és függő között húzódnó lotmani határ intertextuális jellegénél fogva alkalmassá válik a narratívák találkozására, ám az oppozíciós modell nem veszti érvényét, sőt, identifikációs kulcselemként hagyományozódik tovább, azaz a függő a normival szemben, ahhoz viszonyulva fogalmazza meg identikusnak vélt szimbolikus karakterisztikumait. A függőség magyarázatával kapcsolatosan eredendően adott egy narratív artikulációjú kifejezésmód, amit a rehabilitáció terében tanult és interiorizált szóhasználat, a statikus, kategorikus nyelvi formulák (a pszichoterápia és a betegség-modell terminológiai készletéből kölcsönzött kifejezések, pl.: azonosulás, elhárító mechanizmusok, összejt-hiány) használata némileg visszaszorít. Az átmenet terében nyelvi homogenitás, egyfajta nyelvi dogmarendszer rajzolódik ki, aminek egyik meghatározó, kiváltó eleme a betegségtudat. A kezelési modalításra jellemző dialógusjellegű, esemény- és folyamatleírásra törekvő dinamikus beszédmód (pl.: drokkarrier - elbeszélések) mellett a betegségtudat - csoport homogenizált nyelvezete is megjelenik. A fennálló és mesterségesen fenntartott dichotómiát („normi - függő” reláció) ugyanakkor ebben a kontextusban a rehabilitációs térben megfogalmazódó identitás-narratívumok dialektikává formálják: a kezdeti textuális különműségek képesek áthatni, penetrálni egymás szövegeit, így a terápia későbbi szakaszára az elbeszélések „hasonneművé” válnak. Kollektív azonosságteremtő narratívumok, közösségi azonosság-konstrukciók jönnek létre. Az identitás és alteritás e tanulmányban tárgyalt kérdéskörének egyik legfontosabb mozzanata a szerző törekvése alapján, hogy az általunk vizsgált



oppozíciós modell, fennmaradása ellenére szintén szolgálhatja a „közös” észrevételét, csökkentheti a határ statikusságát és merevségét: a saját értékek, szimbólumok és nyelv kidolgozása ugyan különbséget fejez ki, ám elősegíti a társadalmi láthatóságot, s ez által megszólíthatóságot biztosít. A határ a kísérletezés helyszínévé, a „mintha” szituációk és gondolatkísérletek terepévé, pszichológiai struktúrává válik.

A függőség betegségként való értelmezése a rehabilitáció kezdeti szakaszához képest - amikor döntően az individuális konnotációk érvényesülnek - fokozatosan módosul: a szimbólumteremtő közösség konvencionális konnotációja válik uralkodóvá. Ez a folyamat, - melynek során a monologikus, egyénpontú álláspontok dialogikus kérdésfelvetéssé fordulnak át - teszi lehetővé, hogy a betegségről alkotott értelmezés metaforikus jellegűvé váljon. A betegség tudat kerettörténetévé válása konstruktív irányba mutat, annak ellenére, hogy a szervült függőség agyi károsodásnak minősülése, s az erre épülő „gén-történet” homályos jelentéshalmazt jelöl. A klinikai, medikalizációs koncepció mérsékelt, parciális alkalmazása mellett, erre épülve, annak egyfajta kulturális toposza is létrejön a rehabilitáció terében, amely az adott esetekben a függő identitáshoz kapcsolt lehetséges interpretációként, alternatív történetek megszületését aktivizálja. A határt tehát nem a már korábban kialakult identitás realizálja, - hiszen az nem körvonalazódik tisztán egy függő életében - hanem a határ tudatosulása hozza létre az identitást.

#### **VI.4. A spirituális moratórium, mint a transzcendencia előszobája**

*„Az emberi kommunikáció posztmodern elméleteinek nagy alakjai nemigen vitatják egy magasabb erő létének lehetőségét. Egyszerűen csak feltételezik, hogy egy ilyen erőt nem tudnánk kiismerni, mert a szent szövegek éppúgy ki vannak téve a dekonstrukciónak, mint bármely más szöveg.” (Schultze, 2007:44)*

##### **VI.4.1. Bevezetés**

A fejezet tematikája elsősorban a vallásantropológia interdiszciplináris területeit érinti. A spiritualitás és a vallásosság fogalmainak körüljárása, majd a függőség és a spiritualitás összefüggéseit vizsgáló, az addiktológia területén végzett történeti kutatások áttekintése után, a felépülési narratívák tematikai elemeinek azonosítására teszünk kísérletet. A hangsúlyt annak vizsgálatára helyezzük, hogyan artikulálódik a természetfeletti vel való kapcsolat a rehabilitáció átmeneti terében adódó élmények, tapasztalatok hatására az életút narratívákban.

A vizsgált elbeszélések részleteinek segítségével világítunk rá arra, miként közvetítődik a „felsőbb erő” a terápián résztvevők számára, milyen módon jönnek létre az adott átmeneti térben a szakrális kommunikáció verbális csatornáit. Vizsgáljuk továbbá az ima és a „spirituális és lelki értékek” (SLÉ) csoportjának szerepét.

#### **VI.4.2. Függőség, spiritualitás, vallásosság a szenvedélybetegség tekintetében**

Jelenleg nem létezik olyan átfogó elmélet a függőség természetéről, amely a biológiai, a pszichológiai, a szociokulturális és a spirituális tényezőket egyaránt magában foglalná. Ennek egyik oka, hogy a függőség fogalma medikalizálódott: az addiktív viselkedésről alkotott biológiai és genetikai magyarázatok elhomályosították a klasszikus, a holisztikus és az interdiszciplináris szempontokat (Morgan, 1999:11). Mára azonban a biológiai tényezők feltárása mellett, a környezeti és a kontextuális tényezők szerepe is dominánssá vált a szerhasználat háttérének kutatásában. Az általunk vizsgált kezelési modalitás, a szenvedélybetegség rehabilitáció alapú gyakorlatának emberképe szerint az emberek olyan entitások, akik interpretatív és interaktív fizikai, pszichológiai, szociokulturális és spirituális dimenziók, 'kiterjedések' mentén ismerhetők meg, ezért a szenvedélybetegség kialakulása, annak fennállása, így az attól való megszabadulás szintén e négy dimenzióon keresztül nyilvánul meg, s vonható vizsgálat alá: fizikailag, pszichikailag, szociokulturálisan és spirituálisan.

A recens kutatások és a tudományos elméletek többsége szintén az addiktív viselkedésről alkotott pszichológiai, biológiai, és szociális magyarázatokat preferálja. A klinikusok és a teoretikusok érdeklődése a spiritualitás és a vallás szerepét illetően lassan hódít tért, annak ellenére, hogy az elképzelés, mely szerint mind a függőség kialakulásában, mind a felépülés folyamatában szerepe van a spirituális tényezőknek, több „hiten alapuló” program markáns alapja lett, többek között a Teen Challenge-nek, az AA-nak, az NA-nak és a 12 lépéses mozgalmaknak. Elméleti és praxisorientált szakemberek szerint is, mind a spiritualitás, mind a vallásosság alapvető komponensek a kábítószer-problémák eredete, a diagnózisok és a kezelések tekintetében - ezért érdemes a holisztikus klinikai és kutatási figyelmet ezekre a tényezőkre irányítani (Benda, McGovern, 2006). Az általunk vizsgált rehabilitációs

intézmény az NA 12 lépése alapján konceptuálisan keretezett szabályok szerint működik. A lépések ténylegesen utalnak a hitre, a felsőbb erőre, ezekben a stációkban Isten neve is konkretizálódik.

Ebben a fejezetben, az általunk készített életút interjúk szövegei alapján, a spiritualitás szerepét vizsgáljuk a felépülés folyamatának kezdeti, „rehabilitációs” szakaszában.

### **VI.4.3. Történeti kutatások a spiritualitás és szenvedélybetegség összefüggései kapcsán**

A drogfogyasztásra irányuló történeti kutatások jelenleg főként a vallási tényezők feltárására koncentrálnak, mivel a felépülés folyamatát eddig elsősorban a spirituális dimenzió felől közelítették meg. A szakirodalom határozottan támogatja az elképzelést, hogy a vallási és a spirituális meggyőződés pozitív szerepet játszik a fizikai és mentális jól-lét tekintetében, csökkenti a patológiás tüneteket, nagyobb érzelmi jólét kialakulását támogatja és sikerebb megküzdést tesz lehetővé (Matthews és Larson, 1995). Más vizsgálatok szintén kimutatták, hogy a lelki egészség befolyásolja a testi egészség minőségét: a vallásos emberek általában tovább élnek, kevesebb szorongással járnak tapasztalataik, jobban kezelik a stresszel terhelt életeseményeket, kevésbé jellemző rájuk a depresszió kialakulása és kevesebb közöttük a magas vérnyomásban szenvedők aránya (Dossey, 1997; Koenig, 1998). Az addikciók területén zajló tudományos kutatások szintén alátámasztják a spiritualitás és a vallásosság protektív, illetve preventív tényezőként való megjelenését. *„Nem mindenki az NA-ban köt ki egyébként. Például buddhista, gyémánt utas közösség, vagy keresztény közösségekben is sokan vannak. Az a lényeg, hogy valami értékteremtő közösség legyen az, ahova kapcsolódsz, ami megtartja a józanságot. Szóval azt látom, hogy akik valahogy így benne vannak, azok jobban tiszták maradnak, sőt tiszták maradnak. Akik így nem, azok sokkal nagyobb százaléka esik vissza. Szóval vannak, akik se oda, se ide nem tartoznak, de tiszták, de azért ők nagyon kevesen vannak.” (N)*

Néhány empirikus kutatás azt mutatja, hogy inverz kapcsolat áll fenn a spiritualitás és a kábítószer-függőség között, ami arra utal, hogy a spirituális lét, a mindennapokban való spirituális részvétel egyfajta védekezési mechanizmusként artikulálódik a függőséggel szemben (Miller, 1997). Itt azonban utalnunk kell ennek ellentettjére is, hiszen több kutatás éppen a rituális szerhasználat transzcendens iránti igény kielégítésében játszott szerepét

hangsúlyozza. Ám nem csak a függőség kialakulásának megelőzésében, hanem az abból való felépülés tekintetében is fontos eszköz a vallás és a spiritualitás (Morjaria és Orford, 2002).

A vallás, s annak megélése tehát kulcsfontosságú a felépülés folyamatában, mert biztosítja az egyén számára a stressz és a krízisek kezelésének hatékony eszközét, beleértve az optimistább életszemléletet, az alacsonyabb szintű szorongást, és a pozitívabb, hatékonyabb megküzdési készségeket (Pardini, Plante, Sherman és Stump, 2000; Laudet, Morgen és White, 2006). Miller szerint a kémiai anyagokkal való visszaélés során egyértelműen azonosítható az értelem elvesztése, a jelentés nélküliség (Miller, 1998). A spiritualitás olyan eszköz, amelynek segítségével a függő személy mélyebb értelmezését kaphatja a függőség által okozott szenvedésnek (Carroll, 1993).

V. E. Frankl logoterápiás rendszerére építve Lukas (2009) szintén az értelem keresését hangsúlyozza, s e tekintetben a szenvedélybetegséget megelőző lehetőségeket három „segélycsomagban” foglalja össze: 1. Az értelem megtalálása. Az értelemimpulzusok mennyisége és minősége független tartózkodási helyüinktől, életkörülményeinktől. Bármely nyomasztó tényt képesek vagyunk az értelem szemszögéből szemlélni, elfogadni azt, s végül életünk integrált részévé tenni, ezáltal a látszat-hatásokkal szemben védettséget élvezhetünk. 2. Értelmes döntések meghozatala. A valami ellen, vagy valami mellett való tudatos döntés előfeltétele Lukas szerint az önbizalom és az akaraterő, mely aspektusok a szenvedélybetegségek esetén a „nem-tudom-tovább” és a „nem-akarom-tovább” dimenziói mentén sérülnek. A cselekedet és a szándék egymáshoz való közeledése olyan út, mely távolabb visz a függőségtől. 3. Értelemmel bíró döntéseink megvalósítása. A megvalósítás útján tett első lépésként a szerző az elhatározásokkal járó hátrányokra, mint „ár”-ra tekint.

Ez rendkívül fontos tény, mert az értelemre-törekvés, az életeseményeknek való jelentéstulajdonítás, alapvető emberi tulajdonság, a pszichológiai jól-lét elengedhetetlen eleme. Az értelmes élet szorosan kapcsolódik a reményhez. A reménytelenség érzése általánosnak tekinthető a drogfüggők életében. A szenvedélybetegek életút narratíváinak kiemelkedő jellemzője a szerhasználat abbahagyására irányuló sikertelen erőfeszítések, a halmozottan megjelenő veszteségek és a csalódások leírása. Az empirikus eredmények azt mutatják, hogy a hittel és a reménységgel élők jobban képesek megbirkózni az élet válságos eseményeivel, s a felépülés folyamatában szintén védelmet jelent a visszaesés megelőzésének (relapszus-prevenció) tekintetében.

A sikeres felépülési folyamat másik fontos tényezője a megbocsátás, amely spiritualitás eszközként szolgál ezen az úton. Benda és Belcher szerint a megbocsátás prevenció mechanizmusként funkcionálhat az interperszonális kapcsolati zavarokból fakadó potenciális stressz, az egészség promóció és a patopszichológiai/pszichopatológiai jellegű zavarok tekintetében is (Benda és Belcher, 2006). Az addikció területén zajló kutatások kontextusában a megbocsátás szerves része a felépülés folyamatának. A szenvedélybetegek azonban nagyobb figyelmet fordítanak az önmaguknak való megbocsátásra (Worthington, és Cooke, 2006). Worthington, alkoholfüggő személyek vizsgálata során, elsősorban a stresszel való megküzdés szempontjából értelmezte a megbocsátást, olyan érzésként, amely a kapcsolati sérülések és az igazságosság kontextusába helyezi azt. Az érzelem-központú coping, egymás mellé helyezi a pozitív és a negatív érzelmeket. Benda és Belcher 310 női és 315 férfi hajléktalan veteránnal készített felmérése alapján azt találták, hogy a megbocsátás csökkenti a kapcsolati visszaélést, a szorongást, a depressziót és az alkohol-és egyéb kábítószer fogyasztást (Benda és Belcher, 2006). A vallási közösségek, - Stark kifejezésével élve "erkölcsi közösségek" (Stark, 1987), - közvetlen befolyással bírnak a közösséghez tartozó függők életére. Néhány empirikus kutatás szerint a templomba járás csökkenti a kokain és az alkohol fogyasztását olyan betegeknél, akik részt vettek bentlakásos kezelési programban (Richard, Bell és Carlson, 2000). Ugyanez a kutatás továbbá azt is kimutatta, hogy pusztán az önértékelésen alapuló vallásos meggyőződés nem feltétlenül jár változással, a kábítószerrel való visszaélés tekintetében. A felépüléssel összefüggésben a vallásos közösséghez (mint egy „jelentős másik”-hoz) való tartozás azért is tekinthető fontosnak, mert az, olyan társas támogató rendszerként funkcionál, amelyben hajlandóak elfogadni a szenvedélybetegek "új identitását". A hívőkké vált szenvedélybetegek a „hit családjának" tagjaivá válnak. Az elfogadottság tudata segít legyőzni a megbélyegzéssel és a szégyennel járó negatív tapasztalatokat, az új közösséghez tartozás tudata segíti azok feldolgozását, és beépítését az újonnan alakuló identitásba. *„Ez nem úgy néz ki, hogy hú, most leülök és akkor most ááááá, hirtelen akkora hitem van. Hanem ott kezdődik, hogy összehajtogatom az ágyamat. És akkor az a hitem már megvan, hogy én képes vagyok összehajtogatni az ágyamat, képes vagyok rendet tartani a szekrényben, képes vagyok tenni a hitemért, az önmagamban való hitemért, akár abban, hogy beülök egy csoportba, beszélek magamról, elmondom a félelmem, a szorongásom. És tulajdonképpen így is kezdődhet el. Ezeket megtapasztalom, hogy képes vagyok erre, képes vagyok arra. Meg tudom tenni. Egyre jobban tudok hinni magamban. Egyre jobban el tudom fogadni a többiek hitét önmagunkban. A közösségben meg van ez „Te nem szereted magad! - Mi szeretünk! - Te nem fogadod el magad! - Mi elfogadunk”. És látom*

*azt, ahogy valaki elkezdi kicsit könnyebben elfogadni magát, könnyebben el tudja fogadni a másikat is. Ha könnyebben el tudja fogadni a másikat, akkor saját magát is. Tehát ez így oda-vissza ható spirálban növekszik fölfelé.” (R)*

A vallás segítségével való megküzdés a szenvedélybetegek körében kevésbé vizsgált tényező. Connors és munkatársai, magas kockázatú populáció - bentlakásos kezelési programban részt vevő, alacsony jövedelmű, szenvedélybeteg terhes nők - körében a vallási változók és a mentális egészség közötti kapcsolatokat vizsgálták, beleértve a depressziót és a poszt-traumatikus stresszt (Connors, Whiteside-Mansell és Sherman, 2006). A negatív vallásos megküzdés egyértelműen a nagyobb, poszt-traumatikus stressz-zavarok és a depresszió tüneteinek kísérőjeként jelentkezett. Azok a nők tehát, akiknek zavaros, küzdelmes volt a hithez való viszonyuk, nagyobb érzelmi megterhelés alatt álltak. A pozitív vallásos megküzdés és a szervezett vallásgyakorlat azonban - ebben a populációban - nem gyakorolt feltétlenül közvetlen hatást a mentális egészségi állapotra. Connors szerint ezek az eredmények arra utalnak, hogy a kutatásokban érdemes nagyobb figyelmet fordítani a vallásosság negatív vonatkozásaira, különös tekintettel a vallásos küzdelemre. A rehabilitáció folyamatában részt vevő segítők szintén e jelenség fontosságát hangsúlyozzák. A vallás és a spiritualitás kapcsán tapasztalt „terápiás” ellenállás háttéréként általában a kudarcos, sikertelen megküzdési mechanizmusokat azonosítják. *„Hát, szóval felsőbb erő, sokan lövésük sincs, hogy mi az, sőt iszonyatos ellenállás van mindenfajta vallási dologgal szemben, mert megbuktak már ezekben. Tehát próbáltak itt lenni, ott lenni, amott lenni és mégis csak használtak. Valami vallási kudarcélményen általában már túl vannak, mire ide kerülnek, és ezért félnek még egyszer találkozni azzal. Igen, az nem segített, az megint nem fog segíteni, úgy gondolják. Lehet saját vallásos neveltetés, vagy ellenállás, vagy a nem vallásos neveltetés, vagy a tiszta ateizmus, ami most általánosságban van. Nagy általánosságban ezek benne vannak az életben és nagyon nehéz ráközelíteni, valamifajta ráhagyatkozásra, vagy valamifajta erőt megtalálni, amiből lehet erőt meríteni. Azt mondjuk sokszor, hogy amíg nincs saját felfogásod szerinti, addig a közösség a felsőbb erő. A közösségnek az ereje, a közösség tükre az nagyon erős. A közösség mindig sokkal jobban lát, mint mi saját magunkat. Ez mindenhol így van, nem csak a függőknél. Különben ugyanúgy van minden, mint más embereknél, mint nem függőknél. Semmi, annyi a különbség a függő meg a nem függő ember között, hogy a függők, ha szert használnak, akkor nincs meg a mérték, nem tudják megállítani, nem tudják kontrollálni, kényszeresebbek kicsit, ennyi!” (N)*

Fontos figyelembe venni a spirituális átalakulás hatását, különösen a függők életében gyakorta jelentkező „megtérés” jelenségét, amely egyértelmű érzelmi, kognitív és viselkedési dinamikával bír. *„Hát hívhatjuk így simán energiának, vagy valaminek. De valami személyes dolog, az biztos, mert azt érzi olyankor az ember. Hogy ott valami jóval nagyobb intelligencia szól közbe. Hát, nekem voltak telepatikus képességeim, tudtam kommunikálni a másvilággal, de azt tudom, hogy itt a földön csak annyit lehet elmondani, amennyit engednek ott fönt, tehát hogy minden csak úgy történhet meg, hogyha van hozzá engedély. És akkor így, hát ezek így megvoltak, és akkor így megvolt az, hogy így mínusz 8 fokban én rövid ujjúban mászkáltam a városban, és akkor így összeestem, gyakorlatilag ott is meghalhattam volna. Aztán mégiscsak, bocs, fölálltam aztán hazamentem. Meg volt az, hogy így, az első így nagyon intenzív, és az egy nagyon megragadó dolog, amikor téli szünet volt. Szenvedtem és elvonásom volt, végül is amfetamintól, ilyen ideg, idegi, hát ez a központi idegrendszernek ez a hülye játéka, amikor teljesen ki van merülve, az ember szorong és paranoid, és minden baja van, és egyszer csak így eltűntem a szobából, persze tudtam, hogy a testem az ott van, és valamilyen térben voltam, ahol beszéltek hozzám. És az a dolog legalább egy órásnak tűnt, az a beszélgetés, vagy másfélnek, annyinak is tűnt, viszont ahogy elengedtek onnan, mert ez egy is érzés volt, hogy elengednek, ott mondták, hogy így nem fogsz mindenre emlékezni, csak arra, hogy, hogy így ez a beszélgetés megtörtént, és hogy kövesd a fényt. És nagyjából ennyi volt az üzenet, de a beszélgetés az jóval hosszabb volt, mert ott kommunikáció zajlott, ott valakikkel kommunikáltam. És aztán visszadobtak. És amikor felkeltem, akkor az első életem olyan, hát mániás epizód következett az életemben, azt éreztem, hogy igen, én is vagyok valaki, és képes vagyok dolgokra. Tehát persze teljesen átlagos képességekre, mert egyszerűen okos vagyok, és tudok hinni magamban, és ez is egy ilyen volt, amit nem tudnék, sem hallucinációnak és illúzióknak nevezni, mert azért voltam egy-két drog hatása alatt, ez teljesen tiszta volt ilyen szempontból. És nem egyfajta remény volt, hanem így tényleg történt ott valami, ami azért kardinális, mert azóta történt, ami, velem történt azóta, annak alappillére ez az élmény. Tehát előtte úgy csak voltam így egy drogos, aki így küszködik a kábítószerrel és akkor így valami majd történik az életében egyszer csak, vagy túljut, vagy nem. És azóta, amióta az megvolt, mindig tudtam, akármilyen állapotban voltam, hogy ennek vége, és ebből én kimegyek, és nem azért vagyok, hogy ebbe belesüppedjek. Ez ilyen, ilyen alapdolog volt. De sok ilyen dolog volt, szóval ezt sokáig mondhatnám így, és ezek jók, mert az embernek akkora hitet adnak, hogy van miért élni. Ezt meg is fogalmaztam egyébként, mert ugye a közösségért teszünk mindent, és akkor a közösség ez a magyar nyelvnek a szakrális csodája, hogy így a közösség az a mi, ugye, mert egy miben létezőnk, tehát így a többes szám első személy az gyakorlatilag a mi,*

*amiért élünk, a mi az isten, és akkor egy csomó benne van ez a dolog. Hogy ez alkot minket, végül is az egyedülnek is csak akkor van értelme, ha vagyunk többen. Ezek csodálatos dolgok, és amik, ami nem túl jó, hogy a világ ezen a szinten néha kiábrándító tud lenni, hogy ez az érzés, ez az együttélés nem mindig nyilvánul meg, vagy nem érezzük. Hogy annyira távol vagyunk egymástól, hogy az szörnyű néha.”(No)*

Harry A. Tiebout pszichiáter kutatásai koncentráltak először a felépülés folyamatában megmutatózó „átalakulás” jelenségére. Arra a következtetésre jutott, hogy az alkohol betegek számára a segítség végső forrása, mint egyfajta utolsó lehetőség a gyógyulásra, lelki természetű, és az átalakulás megtapasztalása révén a betegek képessé válnak lemondani a hatalom és az ellenőrzés illúziójáról (Tiebout, 1951). A megtérés/átalakulás után azonnal, közvetlenül jelentkező változásokat több kutatás is a legjelentősebb állomásként értékeli. Morgan szerint "a megtérés először új gondolkodásmódot, érzést, világlátást eredményez, ami automatikusan kognitív, affektív és viselkedésbeli változásokhoz vezet a függő életében" (Morgan, 1999: 13). A felépült drogos, aki megtapasztalta az átalakulást, új identitást épít, célokat keres az életében, és nyitottabbá válik mások felé. Egyes kutatások szerint rehabilitációs programban részt vevő szenvedélybetegek akkor utasítják el végképp a kábítószer használói-kultúrát, amikor új célokra találnak, s megtörténik önmaguk elfogadása, a mások általi és az Isten általi elfogadottság (NG és Shek, 2001).

A felépülés folyamata tehát egyfajta „kontextus függő szelf-transzformáció” (Morgan és Jordan, 1999: 259). *„Hogy ezt túléltem. És akkor szóval ott láttam, ami a programnak a második lépése, hogy a felsőbb erő helyreállíthatja a józan gondolkodást, ez a 2. lépés, hogy egy nálunk hatalmasabb erő fogja helyreállítani. Ott, annál a lánynál volt meg az a tapasztalat, hogy egy nőtől nem leszek egész. Nem leszek egy nőtől jobban. Van egy csajom, van egy inkább kapcsolatam, attól én még ugyanolyan maradok, alaphól ez lesz. Nem fogja azt a hiányérzetet, ami bennem van kipótolni, nem fogja igazából semmi kipótolni, hanem kizárólag valamilyen fajta spiritualitás fogja kipótolni ezt, és szóval ez egy jó tapasztalat volt.” (N)*

Az „átfordító” változások az identitás radikális újragondolását eredményezik, radikális változásokat az attitűdökben, érzelmekben, hitekben, életmódban, értékekben, és a személyes referenciakeretekben. A spiritualitás és a vallásosság tehát pozitív szerepet játszhat az addiktív viselkedés minimalizálásában és a felépülés folyamatában egyaránt.



#### VI.4.4. A spiritualitás kutatásának nehézségei

A spiritualitás és a vallásosság ún. multidimenzionális fogalmak, filozófiai, teológiai, pszichológiai, szociális és egészségügyi jelentésárnyalatokkal (McGovern és McMahon, 2006). Éppen a szemantikai túlterheltség és a konnotációk miatt nehéz e fogalmakat meghatározni és működőképesé, használhatóvá tenni a kutatás és az egészségügy területén. Cook, egy leíró tanulmányában 265 - a spiritualitás és a függőség kapcsolatát taglaló - kötet és tanulmány vizsgálata kapcsán arra a következtetésre jutott, hogy "a spiritualitás értelmezése a függőség területén jelenleg nem megfelelő, a fogalom, annak nem egyértelmű definiálása miatt, mint értelmezési keret, nem adaptálható" (Cook, 2004:539).

A fejezet arra tesz kísérletet, hogy a szenvedélybetegek rehabilitációjának egyik dominánsan kirajzolódó jellegzetességét, a 12 lépés által konceptuálisan keretezett, intézményesült „transzcendens-konstrukciót” járja körül. A „felsőbb erő” fogalma, annak mentális konstrukcióvá válása, a fogalom köré épült reprezentációk és a spiritualitás „intézményesülése” - mindezek vizsgálata az ezekről való beszéd lévén lehetséges. Az identitás narratívumok egyik központi elemeként megjelent „felettes erő”, tulajdonképpen inherens láthatatlanság, amelynek körvonalazása, konkrétá „tevése” esetében kevés a szavak magyarázó ereje. A fogalom többértelműsége azonban hasznos a közösség szempontjából: faktikus a forma (az elnevezés), azonban fakultatív a tartalom, nem létezik indoktrinált konstrukció erre vonatkozóan. *„Szóval, mindegy, hogy minek hívja. Hívhatja Buddhának, végső egységes tudatnak, Krisztusnak, aminek gondolja, Istennek. Nagyszakállúnak, saját felfogásúnak, higher power-nek. Bárminek, igazából. Szóval, hogy valahogy azt az élményt adja, hogy itt részei vagyunk ennek az egésznek. Ha egyedül vagyok, akkor sem vagyok magányos, akkor is be vagyok kapcsolódva az életnek az áramába. Én ezt nem személynek gondolom, hanem erőnek. Vagyis annak tapasztalom igazából. És pozitív erőnek mindenféleképpen. És hát ami, szóval, ami a pozitív dolgot segíti elő a terápiában, az mindig közelebb visz egy ilyesfajta megérzéshez, vagy nyugalmat is ad, békességet, egyfajta rendezettséget bennem. Az aggodalmaimmal együtt, a problémáimmal együtt, valahogy ilyen békességet ad és idős terápások néha elérik ezt az állapotot, hogy nyugalomban vannak. Aztán megborulnak, de mégis van egyfajta kiegyensúlyozottságuk és akkor az, nagy átmenet, nagyon éles váltás, ez az ürességből egyfajta békességnek a megszerzése. Szóval nehéz ezt annak, nehéz a saját egónk nagyságának ezt betudni, ezt a fajta segítséget, vagy ezt a fajta gondoskodást. Figyelj, például ez a fajta gondoskodás, amit elmeséltem abban, hogy nem az*

*árokba borultam bele, hanem valahogy elmentem régi tempóval és ott ültem és néztem, hogy milyen szép. Az teljesen az én irányításomon kívül volt. Szóval vannak pillanatok, amik a mi irányításunkon kívül vannak, rengeteg ilyen dolog van, amit nem tudunk irányítani és hát azt nem is kell, igazából. És ez az első lépésben van benne, hogy valami az én dolgom, valamit nekem kell kézben tartani, valamit meg nem. A függők mindent, nem csak a függők különben, hanem szellemileg mindent a kezükben akarnak tartani, hogy úgy legyen, ahogy ők akarják és ez nem feltétlenül jó! Jó adni magunkból! Mert mindig csak féltettük, a függők abszolút féltik a saját kis világukban magukat, hogy meglegyen a szerük, ne adjon belőle senkinek, mert ha neki ad, akkor neki nem lesz. Szóval megtanult egy teljesen zárt életformára.”(N)*

A hit nem feltétlenül jár együtt az aktív vallásgyakorlással, ugyanakkor a spiritualitás - a transzcendenssel való kapcsolat - modern társadalmunkban nyerte el a vallástól függetlenül is létező kulturális értelmezését. A modernitásban általánossá vált plurális értékrend tette lehetővé a vallás fogalmának szélesebb értelmezését, annak individualizációját. (Zinnbauer és mtsai, 1997). Az elmúlt néhány évben hatalmas vita zajlott a spiritualitás és a vallás közötti különbségtétel kapcsán. A teoretikusok olyan elméleti, és a gyakorlatban is alkalmazható „spiritualitás” - definíció megalkotására törekedtek, amely egyfelől megkülönbözteti azt a személyes vallásosságtól, ugyanakkor próbáltak rámutatni a két koncepció összefüggéseire is. A spiritualitás konnotációi alapján, az inkább személyes, mint intézményesített, míg a vallásról megformált másodlagos jelentéstartalmak annak intézményesített jellegét hangsúlyozzák. A spiritualitás inkább pszichológiai jegyeket hordoz, a vallás szociológiáit (Spilka et al. 2004: 9).

E megközelítés szerint a két terminus nem szinonimaként, hanem különbségként artikulálódik. A spiritualitás személyesebb és kevésbé formalizált jelentésekkel rendelkezik, a „szent”-tel való formális kapcsolat kevésbé jelentős, míg a vallásosságnak sajátos, meghatározott, viselkedésre irányuló, szociális és társas előírásai vannak, egyfajta felekezeti karakterisztikumai, amelyek involválódtak az „imádat rendszerébe”, s amelyek hozzájárulnak egy speciális hitközösség kialakulásához (Koenig, McCullough és Larson, 2001).

A rehabilitáció terében alkalmazott egyik közösségi rítus, a reggeli ima közös elmondása egyértelműen összefügg a spiritualitás néhány dimenziójával. Azonban a spiritualitás előhívásának ez a gyakorlata több szempontból is független a személyes, vallásos viselkedéstől. Az olyan illokúciós aktus, mint az utóbbiként említett közös imádkozás,

funkcióját tekintve mindössze bizonyos szociális és morális dimenziók megteremtésére képes, arra azonban nem törekszik, hogy ezeket a dimenziókat konkrét vallási rendszerbe illessze. *„Az azonosság formáló ereje, azt gondolom, hogy nyilván ez az önsegítő közösségekből jön, az ottani irodalomból, tehát például „Eljutottunk a hitre” c. könyv. ami nekünk működött, tehát ez ad egyfajta felületet, amivel lehet azonosulni. És vannak az önsegítő közösségeknek, olyan irodalmi, mit tudom én pl.: „Meditáció”, vagy „Csak a mai nap”, ahol dátum-szerűen ott van, hogy mondjuk február 12. Aznapra van egy kijelölt szövegrész, ilyen napindítónak, azt fölolvassák, annak van egy felelőse, aki többes szám első személyben fogalmaz, és hát van a reggeli ima, ez a két rítus is egy ilyen közösségi azonosságtudatot erősít. Ezek mind a spiritualitást erősítik, rítusszerűen megtámogatva.” (R)*

A spiritualitás általában olyan elmélyült, benső és alap tapasztalatként közvetítődik a segítők munkája és a közösségi rítusok által, amely a hagyományos vallási rendszereken belül, és azokon kívül is egyaránt létezhet. Azonban a spiritualitás kapcsán olyan transzperszonális folyamatok is előtérbe kerülnek, amelyek a transzcendens általános anyagi létezésére utalnak és jelentésének keresésével jellemezhetőek: ez a dinamika elsősorban a „felsőbb erő” fogalmának használatában nyilvánul meg. A kifejezés, s annak konnotációi magában foglalják ugyan a vallási rendszereket, de nem korlátozódnak pusztán arra. A „terápiások” involválódhatnak az Istennel, vagy egy istenséggel (vagy éppen a „felsőbb erővel”) kialakított kapcsolatba, a hagyományos vallási, vagy archetípusos rendszerek keretein kívül is. Mindezt a következőképpen fogalmazza meg egy segítő: *„Isten egyáltalán nincs bekeverve a rehabon, a felsőbb erő, a spiritualitásról beszélve, vallási eszmékről. Én nem nagyon beszélek Istenről. Felsőbb erőnek hívom, de én már néha ki tudom mondani, hogy Isten. De kinek mi az istene. Valakinek a pénz, a drog, a presztízs. Izomból azt mondják először a rehabon az emberek, hogy felteszem a kezemet, hogy elengedtem, stb. külső nyomás hatására. Nem lehet ott megtalálni. Nem belülről jön. Ő ezzel segít magán, hogy megteszi. Nem is kell átlátnia, később majd rá fog érezni. Ott nem fog átfordulni felsőbb erőkre.” (No)*

Az AA mozgalma - amelyre az önsegítő közösségek prototípusaként tekinthetünk - gyakran „az élet spirituális programja”-ként utal magára, ahol "nincs dogma, teológia, vagy hitvallás, amit meg kell tanulni." (DeMarinis, 2003). *„Mivel érdekelnek a vallások, most arra tudok asszociálni, hogy ezt a felsőbb erőt hívhatjuk Buddhának, Jézusnak, Jehovának, Allahnak, akárkinek. Én ebből kifolyólag azt gondolom, hogy ezek így inkább csak névbeli különbségek, mint minőségi. És ennek analógiájára, hogy ha Isten a saját képmására teremtett minket, akkor bennünk is van ilyen. Mi is azok vagyunk. Én azt gondolom, hogy a felsőbb erő, nem*

*kell különbséget tenni. Persze, hogy ugyanazok az atomok vannak meg bennem is, mint másokban. Más arányban, más mennyiségben. Az más kérdés, hogy ha most úgy nézzük, mint felsőbb erő, hogy ha valakire számíthatok, vagy Istenhez fohászkodhatok, az a könnyebb. Vagy az a jobban elérhető. De azt gondolom, hogy azt kell megtalálnunk, ami bennünk is bennünk van.”(Cs)*

A spiritualitás és a vallás tekintetében felvázolt különbség tétellel nem minden teoretikus ért egyet. Zinnbauer, Pargament és Scott ambivalensen viszonyulnak az olyan összehasonlító vallás vizsgálatokhoz, amelyek az intézményesített dogma jelentését, annak szigorúan korlátozott szintjével azonosítják, mivel szerintük a spiritualitás mélyebb, személyesebb összekapcsolódás a transzcendenssel. A polarizáció elkerülése érdekében vezetik be az ún. „szent-koncepciót”. Szerintük a vallás a „szignifikáns” (a jelentős, a meghatározó) keresése, olyan utakon, amelyek a szentséghez kapcsolódnak, míg a spiritualitás "magának a szentnek a keresése" (Pargament, 1997:32). A spiritualitás e felfogás szerint a vallás szíve, annak központi funkciója. A szerző szerint mindkét fogalom alapvető a sikeres felépülés tekintetében. Annak ellenére, hogy a felépülő függők általában hajlamosabbak magasabb szintű jelentést tulajdonítani a vallásos hitnek és a vallási hovatartozásnak, ők maguk sokkal inkább spirituálisnak, mint vallásosnak tartják magukat (Pardini, Plante, Sherman és Stump, 2000). Ez az attitűd a vizsgált közösségben is megjelenik: *„Van egy nagyon érdekes dolog egyébként. Van egy terület, amiben még szerintem hátravan az én fölismerésem. Ez Jézus Krisztus. Ez egy plusz. Én azt gondolom, tehát a keresztény tanítás szerint nem csak arról van szó, hogy van egy fölöttünk lévő erő. Egy felsőbb erő, és ő képes mindenre, és én tudok vele kapcsolatot tartani, és jó is, ha kapcsolatot tartok vele. És ugye, azt mondja a 12 lépés program, hogy aztán a negyedik lépésben csináljunk egy önismereti leltárt. És utána az ötödik lépésben tegyük jóvá. Nyújtsunk jóvátételt mindazoknak, akiket megbántottunk. Erre mondja a keresztény egyház, hogy ez egy bűnrendezés. Tehát ugyanez megvan. Csak nem ötödik lépésnek hívják. Ami egy nagyon érdekes dolog, ez Jézus Krisztusnak a személye. Na, őt például még nem tudom hova beleilleszteni. Nem tudom, hogy mi az ő megfelelője a 12 lépés programban. De úgy kapizsgálom már. Tehát a Jézus Krisztust azért nem tudom, mert igazából sokáig azt sem tudtam, hogy mi az ő jelentősége a kereszténységen belül. Én nem tudtam azzal mit kezdeni. Én először örültem annak, hogy van Isten. Jaj de jó, hogy nem csak én vagyok, nem kell úgy félnem a haláltól, meg stb. Na, most Jézus Krisztus az pedig az ő fia. Az ő földi megjelenési formája. Egy tökéletes lény. Egy büntelen lény. És egy olyan áldozat, aki mindannyiunk bűnéért, áldozatként hajlandó volt meghalni.”(Zo)*

A rehabilitáció terében zajló, a spiritualitás előhívását célzó és a transzcendenssel való találkozás elősegítésére törekvő folyamatok vizsgálata, olyan viselkedés feltérképezésére irányul, amely homályos, és önkényesnek tekinthető, s amelynek hatékonysága nem igazán mérhető. Az otthonban jellegzetes kommunikációs rendszer, meghatározott módon gyakorolt közös praxis alakult ki, (SLÉ csoport, közös ima a nap kezdetén) amelynek segítségével a közösség alakítja önmagát oly módon, hogy közben önmagukat fejezik ki, önmaguk számára, s amelyben az „önmagammal való találkozás” a transzcendenssel való találkozás előszobája, az ahhoz vezető út egyik módszere.

A „felsőbb erőről” alkotott egyéni elképzelések létrehozásában a közösség segítő szakemberei médiumként működnek közre. Kollektív és individuális imaginációk cserefolyamatai zajlanak, amelyek kulturális változást generálnak. A változás lassan, fokozatosan történik, egyik szintről a másikra segítő, kis lépések segítségével, amelyek előrevetítik a későbbiekben megvalósuló, magasabb erőre való ráhagyatkozást. A közösségben való hit anticipálja az önmagamba vetett hit megjelenését, amely aztán elvezethet az Istenbe vetett hit kiáradásáig. A „spirituális nézőpont-váltás”, a józan kultúrára való rátalálás és az abban való megújulás tekintetében - a segítőik tapasztalatai alapján - szintén alap modalitásként jelenik meg, annak elengedhetetlenségét hangsúlyozzák a józanság megtartásában. *„A szintek, amikor valaki bekerül, akkor a felsőbb erő az maga a kör, a közösség. Mert ugye ott van valami olyan erő, amivel ő nem tud szembemenni, ha szembe megy, akkor annak kellemetlenségei lesznek, és előbb utóbb eljut odáig, hogyha nem engedi el a saját akaratát és az irányításban marad, ő akarja kontrollálni a környezetét, tulajdonképpen a betegségét, akkor tulajdonképpen azt játssza, mint kint. Tulajdonképpen akkor szokott ez elkezdődni, mikor valaki eljut odáig, hogy „oké akkor mondjátok meg, hogy mit csináljak, mert elegendem van!” - és ekkor kezdődik meg az a fajta ráhagyatkozás, ami már így a spirituális lét felé vezethet.*

*Ez tulajdonképpen egy szint, hogy először vagyok én, utána elengedem a kontrollt, átadom azt, mondjuk a közösségnek és ez már a spiritualitás. Istenhit, mint cél, nem feltétlenül van kimondva, nem mindenkinek lehet ez az útja. Számomra a spiritualitás három dolgot jelent, a hitet, a reményt és a szeretetet. Azt gondolom, hogy ezekben alapvetően benne van a hit. Tehát az látom, hogy akik ott vannak, azok bizony előbb utóbb ezzel szembesülnek, ezt megérik. Megtapasztalják azt, hogy sokkal könnyebb elengedni az akaratomat. Hiszen az emberiség, ebben nagyon küzdünk, hogy kitaláltuk, hogy leigázzuk a természetet, irányítani fogunk mindenféle folyamatot itt a világon. Egyszerűen baromira egyedül maradtunk. Ezt a fajta*

*magányt, ezt a fajta magára hagyatottságunkat, nem lehet megúszni. Én azt látom, hogy akik józanok, több éve józanok, azoknál ez a fajta spirituális nézőpontváltás történik meg.” (R)*

#### **VI.4.5. Betegség narratívák és spiritualitás**

A felépülési narratívákat az ún. betegség - narratívák között helyezi el a szakirodalom. A „felépülést” tematikai elemként hordozó elbeszélések általában a történetkészletek „betegség - gyógyulás” szegmensében helyezkednek el. (Rácz, 2006)

Frank (1995), - ahogyan már utaltunk rá - a krónikus fizikai betegségekben szenvedők elbeszéléseinek tipológiáját nyújtja írásában. A „restitúciós (helyreállítási, vagy kárpótlási) narratívák” egy központi fejlődés-motívumot közvetítenek az egészség - betegség - helyreállt jól-lét lineáris vonalán keresztül. E folyamatban a gyógyulás külső ágens hatására következik be. Ezzel éles ellentétben, a „káosz narratívák” (chaos) nem lineáris mozgást mutatnak: inkább a pillanatnyi stresszre reflektálnak, mintsem a reményre, az egyén nem bíz a felépülésében. Az ilyen típusú elbeszélésekben nincs narratív időbeli rend és narratív okság. Az „útkereső narratíva” (quest) a leggyakrabban előforduló betegség történet: a mesélő elfogadja a betegséget és hisz abban, hogy ezen keresztül olyan új tapasztalatokra tehet szert, amik valamiféleképpen változtatnak az életén, oly módon, hogy az a hasznára válik. A betegség alkalmat teremt új dolgok felfedezésére és célt rendel ehhez a kereséshez. A mentális egészségügy területe az elmúlt évtizedben egyre nagyobb hangsúlyt fektetett e koncepció hasznosítására (Anthony, 1993; Spaniol).

A betegség ténye gyakran mindössze keretként szolgál a felépülés elmesélésének folyamatában: tudatosítják ugyan a mentális betegséget és annak hatásait, illetve negatív következményeit, de túllépve annak korlátain, olyan új értelmet és irányt jelölnek ki, amely támogatja a betegség és a társadalmi reakciók által megszabott határok átlépését. A felépülés tehát, ebben a kontextusban magában foglal olyan narratív tematikát, mint például: a kihívás és a remény, a megbélyegzés és a magabiztosság, a korlátok és az új lehetőségek, a harc és a felelősségvállalás.

A mentális betegségekben szenvedők által írt, publikált felépülés narratívák elsősorban - a franki tipológia alapján - az útkereső narratívát reprezentálják ugyan, ám a valóságban a legtöbb mentális betegség tartós és ciklikus, ezáltal "megnehezíti az új identitások, új célok és

új értelmek" (Hatfield és Lefley, 1993:186.), valamint az új személyes narratívák megteremtését.

Amikor olyan visszatérő betegségről van szó, mint a függőség, amelyben a felépülés olyan feladatokkal jár együtt, amelyek teljesítése nehézségekbe ütközik, s amelyek zavart okozhatnak a mindennapokban, akkor a jelentés adás konzisztens folyamata maga is veszélybe kerül. Ezért az egyik legfontosabb szempont a szenvedélybetegek életében, hogy olyan saját történetet tudjanak szőni, amely tartalmazza a zavar, a stabilitás és a növekedés elemeit is. A figyelmeztető jelek, a magas kockázattal járó helyzetek, a visszacsúszások, a visszaesések elbeszélése mind jellemző az általunk vizsgált szövegekre is. Ebből a szempontból a mentális betegségek felépülés narratívái hordoznak egyfajta értékrendet és annak motívumait, amelyek a személyt közvetlen és nagyobb összefüggések rendszerébe helyezik. Olyan általános tájékozódási rendszert biztosítanak, amelyben speciális megküzdési technikák által találunk rá a „különleges kiugrás” (a hajtúkanyar) lehetőségére. A vallási és a spirituális témák jelenléte, az átfogó funkcionalitás miatt válik nagy jelentőségűvé ezekben az elbeszélésekben. A spirituális kötelezettségvállalások pozicionálhatják az egyént arra, hogy a tapasztalataiból fakadó érzéseket összhangba hozzák a vallási meggyőződésükkel, hogy a vallásosságukból fakadó erőforrások mind általánosabb és konkrétabb megküzdési stratégiaként konstituálódnak (Pargament, 1997), és további felépülési narratívák konstruálódnak a spirituális realitások számbavételével.

Az általunk vizsgált narratívákról elmondható, hogy megküzdési mechanizmusokként funkcionálnak a stresszorok kezelésében, azáltal, hogy egy, - a szellemi és a vallási dimenzióik által átítatott - átfogóbb rendszerbe helyezik a megértés és az alkalmazkodás területeit. Ennek ellenére a spiritualitás nem mindig pozitív szerepet játszik ezekben a narratívákban és a hozzájuk kapcsolt megküzdési stratégiákban. Vallási és spirituális kételyek, bizonytalanságok egyaránt részei az elbeszéléseknek. Az ilyen esetekben a vallás pozitív erőforrásként való hasznosítása helyett, annak felépülést hátráltató, azt komplikáló, a problémát elmélyítő szerepe erősödik. *„Nagyon elvont téma. Nagyon nehéz úgy megfogalmazni ezt, hogy pontos legyen. De valahogy úgy vagyok én ezzel, hogy nálam úgy nézett ki, amit mondtam, hogy nézegettem a 12 lépést, és mondtam, hogy na, milyen jó lesz ez nekem. Isten. Végül is mindig is szerettem, tehát mindig is kerestem ezt a dimenzióját az életnek. A kapcsolatot valamilyen Istennek nevezhető, vagy nálam felsőbb erővel, de igazából nem. Mostani agyammal azt mondom, hogy ezek nem voltak túlzottan sikeres dolgok. Most ilyenekre gondolok, hogy egy időben jártam templomba. Vagy, hogy elvonultam, ez most*

*nagyon hülyén hangzik, kolostorba. Elmentem ilyen három-négy napokra. Ilyen csöndes napokra. Persze nem ért semmit. Illetve ért, mert ezek valamit mindenképpen érnek, de a problémáimat nem oldotta meg. Aztán amikor ezt láttam, hogy ez szerepel a programban, akkor ennek örültem. Mondom, ezt úgymint mindig kerestem, akkor egy kicsit tisztába jövök ezzel is, meg átgondoljuk. Én úgy álltam ehhez, hogy jöjjön, aminek jönni kell. Örömmel várom, hogy ezekre a kérdésekre választ kapjak. És egyáltalán nem idegen tőlem ez a fajta gondolkodás. Az, hogy vallásos gondolkodás, az nem jó kifejezés. De az, hogy mondjuk valamilyen hit. És aztán ahogy telt-múlt az idő bent, türelmetlen lettem. Az volt az érzésem, hogy most, amikor szükségem lenne rá, most miért nincs sehol. Egyre jobban úgy éreztem, hogy fogy belőlem ki ez a hit, vagy nem is tudom mi. Ez az istenhit. Hogy nincs, nem találok. És sokkal kevesebb van bennem, mint ami volt. És megijedtem ettől, hogy hát most mi a fene történik velem. Most, amikor szükségem lenne rá.” (Bo)*

A vallás és a spiritualitás tehát az általunk vizsgált felépülési narratívák központi eleme. A narratív megközelítés bepillantást nyújthat a spirituális tényezőkre is, amelyek jelentős szerepet játszanak a felépülők életében. Kurtz (1986) szerint a spiritualitás olyan mélyen beivódott a személyes tapasztalat birodalmába, hogy a narratív megközelítés lehet az egyetlen módja a lelki dinamika megmutatkozásának. Morgan és Jordan (1999) szintén a narratívák preferálása, alkalmazásuk dominanciája mellett érvelnek, a szerzők szerint "az igazi élmény és a spiritualitás valójában csak a személyes történeteken és elbeszéléseken keresztül nyilatkozhat meg”.

*„A 2. és a 3. lépés az már a felsőbb erő. Én azt tudom közvetíteni, én egy hitetlen családban nőttem fel, nem is hittem Istenben sosem. Viszont ha már nem azt történt, amit én akartam, az már lehet egy felsőbb erő. Én egy racionális gondolkodású is vagyok, és akkor mindig azt mondom, amit a közösség mond. A közösség, hogy lát téged. Én úgy fordítottam, hogy a közösség lesz a felsőbb erőm. Nem a barátom, a barátnőm, hanem az egész felsőbb erő a közösség. Az egész közösség meg fogja mondani a frankót. Azért felsőbb erő, mert nem te döntesz, hanem más. Ez a más az én esetemben a közösség. Először. Nagyon racionális gondolkodású vagyok. Amit én nem látok, nem hiszem el. Nekem nagyon meg kell dolgoznom, hogy legyen hitem bármiben. Valaki lassabban, valaki gyorsabban. Nem ismerjük azt, hogy elengedni a saját akaratomat. Egy közösség akkorát azért nem tud tévedni. Ennyi ember együtt nem tud tévedni, én tudok egyedül, de egy közösségben annyira nagyon tévedni nem lehet, és egy közösség jobban lát téged kívülről, mint te magad. Isten egyáltalán nincs bekeverve a rehabon, a felsőbb erő, a spiritualitásról beszélve, vallási eszmékről. Én nem*



*nagyon beszélek Istenről. Felsőbb erőnek hívom, de én már néha ki tudom mondani, hogy Isten. De kinek mi az istene. Valakinek a pénz, a drog, a presztízs. Izomból azt mondják először a rehabon az emberek, hogy felteszem a kezemet, hogy elengedtem, stb. külső nyomás hatására. Nem lehet ott megtalálni. Nem belülről jön. Ő ezzel segít magán, hogy megteszi. Nem is kell átlátnia, később majd rá fog érezni. Ott nem fog átfordulni felsőbb erőkre.” (No)*

#### **VI.4.6. A felépülési narratívák tematikai elemei a vallás és a spiritualitás dimenzióiban**

A következőkben, a rehabilitáció folyamatában részt vevő függők felépülési narratíváit a Fallot (1995) alapján azonosított hét tematikai elem mentén vizsgáljuk.

1. Teljes felépülés csak a személyiség egészének bevonásával lehetséges.

A felépülési narratívák sokszor paradox képet nyújtanak a spiritualitásról: egyszerre a legmélyebb központ az ember életében és a leginkább átfogó egész. A Fallot által végzett kutatásban a résztvevők fele egyetértett a következő kijelentéssel: "Az élethez való viszonyulásom alapja a vallás". (Fallot és Azrin, 1995). Az állítás, - mely szerint a felépülés középpontjában a spiritualitás áll - azt jelenti, hogy a felépülés egyéb dimenzióinak sikeressége is ennek köszönhető. Mindennek gyökere megtalálható a szervezett vallások hiedelmeiben, vagy a 12 lépéses programokban, amelyek egy magasabb erő központi szerepét hangsúlyozzák, vagy azt a személyes meggyőződést, hogy az én legtisztább meghatározása a spiritualitáson keresztül lehetséges. Bármilyen is a meggyőződés alapja, abban közös mindegyik hiedelem, hogy a spiritualitást tekintik az identitás gyökerének, nem pedig a mentális betegséget. Azok a betegek, akik magukra, mint Isten gyermekére, vagy mint a világ szerves részére tekintenek, s ezt beépítik a felépülés történetükbe, gyakran utalnak úgy erre a személyes orientációra, mint a felépülés sikerességének kulcs momentumára. A rehabilitációs folyamat sikerességének és a felépülés eredményességének egyik kulcs momentumuma a segítők szerint is a spiritualitás előhívása. A transzcendenssel való találkozás túlmutat a biopszichoszociális dimenziókon. „*A spiritualitás, hogy azt a fajta alázatot, amit talán a szenvedélybetegek, ha nem tanulnak meg, akkor nem épülnek fel, azt tapasztaltam, ha ez nincs meg bennem, akkor nem jutok előrébb. Tehát ha kimegyek, és azt mondom, hogy én sokkal jobban tudom, hogy kell Maratont futni, mint azok, akik már lefutottak kettőt. Akkor ugyan lehet, hogy elő tudom magam adni, de nem biztos, hogy le tudom futni a Maratont. Vagy*

*ugyanaz volt az, és ezt a zenében érzem nagyon, tehát amikor abban voltam, hogy én leszek az ország legjobb basszusgitárosa és majd én meg fogom mondani és én tudni fogom. Mindezt persze úgy, hogy közben szorongok, és azt várom, hogy mikor szólnak be, meg hogyan kell magam megvédenem. Miután ezt elengedtem, már nincs görcs. Például, most, ha játszunk és hibázok egy számban, akkor hibázok. Nincs tétje ennek.” (normi segítő)*

2. A valódi felépülés hosszú távú, és nagy erőfeszítést igénylő folyamat (utazás).

Sok vallási tradíció és spirituális mozgalom kínálja a gyógyulás útját. A lelki növekedést az út és az utazás metaforájának alkalmazásával, zárandoklatként írják le. A spirituális alapon nyugvó felépülés narratívák jelentősen különböznek a gyors és mindenre kiterjedő megoldást kínáló „csoda- narratíváktól”. A csoda (mágia, varázslat) és a gyógyulás közti különbség, jelentős ezekben az elbeszélésekben. Sokan kitartanak az „életet megfordító pillanat” ideája mellett, amely mentesíti őket a küzdelemtől, míg a mások olyan útról beszélnek a felépülés kapcsán, amely hosszú, fáradságos és energiát igénylő. A saját felelősség és a tevékeny aktivitás hangsúlyozása mellett, az utóbbi csoport határozottan ellenzi azt az elképzelést, mely szerint létezik olyan emberi vagy isteni beavatkozás, amely azonnal megváltoztatja az életüket. A cselekvő aktivitást, a fokozatosságot és a belső munka szerepét hangsúlyozzák a segítők is. *„A spiritualitás pedig alapvetően az önsegítő közösségek irodalmában jelenik meg, de nagyon sokszor kerül be az általuk elképzelt istenkép, amit örömmel meg szoktak fogalmazni. A függőt szerintem semmi más nem fogja megtartani, csak a spiritualitás! Én így látom. Saját, személyes tapasztalásom, hogy akinél az a fajta értékrend váltás nem történik meg, hogy a spiritualitást helyezi előtérbe, és itt most úgy értem a spiritualitást, hogy anyagi dolgok, - tehát Bagdy Emőke fogalmazta így, - a Cuccipar. Szóval, ha az nem kerül háttérbe, az visszaesik. Nem fogják megtartani, mert, hogy nagyjából akkor az arról szól, hogy neki az értékrendje nem változott annyit és még az a fontos, hogy vagyok felöltözve, milyen kocsim van, hogy áll a hajam. A spiritualitás a matéria ellenében, a materializmus ellenében, tehát egyfajta szellemi, lelki, tehát így értődik ez a spiritualitás. Nem anyagi, hanem a másik szintek szellemi, lelki szintje.” (Cs)*

*Azt gondolom, ha valaki felrúgja ezt az egyensúlyt, és csak az anyagi dolgok érdeklik, akkor visszaesik. Szoktam is mondani, hogy cuccot lehet vásárolni, de gazdagságot nem. Azt szoktam tapasztalni, látni, ha valaki bekerül, és ahogyan halad előre a terápiájában, már kezd megfogalmazódni az, hogy „hányszor meghalhattam volna már, és mégis itt vagyok.”*

*„Hát most már imádkoztam a keresztnél”. Aztán majd jön az, hogy eljut esetleg odáig, hogy „Jaj Istenem!” „Kimentem a kereszthez. Csak úgy tudtam imádkozni, hogy nem térdeltem el, de most már letérdelek”. Persze ez hullámokban jön.” (R)*

### 3. A felépülés nélkülözhetetlen eleme a remény.

A legtöbb súlyos mentális zavarra jellemző ismétlődés, kiújulás gyakran hat demoralizáló tényezőként a felépülés tekintetében, a betegek, a családtagok, a mikrokörnyezet és a szakemberek körében is. A ciklikusság mellett a remény fenntartása olyan bonyolult dinamikával rendelkező folyamattá válik, amelynek a spiritualitás és a vallás fontos forrásai lehetnek. Az Istenről és Isten jóindulatáról szóló reményteli elemek beépítése jellemzi ezeket az elbeszéléseket. ("Isten céljai a legjobbak" vagy "Isten soha nem ad nekem nagyobb terhet, mint amit képes vagyok cipelni", vagy "Isten akarja a legjobbat az életemben"). Keresztény hívők általában támaszkodnak a reményről szóló bibliai történetekre (pl. a zsidók felszabadítása az egyiptomi szolgaság alól). A szervezett valláshoz nem csatlakozók az univerzumban létező jóságos erő képzetét hangsúlyozzák, s a pozitív energiával való összhangot. Sok felépülési narratíva tükrözi a reális remény és a vak optimizmus közti különbséget. A realitás talaján nyugvó reményteli történetek elismerik a mentális betegség okozta nehézségek és a társadalmi válaszok meglétét, azonban ezek ellenére bizakodóak. Más elbeszélések minimalizálják, vagy teljesen elutasítják a problémákat. A remény spirituális és vallási dimenziója tehát ezeket a személyeket az isteni vagy egyetemes célok végső kontextusába helyezi. *„Szóval rengeteget tanultam, legfőképpen a társaimtól, azokkal együtt voltam 24 órán keresztül, mert velük egy új kontaktot kellett megtanulnom, kellett nyitni, hajlandóságot tanulni, újfajta őszinteséget, meg rálátni a dolgaimra, mi is az a manipuláció, mert az szinte természetessé vált. Nem volt meg ez az önismeretem, hogy mi a magyarázkodás, hogy vannak saját részeim a dolgokban: hiszen azok az én érzéseim, az én cselekedeteim, én csinállok valamit, azt én magam csinálom, szóval voltak nagy felismeréseim. Első időben nem emlékeztem az utolsó 1 évemre, csak képekre, képzelj el, hogy mit tudom én, megyek az utcán, ilyen felvillanó képek, hogy nincs rajtam cipő, tél van, és az egyik lábamon nincs cipő. Egyszerre olyan szintű elfojtásban van az egész, annyira nem akartam tudomást venni, nem értettem, hogy mi van. És akkor kitalálta egy segítő. Írt a közösség nekem egy levelet. Mindenki egyenként leírta az utolsó egy évét. És elolvastam, amit mindenki írt és akkor: „Hú,*

*velem is ez történt, velem is ez történt!” . És akkor így felszakadtak ezek a dolgok belőlem, és akkor el tudtam mondani, könnyebb lett.” (N, saját, múltbéli terápiás tapasztalatai alapján)*

4. A felépülés függ a szereteteli kapcsolatok tapasztalataitól. A releváns személyek és az interperszonális dimenziók szerepe a felépülés folyamatában.

Az Istennel való szeretetteljes kapcsolat élménye gyakran táplálja a vallásos gyakorlatot, és érték motívumaival megerősíti, hogy Isten valóban törődik az egyes emberrel. Amikor egy személyes Isten-kép kevésbé feltűnő, a szeretet szent minősége még mindig elismert. Egyes kutatások támogatják azt az elképzelést, hogy az "isteni mások"-kal való kapcsolat összefüggésbe hozható a jól-lét pszichológiai aspektusaival (Pollner, 1989). Néhány felépülési narratíva egyértelműen tükrözi a kölcsönös gondoskodás előnyeit: szeretetet kell adni, hogy átélhessük a teljességet. Az „ellenségeim szeretete” paradox gondolata szintén több elbeszélés központi motívuma. *„Kirakja magából, és nyilvánossá teszi, akkor egyrészt megszabadul a titokból, másrészt meg bekövetkezhet egy valamilyen kegyelmi állapot, megszabadulás ezektől a dolgoktól, ez is talán a spiritualitás része. A saját terápiámban láttam, hogy fél évig valaki meg se mozdult, be volt zárkózva, és egyszer csak megmozdult benne valami, és elkezdte csinálni a dolgait. Nem bírom a mai napig sem. De olyan jó volt látni és olyan közelinek éreztem magam és most is nagyon jó szívvel gondolok rá. Szóval nem barátkozom vele, nem bírom, de elfogadom. Nem a barátom, ez egy lány különben, de hogy szóval mégis valami nagyobb közelséget érzek és ilyen közelségeket sosem éreztem igazából, valójában. Szóval valamifajta új dolgoknak, új közelségnek, újfajta intimitásnak, bensőségnek a megtapasztalása, ez is lehet spirituális igazából.” (N, saját terápiás tapasztalatai alapján)*

5. A "Serenity Prayer" (békesség ima), mint a felépülés egyik kulcsa.

Reinhold Niebuhr szerint (1980) a "Serenity Prayer" idézése előkelő helyet foglal el sok felépülési narratíva szövegében: *"Istenem, adj erőt, hogy elfogadhassam, amin változtatni nem tudok; adj bátorságot, hogy megváltoztassam, amit megváltoztathatok; és adj bölcsességet, ahhoz, hogy ezeket meg tudjam különböztetni egymástól."* (823. o.)

A fent idézett ima jelentősége egyértelmű a terápiások életében. Az imában szereplő képek alkalmazhatósága nem korlátozódik az addiktív betegségekre. Amikor a mentális betegségek

kapcsán megküzdési mechanizmusaink alkalmazására kerül sor, a fogyatékossgal, a társadalmi megbélyegzéssel és a hátrányos megkülönböztetéssel szemben, akkor az efféle bölcsesség igen hasznosnak bizonyulhat. Az ima változatait sokan építik be a spirituális megértés gyakorlatába. Minden mondata egyedülálló szerepet játszik a felépülés folyamatában. Az imában foglalt döntés egyik célja, hogy a függő személy ne azokra a folyamatokra fókuszáljon, amelyek felett nagyobb kontrollt szeretne gyakorolni. Miután túl nagy erőfeszítést szentelt mások megváltoztatására, az irreális elvárásoknak való megfelelésre, vagy a pszichiátriai tünetei meghódítására, ez után reményt kap arra, hogy túlnőjön az eddigi törekvésein, s olyan új célok meghatározására törekedjen, amelyek felett képes kontrollt gyakorolni. A felépülési kísérleteket kísérő céltalanság érzését felváltja a különbség tétel képessége. E képesség birtoklása gyakran elismert fordulópontként realizálódik a felépülés történetekben. Sok beteg próbálja elfogadni élete adottságait, mint annak megváltozhatatlan komponensét. A történetekben ez általában vallásos kifejezésekben nyilvánul meg, pl. „Az Úr adta, az Úr vette el”, „Isten kezébe adtam magam”. Mások a tizenkét lépésben foglaltak alapján elismerik tehetetlenségüket és a bizalmukat egy magasabb erő kezébe fektetik. *„Hogy az életemet nem akarom én meghatározni, hogy meddig tartson. Vagy meg van írva, az az ő dolga. Az a sorsnak a dolga, vagy a felsőbb erőnek a dolga, hogy én meddig élek. Lehet, hogy elmegyek és elüt az autó, lehet, hogy 90 éves koromig. Azért vigyázok rá. Nem akarom kinyírni magam. Figyelj! Amióta megvan ez, hogy az az ő dolga, hogy meddig élek, azóta egyrészt a jelenben tudok lenni. Másrészt meg van energiám a jelenben csinálni az aktuális dolgaimat. Ráhagyatkozásomat, ha kell, akkor megtörténik és akkor majd át kell élnem valószínűleg. Öngyilkossági gondolataim abszolút megszűntek. Semmi. Használat végén súlyos gondolatokkal játszottam el. Semmi. Probléma van, meg kell oldani, szembe kell vele nézni, ki kéne kerülni, de az nem jó. Nézzünk vele szembe. De az, hogy izé, szóval megszűntek az öngyilkossági gondolataim egyáltalán, hogy ártsak ezekkel magamnak ilyen szinten semmi. Szóval óriási könnyebbség, szóval, hogy az életemet rábíztam valami nálam nagyobbra, hogy nem én akarom kezemben tartani ezt a történetet, és hát a saját akaratunkat. Szóval ez még egy órák lenne, ahogy a 8. lépésig eljutottam, szóval ez egy belső munka, ez a motorja a felépülésnek. A 12 lépéses gondolkodás szerint.” (N)*

A betegség elfogadása nem jelenti az értelmes életcélokról való lemondást, ennek felismerése az elbeszélésekben, mint vitalizáló erő jelent meg. A "bátorság" momentum különleges jelentőséggel bír a felépülés történetekben. Annak fejlesztése, vagy megújítása a „hatalommal való felruházottság” érzését adhatja a függőknek, egyfajta felhatalmazást a szükségleteik

azonosítására, és azok kielégítésére: a „terápiások” egyre hatékonyabbá válnak érdekeik érvényesítésében, aktív közreműködők lesznek a közösség alakításában. A „felhatalmazás” kifejezésnek olyan értelmezése is létezik, amely a vallási és a spirituális dimenziókat is hangsúlyozza is a pszichoszociális mellett. A változásra való felhatalmazás nem csak a közvetlen, személyes, interperszonális szférára vonatkozatható, hanem a társadalmi, politikai nyilvánosságra is. Sok narratívában megjelenik az érdekvédelmi vagy a közpolitikai aktivitás, a közügyekben való részvétel, mint küldetés, vagy hivatás. A függő története egy nagyobb szent történet fonalába illeszkedik. A "Serenity ima" elsősorban a kognitív-viselkedésterápiás keretbe ágyazottságán keresztül válik hasznossá, s arra szolgál, hogy különbséget tegyen az irányítható és az elkerülhetetlen között, és hogy a változásra irányuló erőfeszítéseket a potenciálisan leginkább érzékeny területekre összpontosítsa. Azonban az is tény, hogy imaként tapasztalható annak ereje. Keretbe helyezi a derű, a bátorság, és a bölcsesség keresését, Isten és ember személyes kapcsolódásának keretébe. Isten elismeri a folyamatot, amelynek során az ember részesülhet erényekből, amiket ajándék gyanánt kap meg, s amit a későbbiekben hasznára fordíthat.

A másik meghatározó szöveg a terápiások számára, amit imaként, kommunikációs beszédaktusként értelmezhetünk a rehabilitáció terében, így hangzik:

*„Azért vagyok itt, mert nincs menedék önmagam elől. Mindaddig menekülök, míg meg nem látom magamat mások szemében és szívében. Mindaddig nem vagyok biztonságban mások elől, míg nem osztom meg velük végre titkaimat. Míg attól félek, hogy megismernek, sem magamat, sem másokat nem ismerhetek meg, egyedül leszek. Hol találhatnék egy ilyen tükörré, ha nem a közösségünkben. Itt végre, másokkal együtt tisztán megmutatkozhatom önmagam számára. Nem álmaim óriásaként és nem is félelmeim törpéjeként, hanem úgy, mint olyan valaki, aki része az egésznek és részesedik az egész céljából. Ebben a közös alapon ereszthetek gyökeret és ebből növekedhetek. Nem leszek többé egyedül, mint a halálban, hanem élni fogok önmagam és mások számára.”*

Ezt a szöveget reggelente, a nap kezdetekor, kört alkotva, egymás kezét fogva mondják el a közösség tagjai. A kontextusból, mint értelmezési keretből kiindulva, aktusnak, közösségi rituálénak tekinthetjük ezt a közös cselekvést, hiszen a kiejtett szavakon túl a beszédaktus performatív elemei, az imádkozási alkalom (a nap indítója) és az imádkozás motivációja (a kohézió, a jelenlét céljára való emlékeztetés), s a kör megformálása is erre utal. Heiler (1932) - a személyes és a rituális ima közötti különbségtétel kapcsán - az utóbbira, mint hitre,

dogmára, hagyományra való tanításként, irányítás, befolyásolás céljára komponált szöveggként tekint. Ezek az aspektusok a kultúra és a tradíció kommunikálása és folytonossága szempontjából fontosak. Az ima formális, repetitív és állandósult jegyei a közösség elvének fenntartása szempontjából a formalitás ellenére is kezelésben benntartó, kohéziót erősítő tényezőként működnek. A közösség többféle funkciót hordoz magában a szöveg alapján: a feltárulkozás helyszíne, a tükör, a realitás, az egység, a közös alap, a növekedés és fejlődés, végül a halál és magány ellentétéként konstituálódó életközösség, - mindez a szimbolikus reprezentáció olyan alakzatait hozza létre, amelyek minőségi értelemben felemelik az egót a közösség szelleméhez. A szöveg ilyen értelmezés alapján tehát nem információ, nem üzenet, hanem kód. Mindez az életút narratívákban is megjelenik: *„Meg próbálkozom imádkozni. Van közös imánk is, de egyébként ezek ilyen profán imák. Tehát nem leírt szövegű imák, hanem mindenkinek saját magára van bízva, hogy hogyan. De ez bent azért mindig szorgalmazták, hogy próbáljuk meg, és lehetőleg ez azért menjen. És nem éreztem, hogy ez működne. És egyszer egy gyűlésen beszélt az egyik társunk erről. És kb. ugyanazokat fogalmazta meg múlt időben, amiket én akkor éreztem. Hogy ő úgy volt ezzel, hogy amikor a legnagyobb szüksége lett volna rá, akkor érezte azt, hogy ő teljesen kiüresedett. És hogy ő dühös volt, és mit tudom én. Rettenetesen jó volt ezt hallani. Nagyon sok ilyen élményem van egyébként. Hogy az előttem járó, a régebb óta felépülő, tapasztaltabb függőktől amit hallok, az nagyon sokszor segít. És ez is ilyen volt. Egyáltalán semmilyen szinten nem lehet erőltetni. Itt a türelmetlenségnek, vagy az akaratnak, vagy a rámenősségnek semmi szerepe nincs. És innentől fogva könnyebben ment. Ez az egyetlen, amit egy függőnek a legnehezebb belátni, azt hogy van Isten. Az egyik. A másik pedig az, hogy nem én vagyok. Ez nagyon nehéz. Hihetek én akármiben, meg csinálhatom, gyakorolhatok én bármilyen vallást, hogyha a világ közepének tekintem magam közben. Nem tudatosan, meg nem kimondva, de nagyon nehéz úgy állni a dolgokhoz, meg úgy élni a világban, hogy nem én vagyok az alappont. A középre leszúrt rajzszög. Ezt nehéz elengedni.” (Z)*

A fenti idézetből is kitűnik, hogy az imádkozás gyakorlata, a jelentős mások által átélt hasonló élmények, a felépülés útján előrébb tartó társak által felkínált minták hatásainak az életútra befolyásolt hatása egyértelmű. A nyelv és a beszédaktus performatív ereje jelenik meg, amikor a kimondás cselekvéssé lényegül: létrehozza az áhítat hangulatát, befolyásolja a spirituális jelenlétét. Hatása pedig tovább eszkalálódik, mivel a kialakuló kollektív motiváció a későbbiekben individuálissá változhat, saját emotív tapasztalássá, aminek nyomán a közös tudásból affektív minőség keletkezik. Az adott imaaktusban a változó kontextuális elemek - a

történelmi, kulturális, személyes tényezők - összekapcsolódnak (pl. a kijelölt fizikai környezet, a meghatározott napszak, a performance-jelleg), ezáltal kulturális, társadalmi és pszichológiai helyzet jön létre.

6. A felépülés a hitelesség és a valódiság felé vezető út.

Az egyik - Frank (1995) által leírt - értelmező kategória szerint a betegség narratívák egyik fokmérője, hogy a történetet mesélő megtalálja-e az önprezentáció valódi, hiteles kifejezőmódját. A mentális betegségből való felépülés központi és gyakran igen összetett tapasztalatokon nyugszik. Sok metafora tükrözi ezt a folyamatot: „felfedezni az ember igazi énjét”, „felismerni a pillanat erejét a cselekvésre”, „kiderül, hogy ki vagyok valójában”. Kétirányú mozgásra utalnak az elbeszélések: visszatekintés a múltra, - amely azért fontos, mert kirajzolódnak általa a felépülés tematikái, és előretekintés a jövőre, amely során, mint egy utazás kezdetén, az én felfedezésének és jövőbeli újraalkotásának folyamata kezdődik el. A pszichiátriai tünetek fényében a kihívások felismerése és megszilárdítása továbbra is alapvető motívumként jelenik meg a szövegekben. Az elbeszélésekben a rejtett dimenziók felszínre kerülése, a lelki és spirituális motivációk explicitté tétele adja a szövegek koherenciáját. Ezekben a felépülés történetekben a hiteles önkifejezés keretét ez a „nyilvánosságra hozatal” képezi. A valódi én kialakulása nem csak a saját történet és a saját kapcsolati összefüggések megvilágításában rejlik, hanem az önzonosság alapvető kérdéseinek felszínre hozatalában is. *„Hát, a felsőbb erőm is én vagyok. A felsőbb erő is én vagyok. Akkor néha nagyon nyomorultnak látom magamat. Perpillanat most. Ez az utolsó két hetem, ez erről szól. Hogy nehéz kimászni az ágyból, és aztán egy ilyen megszállottság, hogy akkor is meg kell mutatni, és csinálni kell. Ezek mind kimozdítanak. Valamikor én mondom azt, hogy ők a felsőbb erő. Mert egy ilyen lehangolt, enervált, energiahányos állapotban ezek azok, amik mozdítanak. De a felsőbb erőként látom, hogy a felsőbb erőről milyen véleményemmel vagyok, mondom, az én vagyok. Van, amikor azt mondom, hogy kibaszott jó csávó. Van, amikor azt, hogy balfasz. És ez mindig változik. És általában szélső értékek között van. Mindig gyűjtök annyi szomorúságot, bánatot, ami az Isten bassza meg, én csak azért is jól érzem magamat. Nem mondom, hogy bipoláris vagyok. Elemezgették a horoszkópot. Mind csak értelmezés kérdése. Ezt tapasztalom, hogy igen, baszok rá, baszok rá, és aztán akkor megrázom magam, és akkor nagyot teljesítek. Én így tartok egyensúlyt. De nem is vagyok nagyon képes folyamatos, középszintű teljesítményre. Az átlag a végén ugyanaz. Közben kiemelkedően jó periódusok, és közben nagyon alacsony periódusok. És így lát a felsőbb erő, vagy én saját magamat.” (Cs)*



## 7. A felépülés az aktív cselekvés, a hitgyakorlás és a meggyőződés története.

A rehabilitáció folyamatában a naponta ismétlődő, az időt strukturáló ima-aktusokon kívül, szervezett formában, a „spirituális és lelki értékek” (SLÉ) csoportja közvetíti a terápiások felé a spiritualitáshoz és a lélekhez kapcsolódó fogalmakat (7. és 8. sz. melléklet). A felsorolás a pozitív affektusok genealógiájában jelöli ki az említett fogalompár helyét. Ellentétben a betegségtudat-csoport által közvetített, a betegség halálos természetére fókuszáló, közvetetten passzivitást sugalló negatív „üdvttannal”, ez a csoport elsődlegesen a magunkba vetett hitre, az értékességünkről való meggyőződésre és az aktivitásunkra koncentrál. A következő idézet az említett csoport vezetőjétől származik. *„Az első négy csoporton pozitív tartalmakkal bíró fogalmakat nézünk meg, egészen racionális oldalról. Másrészt meg, ahogyan én szeretem csinálni, gyakorlatban. Ráhagyatkozás például. Mi is az a ráhagyatkozás? Lehet beszélni jókat a ráhagyatkozásról, közben meg nem történik semmi. Nagyon jó gyakorlatok, pl. „Állj fel az asztalra és dőljél le!” Csukott szemmel, hátul. Igen! Vagy térdeljünk le közösen. Le tudunk-e térdelni? El tudjuk-e mondani közösen, mondjuk, a békesség imát? Aztán, utána lehet beszélni, hogy milyen érzés letérdelni? Milyen érzés kérni? Hol van az alázat? Mihez kell az alázat? Mikor veszik észre az ő felépülésükben, hogy hol vannak ezek? Ezeket keressük meg! Szóval, nem a negatív oldaláról közelítünk, hogy „meg fogsz halni, vissza fogsz esni!”, hanem az értékek felől, amik fontosak az ő felépülésükben, azok hol vannak jelen az ő életükben? Az ő példáikat hozzák be, igazából egy pozitív megerősítést kapnak ezekre a dolgokra, akiben meg nincs ilyen, annak vágy fölkeltő: Tehát, hogy ezt szeretném én is csinálni! Szóval, jóval elfogadóbb a légkör, egy spirituális lelki értékek csoportban. Hát nem jóval, de elfogadóbb a légkör. A spiritualitás különben így kötődik a terápiához. Elfogadás. Azt is elfogadni, amit ő önmagában nem tud. Meg lehet érteni ezeket a dolgokat, kirakhatja, titok nélküliség lesz. Valahol ez egy megtisztulási folyamat, az ember elkezd beszélni inkább, a múltjáról és valahogy így megtisztul, nagyon közel kerül a másikhoz, ezek által, hogy a legmélyebb bugyrokba is belát a közösség.” (N, a „Spirituális és Leleki értékek csoport” vezetője)*

*„Összekötöztek minket bekötött szemmel, lábunkat madzaggal és bekötött szemmel a hang után kellett menni föl a hegyen. Nem lehet, szóval nem lehetett semmit látni. Tizenvalahányan összekötve. És ott ahol egyedül, ha fölrugtam a labdát, nem tudtunk fölmenni, ott 12-en szépen föltopogtunk. Leértünk és olyan erősen éreztem ezt, és olyan fantasztikus volt, hogy*

*ugye amire nem vagyok képes egyedül, arra a többiekkel együtt képes vagyok, hogy hát szóval fantasztikus volt, szóval átéltem, hogy milyen pozitív ez az egymásrautaltság. Próbálok ilyen gyakorlatokat kitalálni SLÉ-ken, hogy érzés szinten meglegyenek ezek a dolgok, és hogy ezeket hol lehet használni, ki hogy élte meg? Tudod! Szóval ezekhez lehet így is hozzányúlni. Általában hiányok vannak ezekből a dolgokból. Az SLÉ ezt is célozza, hogy ezeket valahogy behozzuk. Ráadásul érzés szinten.” (N, az SLÉ csoport vezetője)*

8. A Fallot által azonosított 7 tematikai elemen túl az általunk vizsgált elbeszélések tartalmazznak egy jellegzetes elemet: a „felsőbb erő”szimbolizációs folyamatának leírását.

A szimbólum Triás (2007:191-202) meghatározásában a szentség valamennyire érzékelhető és megmutató relevációja, a „felsőbb erő”. A rehabilitáció átmeneti terének egyik funkciója, hogy nyelvi kódokat jelöl ki a felépülők számára. Az egyik legfontosabb ilyen kód, a „felsőbb erő” fogalma szerepel a 12 lépés szövegében is. A terápia folyamán a résztvevők lehetőségként kapják a szimbólum szimbolizáló elemét, a fogalmat, a szimbólum egyik töredékét, a formát. Azonban a szimbolizáció, az összevetés folyamatának aktusa, a szimbolikus esemény, azaz a két összeillő darab találkozása később valósul meg. *„Ezt általában nagyon jól megfogalmazzák. Két dolgot kell megfogalmazni a felsőbb erőről: egy, nem én vagyok, és nagyobb, több nálam. A drog az alsóbb erő. Egy külső erő tartott téged hatalmában, amikor drogoztál, csak az egy alsóbb erő volt és az lefelé vitt és most meg volt az átmeneti időszak, a felépülésnek a kezdetén és akkor, ha felsőbb erőhöz tudsz kapcsolódni, akár a közösség, akár Isten, bármi, de azt valami jó dologgal kell megtölteni. És nem bosszúálló például. Nekem az le kellett cserélnem. A felsőbb erő az bosszúállóbb, mert az Ószövetségből olvastam Jób könyvét, milyen kemény.” (No)*

A szimbólum hiányzó része az a töredék lesz, amiben ennek a formának, nyelvi alakzatnak a jelentése meghatározható, amely megadja a kulcsokat és a hermeneutikai eszközöket, hogy tartalommal töltsék meg és jelentéssel ruházzák föl a formát: a megjelenés szféráján kívül eső töredék. Olvasatunkban tehát a következő történik a rehabilitáció terében:

A terápián résztvevők részesülnek a szimbólum egyik szeletében - a „magasabb erő” fogalmába sűrítve, - de a felkínált jelenséggel való találkozásra még nem készek. A felépülés átmeneti terében az önmagammal és a másikkal való találkozás élményének tapasztalata az elsődleges, a transzcendenssel való találkozás képzelet elhalasztódik. A szimbólum másik része a „kinti” világban vár rájuk, ott történik a szimbolizáció folyamata is, azaz a hiányzó részre való rátalálás.

#### VI.4.7. Összegzés

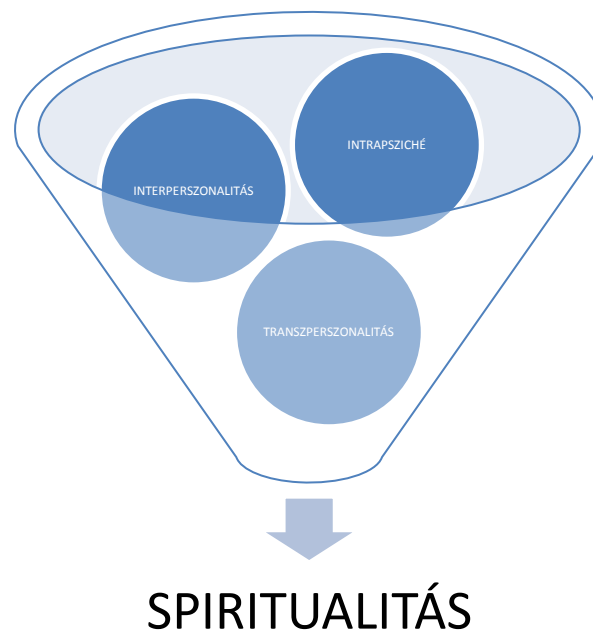
A felsőbb erőről alkotott konstrukciók vizsgálata, - annak a társadalmi és a kulturális erőterben való mozgása és a felépülésben betöltött szerepe miatt - nagy jelentőséggel bír.

A vallás és a spiritualitás a rehabilitációban, majd a felépülés hosszú folyamatában betöltött szerepe egyértelműen, markánsan jelenik meg a vizsgált elbeszélésekben. Jellemző módon az élettörténeti idő jelenében, - mint a transzcendencia és a spirituális létforma keresése, a második lépés kötelezettségeként -, majd a jövőre elővetítve, anticipált módon aktualizálódik, mint elvégzendő feladat. A magasabb erő létezésének elismerése, megismerése és elfogadása, a segítők szerint a felépülés elengedhetetlen része.

A rehabilitáció átmeneti terében az egyik markánsan azonosítható jelenség az életút elbeszélések alapján a szelf-reflektivitás, amely szorosan összefonódik a spiritualitással, sőt, annak előfeltételeként artikulálódik. Olyan - akár archetipusos rendszernek tekinthető - mező jön létre, amely a kezelés sikerességének kulcsfontosságú tényezőjeként fogalmazza meg a spiritualitás jelenlétét a függő életében. A rehabilitációs tér hiedelemrendszerként való szemlélését az indokolja, hogy az önismeret által nyert spiritualitás birtoklása olyan egységes képzetrendszert vázol fel, amely kongruens világképet, magyarázó elvet és ideológiát nyújt a résztvevők számára. Mindezek túllépnek pusztán a függőséget magyarázó keretrendszereken, azok adaptálása a mindennapok színtereire, domináns támaszként, magyarázó elvként funkcionálnak. A „felsőbb erő” keresése alap-modalitásként értelmezhető a felépülés első lépcsőfokaként tekintett rehabilitációs térben. „Önmagam megismerésének” folyamata az állandósult hiperreflexió segítségével aktivizálódik, olyan átmeneti "alaptevékenységként", amely elvárás a terápia számára, s moratóriumként van jelen a későbbre halasztott felsőbb erővel való foglalkozásig: az "én"-ben, az intrapszichében való elmélyülés válik tehát az "istenséggel" való találkozás feltételévé. Az intrapszichésen keresztül vezet az út az interperszonális felé: az önmagammal, majd a másikkal való találkozás vállalkozásának sikeressége eredményezheti a transzcendens megismerését, az emberi és az isteni encounter megvalósulását.

A „felsőbb erő” egyfajta gyűjtőfogalom, az isteni alakzat "perszonifikálása", hogy 'találkozás-képessé' váljon számukra, (vö: Jung archetipus fogalmával). A teljesen másikat

(wholly other) személyessé, szent másikká (holy other) tenni, formálni - e folyamat kezdődik el a rehabilitáció ideje alatt, a szimbolizáció folyamatával, amelyben a szóhasználat hétköznapi színtereibe bekerül a „felsőbb erő” fogalma és a mindennapi praxis része lesz az ima. A terápiás folyamat kezdetén az önismeret, a szelf-reflektivitás gyakorlata élvez prioritást, a pszichoemocionális esemény válik először transzcendenssé, spirituális tapasztalattá, s erre, mint alapra épül rá a későbbiekben a „felsőbb erő” fogalmának tartalommal való megtöltése. A spiritualitás előhívása a rehabilitációs térben az önmegvalósítást szolgálja, amely később, már a közvetlen közösségi erőteréből kikerülve, a társadalom színterein öntranszcendenciába fordulhat, s mind az egyéni, mind pedig a vallások által felmutatott isten-prezentációk integrációja is megvalósulhat.



A fenti ábra azt a több fázisú folyamatot érzékelteti, amely a rehabilitáció terében végbemegy, végbemehet a spiritualitás tekintetében. Valójában három kapcsolati reláción keresztül vezet az út a spiritualitás teljes megéléséhez.

1. Az intrapszichés folyamatokkal való foglalkozás fókuszában önmagam megismerése áll. Lehetőség az önmagammal való találkozásra. (én-én reláció)

2. Az interperszonális folyamatok - különböző viszonylatokban - a másakra koncentrálnak, (én-te, én-közösség relációk). Lehetőség a másikkal való találkozásra. Azonban itt az „én” már az önmagával találkozott én-t jelenti.
3. A transzperszonális élmények az első két folyamat megvalósulása esetén következnek be, nem feltétlenül a rehabilitáció terében (én-Isten reláció). Lehetőség a felsőbb erővel való találkozásra. Ebben az esetben az „én” az önmagával és a másikkal találkozott ént jeleníti meg.

A Weber (id: Berger, 2007:203-218) szerinti „religious virtuosi”-k közvetlen, személyes tapasztalattal rendelkeznek a vallási valóságról. Akik nem ide tartoznak, azok szórványos, sejtéseken nyugvó tapasztalatokkal bírnak, és vallási hiedelmeik nagy része egy társadalmilag közvetített hagyományban gyökerezik. A 12 lépés által közvetített hagyomány szerint a „magasabb erő” nem szükségszerűen a természetfelettihez kapcsolódik. A közösség olyan attitűdöket alakít ki - rituálékban, hiedelmekben, érzelmi válaszokban megmutatkozva - amelyeket akár „vallásosnak” is nevezhetünk, annak ellenére, hogy azok evilági entitásra, a szociokulturális mikro miliójukban létező szelf-reflektivitásra, annak spirituális erejébe vetett hitre, végeredményben az „én”-re irányulnak. A saját tudatunkban való elmélyülés esetével találkozhatunk, amikor a misztikus a természetfelettiel önmagán belül találkozik. A szent, a „magasabb erő” az emberben belül létezik, s nem rajta kívüli. Az értelmezés szabadsága, a fogalom definiálhatósága - éppen a vallások felettiéget hangsúlyozza. Isten ismereté fordítása ezen a szinten nem helyezi őt konkrét meggyőződés vonatkoztatási rendszerének keretei közé.

A vallási és a spirituális témák jelenléte ezekben az elbeszélésekben az átfogó funkcionalitás miatt válik tehát nagy jelentőségűvé. A spirituális kötelezettségvállalások pozicionálhatják az egyént arra, hogy a tapasztalataikból fakadó érzéseket összhangba hozzák a vallási meggyőződésükkel, hogy a vallásosságukból fakadó erőforrások mind általánosabb és konkrétabb megküzdési stratégiaként konstituálódnak (Pargament, 1997), és további felépülési narratívák konstruálódnak a spirituális realitások számbavételével. Az ilyen típusú narratívák tehát megküzdési mechanizmusokként funkcionálhatnak a stresszorok kezelésében, azáltal, hogy egy, - a szellemi és a vallási dimenzióik által átítatott - átfogóbb rendszerbe helyezzük a megértés és az alkalmazkodás területeit. Ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy a spiritualitás mindig pozitív szerepet játszik ezekben a narratívákban és a hozzájuk

kapcsolt megküzdési stratégiákban. Vallási és spirituális kételyek, bizonytalanságok egyaránt részei ezeknek az elbeszéléseknek.

A fejezetet a „függő matematika” leírásával zárjuk, amely egy triangulációs folyamatot vázol fel: *„Szóval, ha két függő találkozik az már gyűlés, már hárman vannak. A függő matematikája, hogy  $1+0$  az  $0$ , mert egyedül nem tudsz mit csinálni.  $1+1$  az pedig  $3$ , mert egy függő meg egy függő, meg a felsőbb erő, akkor az már három. Szóval ez a függő matematikai alap.”* (N)

## **VI.5. A család, mint a kapcsolati etika hordozója**

### **VI.5.1. Bevezetés. Az interjú kiválasztásának háttere**

A következő fejezet az általam felvett életút interjúk egyikének pontos, szó szerinti átiratát tartalmazza. Az interjúalany 42 éves, női segítő, aki évekkkel ezelőtt abban az intézményben indult el a szenvedélybetegségből való felépülés útján, ahol jelenleg segítőként működik. A dolgozat terjedelmi korlátai ellenére fontosnak tartottam, hogy teljes szöveggel dolgozzak, a szövegtörzs épisége, teljessége miatt kerül mindössze egyetlen életút részletes elemzésre. A felvett 11 narratív biográfiai interjú közül kiválasztás motivációjául többes szempontrendszer szolgált. A kiválasztás háttéréként azonosítható egyik dimenzió, hogy a vizsgált életút - a rehabilitáció után eltelt hosszú évek tisztaságára építve, - ún. visszaforgatott generativitást reprezentál. A gyermekkor, majd az adolescenciában kezdődő drogkarrier és a rehabilitáció folyamatának bemutatásán túl, részesei lehetünk a felépülés, s az annak fenntartása érdekében tett erőfeszítések mindennapos munkájának is. A kezdetektől a jelenig követhetjük soron azokat a fázisokat, amelyeket a szakirodalom azonosít az ún. „drogkarrier” kialakulása, majd az abból való felépülés tekintetében. A választás másik oka, hogy a felvett életút narratívák mindegyike hasonló kompozícióra és proxemikai sztereotípiára épülő elbeszélés. A morfológiai klisé és az epikus struktúra „paradigmái” a vizsgált narratívákban analóg mintázatokat mutatnak. (vö: betegségtudat) Ebben az értelemben egyfajta modális (Levi, 2000) életrajztípus elevenedik meg előttünk, hiszen törekvésem azt prezentálni, ami strukturálisan és „statisztikailag” jellemző a tanulmányozott csoportra. Az egyéni életút tipikus viselkedésformák és státuszok illusztrálására szolgál, hozzájárul az általam vizsgált csoport karakterisztikumainak felvázolásához. A vizsgált szövegtörzs - a fentiek

értelmében - azonosítható mintákat hordoz, például olyan transzgenerációs hatásokat, melyek az elsődleges szocializáció során, a származási család struktúrájában, vagy működésében gyökereznek, amelyek hatásai tetten érhetőek a szenvedélybetegség kialakulásában, s amelyek kivétel nélkül felfedezhetőek a vizsgált csoport tagjainak elbeszéléseiben.

### **VI.5.2. Érvek és ellenérvek a pszichohistorikus módszer tekintetében**

A pszichoanalízissel szoros függőségi viszonyban álló biográfiával szemben a szakirodalomban több kritikával is találkozhatunk. Blasius (1977) szerint ez az elemzési modalitás kiragadja az egyént a politika és a társadalom vonatkoztatási rendszeréből, és a családban zajló elsődleges szocializáció folyamatát tartja az élettörténeti fejlődés anticipációjának. A szerzővel egyetértve ugyan, mégis hangsúlyozandó, hogy a pszichoanalízis mind fogalmi készletében, mind a pszichoanalitikus praxisban konstruálódó sorsmodellekben kétséget kizáróan önéletrajzi természetű, s ez a tulajdonsága egyértelműen anticipálja a család, mint elsődleges szocializációs egység tematikai dominanciáját az elbeszélésekben. Más szerzők, pl. Röckelein (2002) arra hívják fel a figyelmet, hogy a pszichohistoriai aspektus tekintetében elsősorban három dimenziót kell figyelembe venni: a biográfia és a pszichológia viszonyát, az egyén társadalomba, csoportba integrálódásának módját, illetve a biográfiai ábrázolás számára megfelelő irodalmi forma azonosítását. E három kitétel a következő módon érvényesül elemzésünkben:

Az elemzésre szánt narratív biográfia protagonistájának (főszereplőjének) általam interpretált története egyrészt az ellentmondások és az életútban bekövetkező törések magyarázatára, a „normik” számára irracionális magatartás racionalizálására törekszik, pszichológiai érvek és kategóriák alkalmazásával. Az elemzést nem tartom „gátlástalan pszichologizálásnak”, hiszen egyrészt meghatározott elméletekre támaszkodom az intuitív interpretációhoz való ragaszkodás helyett, másrészt értelmezési kísérletem nem korlátozódik a kora gyermekkorra. Harmadrészt az egyént nem autonóm, izolált entitásként szemléljük: a származási családi konstelláción túl a másodlagos szocializációs hatások által kialakult szociokulturális háttért, társadalmi pozíciót is az elemzés tárgyává teszem, annak ellenére, hogy ezek a dimenziók kevésbé jelennek meg az elbeszélésben. Mindezekon túl, az egyéni életút értelmezése alapján kísérletet teszek az egyén társadalmi reprezentativitásának szerepére is rámutatni. Az általános vonatkoztatási keretünk ez esetben a társadalom olyan csoportja, amely hasonló

társadalmi, illetve mentális jegyeket hordoz (a függők csoportja). A csoportspecifikus szocializáció, a társadalmi és pszichikai kondicionálás kérdésének feltárásával azt kísérlem meg tisztázni, milyen kapcsolat áll fenn az egyén pszichikai struktúrája és a hozzá hasonló - pszichikai, társadalmi, kulturális - jegyeket hordozó csoportja között. Végül, az alább bemutatásra kerülő, - reményeim szerint - „új” biográfia, amely már nem csak elmesél, hanem analizál is, az elemzési modalitás új koncepcióját kívánja bemutatni.

Pieters (2003) szerint a posztmodern historizmus két, egymással szoros kapcsolatban álló módszert foglal magában. Az egyik a Foucault archeológiai és genealógiai kutatásaira alapuló *narratív* (diszkurzív) megközelítés, a másik a de Certeau-féle *heterológ* (pszichoanalitikus) megközelítés. Bár Pieters mindkettőre elsősorban a posztmodern ismeret - és ábrázolás - elméleten nyugvó történelemszemlélet modelljeként tekint, a jelen írásban alkalmazott narratív biográfiai elemzés is értelmezhető az utóbbi alkalmazott gyakorlatoként. Az első a múlt diszkurzív mezőinek és strukturális mechanizmusának leírását és funkcionális elemzését nyújtja, míg a második a múlt másságával kíván kapcsolatba lépni, a reprezentáció történeti mechanizmusainak peremterületeire fókuszál. A másiktól szóló diskurzusok (Certeau elnevezésével: heterológiák) elemzése a pszichoanalízis segítségével a „homályossal” foglalkozik. (Kisantal, 2006) A Pieters által említett harmadik szerző, Greenblatt (1988), a történeti anekdoták vizsgálata kapcsán ötvözte a két módszert. Greenblatt analitikus logikája, történelemszemlélete valójában a kultúra és reprezentánsai közötti potenciális konfliktus helyszíne, amely a kultúrát a „befoglalás és a kirekesztés dinamikus, strukturális rendszerének” mutatja be. E megfogalmazás egyértelműen alkalmazható arra a kulturális gyakorlatra, s annak elemzésére, amelynek leírására jelen dolgozat tesz kísérletet. A ’drogos életút’ a szerző *zóna-modellje* (Greenblatt, 1995) szerint olyan társadalmi tereket konstituál, amelyek sajátossága a nekik megfelelő diskurzusok által funkcionálisan determinált. A modell különbséget tesz a társadalom egységét képező diverzív részek között, a különböző társadalmi és kulturális gyakorlatok funkcionalitásainak megkülönböztetésével. Mindez egyértelműen azonosítható abban a konkrét, ugyanakkor szimbolikus társadalmi térben, a benne zajló mobilitásokban, amelyeket egy ’drogos’ a józan és a függő kultúra között megtesz, amelyekben megtörténnek vele dolgok, ahová megérkezik, és aztán ahová újra integrálódik. A szerző másik, - tematikai érdeklődésünket tekintve - alapvető fogalma a „*társadalmi energia*”, amely arra kíván választ adni, hogy bizonyos kulturális tárgyak és gyakorlatok egy adott időben milyen módon és mértékben hívnak elő hasonló reakciót emberek bizonyos csoportjában. A rehabilitáció gyakorlata, annak folyamatai olyan szupra-individuális



érzéseket produkálnak, amelyek egyértelműen tartalmazzák a Greenblatt által leírt társadalmi energiát.

Végül még egy érv a pszichohistorikus módszer mellett: Jenkins (1995) a pluralista, posztmodern kor kutatóinak munkássága kapcsán választási lehetőségként két utat kínál fel: vagy a „certainist modernism” foglyaként a tények, objektivitás, semlegesség, elfogulatlanság diskurzusában maradunk, vagy vállaljuk a sokkal izgalmasabb „postism”-ot, azaz kiteszük magunkat az olvasatok, a pozicionáltság, a perspektívák, a konstrukciók és a valóságosság világának. A dolgot az utóbbi út mellett döntöttünk.

### **VI.5.3. Az interjúzás technikája**

3 kérdés megfogalmazására került sor, (Meséld el az életed történetét! Kérlek, fogalmazd meg, miben áll számodra az itteni folyamat jelentősége! Kérlek, beszélj arról, mi volt rád a legnagyobb hatással a rehabilitáció során!), így nem hagyományos értelemben vett interjúról beszélhetünk. Ennek ellenére - mivel résztvevő megfigyelést folytattam több hónapon keresztül az adott intézményben - az interjúalanyaim számára ismert volt a kutatás célja, annak körülményei, az általam képviselt hivatásos ideológia (professional ideology). A szituációs rendszer minimális mértékű befolyásolása ellenére az interjú alanyok tisztában voltak azzal, hogy tematikai érdeklődésem elsősorban a szenvedélybetegek narratív identitásának vizsgálatára irányul.

Az interjú felvétele két helyszínen történt. A rehabilitáció folyamatában még részt vevő „terápiások” esetében az intézmény területén zajlott a beszélgetés. Ennek lehetőségét az éppen ügyeletet teljesítő segítő biztosította számunkra, külön helyiséget bocsátva rendelkezésünkre. Az interjúzás másik színteréül a munkahelyi irodám szolgált, ahol a segítővel készített interjú felvétele zajlott. Az interjúk átlagos időtartama általában 2 - 3 órát vett igénybe.

### **VI.5.4. Az elemzés szempontjai. A vizsgálódás természetrajza**

Miután a fent tárgyalt szempontok mentén kiválasztásra került a pszichohistóriai alapozottságú biográfia alkalmazása, a Kövér (2002) által leírt *redukció* veszélyeit kellett

alaposan fontolóra venni. A szerző szerint az egyéni életpályák individualitásának rekonstruálása a mikrotörténet szociális terének egyidejű felvázolásával lehetséges, bináris élettörténeti megközelítés révén. Azonban a helyzet egyértelműbb a jelen értekezés tekintetében, hiszen nem a régmúlta vonatkozó források elemzését kellett elvégezni: mindössze három generációra kiterjesztett visszaemlékezés szolgált interpretációnk tárgyául. Az én-pszichológia jelenlegi irodalma szerint már nem is annyira „a pszichoanalízis redukcionizmusa fenyegeti a biográfiával kísérletező történelmet, hanem egyáltalán az én ontológiai létezése, koherenciája és kontinuitása vált kérdésessé”. (Kövér, 2002) Az elemzés során kitérek tehát annak a primer közösségnek az értelmezésére is, amely az adott egyén életútját biográfiában való megörökítésre „érdemessé” tette. Az általam választott ismeretelméleti háttér (lásd később) eltér a pszichoanalízis által azonosítható paradigmáktól: más a valósággal szembeni ideologikus beállítódása, más az ábrázolásmódja, más konvenciók határozzák meg a leírást, ugyanakkor más magyarázatmodellt alkalmaz. A pszichoanalízis analitikus doktrínájává váló egyszemélyes kezelés, a terapeuta-páciens kapcsolati izolációja - a családi élet problematikájának tekintetében - az 1950-es években kezdett megkérdőjeleződni (Goldenberg, 2008), a családot ekkor kezdték terápiás értelemben csoportként azonosítani. A '60-as, '70-es évek a rendszerszemléletű gondolkodás virágkorát hozták el, kritikusan szemlélve a pszichoanalízis lineárisnak tekintett elméletét, mely szerint a felnőttkori patológia háttere gyermekkori családi, kapcsolati zavarokban keresendő. Az intrapszichés és az interperszonális együttes vizsgálata, a tünetképződés folyamatának egyéni- és családi szintje közötti „híd” Ackerman úttörő munkásságának köszönhető (Goldenberg, 2008:17). Vizsgálódásom természetrajza szintén e kettősséget igyekszik tükrözni.

Az elbeszélés tartalmi egységeként való elemzése valójában az elmesélt életút kiegészítése. Az értelmezési kísérlet egyszerre „epigráfia” és „ortográfia”, a kiegészítés annak tudatában zajlik, hogy a „felfoghatóság és interszubjektív megoszthatóság ára a tapasztalat egy rétegének eliminálása, homogenizálása”. (Sutyák, 2008)

### **VI.5.5. Az elemzés episztemológiai háttere**

A következőkben egyetlen életút ismertetése, annak változtatás nélküli lejegyzése történik: nem emelek ki epizódokat, csomópontokat a teljes szövegből annak céljából, hogy bizonyos teoretikus fogalmi rendszert érvényesítsek. A szövegtest gondozása szerkesztéssel történik,

kizárólag fragmentációval. Egy-egy tartalmi egység elemzését külön végzem.

- A szöveg átírása utáni első olvasás egyértelművé tette számomra, hogy a családról szóló tudományos diskurzusok<sup>19</sup> közül a rendszerszemléleti paradigma képezi majd azt az ismeretelméleti háttért, melynek fogalmi alkalmazhatóak elemzési kategóriákként, s amelyek megfelelő elméleti keretet szolgáltatnak az elbeszélés pszichohistorikus elemzése tekintetében. A *családterápia transzgenerációs modelljei* általában pszichoanalitikusan orientált, történeti szemlélettel közelítenek a család életvezetésének, diszfunkcionális mintázatainak feltérképezése tekintetében. E megközelítés képviselői azt vallják, hogy az aktuális családi mintázatok a származási család megoldatlan konfliktusaiból eredeztethetőek. Ugyanakkor nem a korábbi generációk felelősségét hangsúlyozzák, nem a lineáris okság alapján levezethető „bűnbak-képzési” koncepciót akceptálják: a fókusz az „elrendezetlenség” miatt, a generációkon átívelő mintázatok fennállásának, megismétlődésének feltérképezésére irányul, s annak azonosítására, hogy a prokreált család tagjainak tünetviselkedése mögött megtalálhatóak-e a származási családból eredeztethető kérdések.
- Az elemzési kategóriák megalkotása esetében a *Böszörményi-Nagy Iván által kidolgozott kontextuális családterápiás irányzat* (Böszörményi-Nagy-Spark, 1984; Böszörményi-Nagy-Framo, 1985; Böszörményi-Nagy-Krasner, 1986, Böszörményi-Nagy, 1987) ismeretelméleti háttérére és annak fogalmaira támaszkodom. Böszörményi-Nagy Iván, akit a családterápia iskolaalapító atyjai között tartanak számon, mintegy 30 év munkája során alakította ki a „kontextuális” terápia néven ismertté vált irányzatát. A „kontextuális” kifejezés a múlt - jelen - jövő vonalát jellemző folyamatjellegre, s azok állandó, generális összefüggéseire utal. A transzgenerációs kapcsolati mintákat vizsgáló iskola a családot szociális rendszerként tételezi, ám egyedi jellege abban áll, hogy az egyén pszichológiai folyamatain és a család interakciós struktúráján túl, az emberi kapcsolatok egzisztenciális dimenzióját helyezi érdeklődése fókuszába (Székely, 2000:437).

Az alább következő elbeszélés, olvasatomban a „felépülési narratíva” reprezentánsa. Célom nem a „másik”, a „drogos” sztereotip tárgyiasítása. Ellenkezőleg: az alább bemutatott

---

<sup>19</sup> A család és a szenvedélybetegség összefüggéseiről magyar nyelven lásd pl. Demetrovics (2007) és Lukás (2009) kutatásait.

narratívára az empátia eszközeként tekintek. Az elbeszélés talán megerősítheti a „normik” domináns csoportjának pozícióját, ugyanakkor segíthet reflektálni az „én” viszonylagosságára, az én-másik, a „normi-függő” reláció sokrétűségére is, ugyanakkor olyan értelmező, hermeneutikai gyakorlatként tekinthetünk rá, amely alkalmazásával mindössze egyfajta nézőpontra mutatunk rá.

Az általam választott életút teljes szövegét közlöm; dőlt betűkkel szerepel az interjúalany narratívája, amelyet az értelmezés megkönnyítése érdekében részegységekre osztottam, s alcímekkel láttam el. Az egységek végén a szöveg interpretálására tett kísérleteim olvashatóak.

#### **VI.5.6. Az elemzett narratíva**

##### *BEVEZETÉS*

*Úgy gondolom, hogy egy ilyen, - illetve most már tudom, hogy nem, de én azt gondolom, - hogy egy átlagos családból származom. Akkor azt gondoltam, hogy én egy átlagos családban jól is érzem magam egyébként. Még azt is mondhatnám, - én ugye a 70-es években voltam kisgyerek, - még azt is mondhatnám, hogy kicsit jobban is éltünk, mint a környékünkön az emberek. Tehát, rendes családi fennállás van, anya, apa, és van egy húgom egyébként. Ez akkor nagy szó volt, hogy mi külön szobában voltunk, meg galéria volt a házban, meg a legmodernebb berendezések. Én pl. nem szerettem nyaralni menni, mert állandóan mentünk. Ez érdekes, mert más szeret, meg vágyik rá, én utáltam. Mégis minden évben el kellett menni nyaralni. Én már kötelezőnek éreztem. Rosszul éltem meg, nem szerettem nyaralni. Na, ennyit így az előzményekről.*

A fenti bekezdés „in medias res” kezdete meghatározza a narratíva további fejezeteit. Az elbeszélés kulcsfogalma, a család, mint nyitókép, annak időben való elhelyezése és a „nyaralás”, mint szimbolikus metafora, a családot kiemeli az aktuális kontextusából, kivételezett helyzetbe, státuszba illeszti. A familiáris identitás az „átlagos család” címkéjében realizálódik: az elbeszélő belső képe származási családjáról, az ún. „leképeződött” család portréja keretet nyújt az identitás megfogalmazásához. A nyaralás, mint családi tradíció jelenik meg, amelynek ideje a család belső naptárától függ. A szociokulturális háttér azonosítása is megtörténik, mint a rendszerváltozás előtti gyermekkor képe. A rövid

felvezetésben a családi képmás kulcs kifejezése: a kiváltságosokat megillető nyaralás ténye, a kivételesnek tekinthető egzisztenciális körülmények felvázolása, a családi rendszer struktúrája, annak egysége és épsége - mind a normális, átlagos család konstrukcióját hivatott ábrázolni. Az önéletrajzi emlékezés a „család” konstrukciójával kezdődik, az emlékek azonnal a hozzájuk kapcsolódó kontextussal, érzésekkel integráltan jelennek meg. Az emlékek kapcsolatba ágyazottsága, azok kapcsolati eredetűsége azonosítható.

## A SZÜLŐK

*Ami a családukat illeti, az apám az egy határozott fellépésű valaki. Most már azt gondolom, - akkor még nem tudtam, - most már biztosan tudom, hogy nem tudja kimutatni, kifejezni a szeretetét. Mondani se tudja. Nem tudja egyáltalán semmilyen szinten kimutatni. Sokat sérültem. Állandó sértegetés, a felelősségre vonás, a másik degradálása végett, amit tőle kaptam. Ennek hatására kialakult bennem egy nagyfokú sérültség, soha nem bántott, de olyan szavakat használt, amik engem sértettek, bántottak, megaláztak, és állandóan szerettem volna megfelelni neki, hogy elégedett legyen velem. Most már meg tudom fogalmazni, hogy ne így beszéljen velem. De akkor ő nem volt erre képes. Még akkor sem, mikor megdicsérhetett volna. Elégé frusztrált gyerek voltam, mert állandóan arra vágytam, hogy úgy szeressenek, ahogy én szeretném. Persze ezt nem mondtam senkinek és nem mutattam ki. Persze ők nem tudtak úgy szeretni, ahogy én állandóan vágytam rá. De állandóan csalódtam.*

*Ahogy visszaemlékszem, anyu nem is volt az életemben, mert egy karrierista. Pont most számoltam ki hogy lassan 70 éves, és még mindig tanul. Nem tudom már hány diplomája van. Erre ráment a családjá, első körben a házassága, a gyerekei, tehát az eltávolodás. Széthullott a családjá. Ő nem volt az a klasszikus anyatípus. Ha szellemi szinten meg kellett nyilvánulni, akkor kiütött mindenkit a nyeregből, de egy vasárnapi ebéd kifogott rajta. Minden vasárnap veszekedés volt, hogy még mindig nem tanultál meg főzni. Ezt mondta apám minden vasárnap anyámnak. Anyám ettől a frusztrációtól a hét folyamán az iskolában pótolta ezen sérelmeket. Azt láttam, hogy anyám hülyére tanulta magát. Többször elgondolkodtam, hogy még nem tartok ott talán, ahol az anyám.*

Az anya és az apa rövid, tömör jellemzése alapján, diszfunkcionálisan működő szülői szerepek jelennek meg. Az apa által képviselt kommunikációs forma rigid, anakronisztikus. Gyermekéhez való viszonyulásában a címkézés, a minősítés dominál. Az anya kitérése az

anyai szerepe elől, az életszerepek közötti harmónia hiánya szerephiányt, szerepdiszharmoniót eredményez. A felnőtt nő életében generálisan megjelenő szerephalmozás jelentősen megnöveli a szerepkonfliktusok megjelenésének esélyét. A gyermekeihez fűződő érzelmi viszony elsősorban az intimitás helyzeteiként kellene, hogy jelen legyen az életükben,- ám, mivel ezen a téren sérült leginkább a kapcsolat- az anya, attól való félelmében, hogy tovább rontja a helyzetet, inkább kikerüli ezeket az intimitást biztosító helyzeteket, és olyan térbe helyezi a szülő-gyermek tranzakciókat, amiben a nagyobb siker lehetőségét gondolja elérni.

### MEGBOCSÁTÁS

*De ez egy nagy falat volt, hogy ezt megbocsássam az anyámnak, ehhez több év kellett azt gondolom. Talán 4 év kellett hozzá, mire ezt magamban átdolgoztam, áttettem az egész gyerekkoromat anyámmal szemben. Úgy éreztem, nem volt mellettem, hogy megbocsájtottam neki, hogy eljárt tanulni a helyett, hogy inkább az anyánk lett volna. Igazából a húgomat szerettem.*

*Anyámnak volt egy anyja, aki nem bírt engem. Én se bírtam őt egyébként. Én, mint gyerek nem bírtam rá máshogy reagálni mikor valaki azt mondta, hogy te büdös kölyök. Apámat utálta. Tőle nagyon sok elutasítást és szidalmat kaptam. Vannak történetek, amiket nem tudok elfelejteni. Ő már meghalt, de megbocsájtottam neki. Egy egész nyáron bezárt a házba, mikor a húgommal elmentek strandra, akit egyébként imádoztam, mert ő nem volt akkora szájú, mint én. És azt a nyarat nagyon keservesen éltem meg, mikor kint sütött a nap, és én a szobában Kincskereső Kisködmönt írtam. És akkor bementem szeptemberben az iskolába, kaptam egy ötöst, és egyáltalán nem érdekelt. És akkor otthon meg azt hallottam, hogy látod, hogy megérte, milyen szépen dolgoztál, és én gyerekként azt éreztem, hogy nem érte meg, nem érdekelt, nem érte meg, hogy én nem játszhattam a strandon. Akkor nyáron is megfogalmaztam és sok gyűlöletet szedtem össze abban a nyárban a nagyanyám felé. És ez nekem nagyon nehéz, ez a mély gyűlölet, az utálatot egy gyerekkel megéreztetni, ez elgondolkodtatott.*

*Az anyámra egyébként az jellemző, azért mert ő ilyen karrierista volt, hogy rettentően önző. Azt hiszem, ezt ő tőle kaptam, egy jó nagy adagot. Őt más nem is érdekelte csak a tanulmányi eredményei, vizsgái. Néha otthon volt velünk, ott volt, mint anya, de családként abszolút nem funkcionáltunk. Néha találkoztunk össze, de az önzésénél és saját céljainál minden fontosabb*

*volt. Ha kértem bármit, akkor azt mondta, hogy csináld.*

A fenti részlet központi, domináns fogalma a megbocsátás. A „megbocsátás”, mint a felépülés folyamatának központi kategóriája, különösen nagy jelentőséggel bír a rehabilitáció folyamatában, az NA 12 lépése közül a harmadik egyértelmű doktrínaként fogalmazza azt meg. A rehabilitáción zajló „család csoporthoz” használt segédanyag (4. sz. melléklet) szintén több tekintetben érinti a szülőkhöz való viszonyulás kérdéseit: a hozzájuk írt levél, s a helyzetükbe való belehelyezkedés a pozitív kapcsolati források korrekcióját, azok utólagos katalizáló hatását igyekszik előhívni.

### *A SZERHASZNÁLAT KEZDETE*

*Neki soha nem tűnt fel semmi, semmi nem volt neki gyanús. Mikor elkezdtem szert használni, akkor megetette magát, hogy nincs semmi baj. Mikor véres volt a WC, azt se vette fel, megmagyarázta magának. Órákig bent voltam a fürdőben, valószínűleg el kéne gondolkodni, hogy minek vagyok ott bent olyan sokáig, ha addig nem volt jellemző. Elkezdtem használni, változtak a szokásaim. De semmit nem vett fel. Nem figyelt rám. Ilyen volt a gyerekkorom és később a kamaszkorom is és a fiatal felnőttkorom is, míg vele éltem. Talán azt észrevette volna, ha meghalok. Annyira egymás mellett éltünk, vagy inkább egy lakásban, de volt, hogy nem is találkoztunk hetekig. Később az idáig jutott. Aztán egyébként szeretem őt a magam módján, de valószínűleg nem fog földhöz vágni, ha bármelyiküket el kell majd temetnem. Van egy kis büntudatom is e miatt, mert tépnem kéne a hajam, vagy ilyesmi reakciókat kéne tennem, de hát én nem valószínű, hogy ilyeneket fogok produkálni. Mert érzelmileg nem annyira kötődöm hozzájuk.*

A protektív tényezők szerepe az addikciók ifjúkori megelőzésében fontos terület elemzésünk szempontjából. A társas, kapcsolati hálózat az elsődleges, családi szocializáció során többszörös védelmi hatásokat jelenthet a serdülőkorú gyermek számára. A szülői kontrollfunkció, a monitorozás egyfajta mentorfunkciót lát el a serdülő életében, esetünkben azonban éppen ennek hiánya jelenik meg. A jól felállított szabályrendszer funkciója nem pusztán a kontroll, hanem igazodási pont is. (Pikó, 2009:83-104)

## AZ APA, AZ APAI VONAL. HASÍTÁS A SZÁRMAZÁSI CSALÁD KÉT VONALA KÖZÖTT.

*Viszont van egy nagymamám, aki apukám anyukája. Ő mindig kimutatta és kimondta, hogy mennyire szeret, azért mert az apámra hasonlítok, tehát a fiára. Ellentétben a másik nagyanyámmal, ő azt is kimondta, hogy egyformán szeretnék nektek mindent adni, nagyon figyelt arra, hogy mindent ugyanúgy kapjunk, a húgom is meg én. Ez játékban vagy ruhában mérhető, abból mindig egyformán kaptunk. A másik nagyanyám pl. nagyon erősen megkülönböztetett minket.*

*Például mi nem nagyon babáztunk a húgossal. Fiúként lettünk felnevelve. Az apám fiút akart elsőre. Ez volt az én nagy felismerésem, miután kijózanodtam. Az apámnak élete legnagyobb csalódása hogy én nem fiú lettem. Mikor én erre rájöttem terapián, hogy soha nem fogok neki megfelelni, és innentől kezdve el is felejthetem a történetet, soha nem leszek megfelelő, mert nem fiúnak születtem. Ezt a megdöbbentő felismerést tettem. Ezt kellett nekem megbocsájtani, hogy nem fiú lettem. Ezt magamnak kellett megbocsájtani. Gyerekkoromban fiúként neveltek. Fára másztunk, autót vezettünk, futottunk, bicikliztünk, mert az apám egy nagy sportember, bokszt, biciklizett, sportszerűen, még ki is kérte, hogy ne boksznak, hanem ökölvívásnak mondjuk. Hétfvégén mikor vett nekünk kisgyerek bokszkesztyűt, és mikor húgossal meccset játszottunk, és a győztesel mindig ő bokszt, és ez volt a nagy ajándék hétfvégén, ezeket nagyon szerettem. Szóval mi így lettünk felnevelve, mint egy fiú. Ettől függetlenül húztak ránk szoknyát, de ezt apám konvertálta, de nem úgy nevelt, mint lányt, de anyám nem fektetett arra hangsúlyt, hogy konyha. Úgy ismerte a konyhát, hogy átmegy rajta. Apám fiút várt, fiút nevelt, anyám szoknyát adott rá, de ennyi. Ezeket a dolgokat, a lányos dolgokat a nagyanyámtól láttam, akit nagyon szerettem, aki még mindig él, ő most 90 éves. Még mindig él. De nagyon beteg. Most már 2 éve, ha felmegyek a fővárosba, akkor mindig elbúcsúzom tőle. Mert annyira nem tudok feljárni, és nem tudom mikor fog elmenni, és már teljesen nyílt dolog hogy elbúcsúzunk egy életre, kábé egy évben egyszer felmegyek hozzá, mondjuk tavaly volt kórházban, akkor megijedtünk, akkor felmentünk a fiammal hozzá, meglátogattuk, aztán kiderült, hogy él és virul. Aztán mondtam, hogy máskor aztán ne hozd rám a frászt. Nincs neki semmi baja, csak azt akarta, hogy foglalkozzanak vele, erről szólt a játéka neki. Később kiderült apámnak és nekem is. De mindenesetre bármikor várható hogy elmegy. Mondom 2 éve, hogy úgy járok fel, hogy mindig elbúcsúzom tőle, mintha most találkoztunk volna utoljára. Na, ő pótolta bennem azt, érzelmileg ő az, aki belőlem a családon belül bármilyen*



*kötődést váltott ki. Akinek a halála megviselne. Meg a nagyampám volt ilyen ember, az ő férje, őt is nagyon szeretem, ő hozzá is nagyon kötődtem még gyerekként, mert ő sokat játszott velem, húgommal is egyébként, de az ő halála még így nagyon. Emlékszem 17 éves voltam, már anyagoztam, és beállva mentem el a temetésére, és emiatt is büntudatom volt, hogy a temetésén 17 évesen beállva voltam, már akkor is büntudatom volt, hogy még ide se tudtam megérkezni. Egy anyagosra jellemző hogy sose tud időre odaérni sehova. És oda se sikerült megérkezniem. Hát iszonyú kellemetlen volt, mindegy, és akkor, szóval ő akkor meghalt, és akkor maradt a nagy. Ők voltak, akikhez én érzelmileg kötődtem, a többiekhez nem nagyon, talán még a húgom, aki fontos nekem, de tőle is elsodort az élet.*

*Szóval így éldegéltünk gyerekként kötelező nyaralásokkal, meg egy ilyen családban, ahol apám főzött vacsorát, az anyám esti iskolákban ült, jógázott szabadidejében, tehát mindig már 70-es években. A jóga most jött be, de ő már a '70 es években, már jógázott. Tényleg nagyon eredeti asszony az biztos. Kábé az apám, aki egy tűzhelyet szeretett volna, ezt ő nem sokáig bírta. És akkor elváltak. Egyébként egy szerelmi házasság volt. Ez a két ember, ahogy elmúlt a szerelem, minden más is elmúlt. Ez a két ember nem hordozott közös dolgokat, közös célokat, a személyiségük ezeknek semmi sem volt, semmi közös egymásban. Abszolút biológia. Semmi, én azt gondolom, semmi közös nem volt bennük. Látvány és biológia. Annyira távol állnak egymástól. Apám egy családot akart, anyám meg fogalma se volt milyen egy család, mert az ő anyja háromszor elvált az '50-es években. Az egyáltalán nem volt elfogadott. Ette nagykanállal a pasikat a nagyanyám. És az anyám így nőtt fel, hogy mindig jött egy más pasi. Az anyám ezt látta és ezt le is modellezte, meg is csinálta. És ő is elvált. Nem ezért, hanem a karrierjéért. Gyakorlatilag mikor apám elköltözött 10-11 éves voltam. De mindig visszajárt, időnként ott aludt. És mire ez összejött, úgy, hogy gyakorlatilag is eltűnt az életünkből, és papíron is, az 4 év volt. De ettől függetlenül hétvégén, mikor elvitt minket, mindig egy másik nőhöz vitt. Ő, aki az ő családjában semmilyen válást nem látott, ő is olyan lett, mint az anyám. Mi gyerekként azt láttuk, hogy hát most a nagykáához Újpestre, most ide megyünk, ehhez, oda. Mi ezt úgy éltük, hogy megint egy másik nőhöz megyünk, egy másik lakásba, félévente egy másik nő. És mi meg ebben nőttünk fel.*

A fenti hosszú bekezdés a származási család, apai és anyai ágának érzelmi jellemzését nyújtja. Böszörményi-Nagy Iván kontextuális iskolájának egyik központi fogalma a kapcsolati etika (relational ethics) kategóriája. A fogalom az egzisztenciális egymásra utaltságot közvetíti, a létnek azt a mandátumát, hogy az igazságosság, a kölcsönös megbízhatóság és az egymásért vállalt felelősség kapcsolati jellemzőként legyen jelen

életünkben. Az etikai egyensúly (balance between give and take) átfogó alapelve, az adás-  
viszontátadás etikai mandátuma ugyanakkor negatív irányban is kifejti hatását (erről lásd  
később az elemzés során a jogosultság fogalmát). A főszereplő egyre inkább az apai ági  
elődeivel vállal közösséget. Az apához fűződő identifikációs kötelék egyre intenzívebbé válik.  
Az elbeszélő által megteremtett szereplők egyértelműen rávilágítanak a pszichés  
identifikációkra, amelyek az adott helyzetben a lojalitás és a kötődés jelei, míg a másik  
leszármazási ághoz való viszony az ambivalens érzelmeket tükrözi. A biztonságot jelentő  
helyzetek a tanulás, a köteleességek teljesítésének a helyzetei, amiben a nevelési biztonságot az  
apa számára az ellenőrizhetőség, mérhetőség és kontrollálhatóság dimenziói jelentik. Az  
időstrukturálás legfőbb tartalmi elemei közül a munka és a kötelesség kerül előtérbe, azok  
élveznek prioritást, míg a társas rítusok, az együtt töltött szabadidő és az intimitás helyzetei a  
hétköznapiakból kiszorulnak.

### *SZOCIOKULTURÁLIS HÁTTÉR*

*Én a válást úgy éltem meg, hogy még ilyen közegben laktunk, ahol nagyon sok roma volt. És  
mi úgy lettünk nevelve, hogy nem szabad velük szóba állni, de ez kivitelezhetetlen. Egy ilyen  
közegben, ahol mindenki roma. Ez nonszensz, főleg gyerekként. Nekünk ilyen szabályaink  
voltak, hogy nem lehet csúnyán beszélni, szotyizni, szoknyában széttenni a lábat, ilyen  
szabályok voltak. És nem lehetett cigányokkal szóban állni, ez is egy szabály volt. Mi ezt  
gyerekként már kijátszottuk. Mert mikor nekik el kellett menni, bezártak. De mi kitettünk egy  
széket, mivel a magassföldszinten laktunk, és a cigányok bemásztak hozzánk és játszottunk.  
Később megtudtam, hogy amikor oda költöztünk, akkor az apám végigjárta a kocsmákat,  
azért, hogy a környéken, ahol sok kocsmá volt, hogy benézze, hogy ki a legerősebb és azt  
elveri. Mindezt csak azért, hogy az ő feleségét ne erőszakolják meg, illetve a gyereket ne  
bántásák. De ezt csak később tudtam meg. De amikor elváltak, 11 évesen már ezt tudtam, hogy  
van egy ilyen, mert ott tényleg ott már. Ez egy cigánykörnyék, Angyalföld Budapesten.  
Cigányföld ez olyan természetes, mint a levegő, ott annyi a cigány. Ez egy ilyen környezet  
volt, éppen ezért én ismerem a cigányokat, mert ott nőttem fel közöttük. Szóval ez olyan  
hatással volt rám, meg ez az egész. Voltak ott azért verekedések, meg a gyerekkoromban  
engem is megverték 50 fillérért, gyerekként a gyerekek. Hogy adjam oda a fagyipénzemet,  
mert ilyenekre emlékszem. Én azt gondolom, hogy ennek is, szóval a biztonságérzetemnek  
annyi volt. Én 10-11 évesen olyan szinten megborultam, hogy azóta alvászavaros vagyok, és*

*ez a mai napig nem tudott helyreállni. Függetlenül attól, hogy van egy pszichológiája a függőségnek, azt gondolom, hogy a külső hatások eredményeképpen az én alvászavaraimat is kezeltem a drogokkal, merthogy ezzel nagyon jól lehet aludni, mert ezt ne felejtsük el, nem mondom, hogy pihentet is, de bealtat rendesen. Én idáig tudom visszavezetni az én alvászavaromat, hogy én pl. miért nyúltam a gyógyszerekhez, konkrétan az ópiumhoz. Szóval nekem ez itt kezdődött, merthogy innentől fogva a biztonságérzetemnek annyi volt. Én azt álmodtam, hogy betörték hozzánk a cigányok és megerősakolták anyámat és minket a húgommal megverték, ezt álmodtam, mikor apám elköltözött, és akkor annyi lett a biztonságérzetemnek.*

A történet metaforikus jelentései, a térszerkezet leírása történik a fenti bekezdésben. A tér itt az önkifejezés szükséges formáját adja, ez válik a narráció keretévé. A konkrét helyszín, a tér, mentális térré válik az elbeszélésben. A család speciális képe, annak intézmény jellege jelenik meg a fenti leírásban. Annak határai, funkciói és feltételei szociokulturálisan meghatározottak az említett társadalmi viszonyok és a kulturális hagyomány szabályai révén. A családi kereteknek alkalmazkodniuk kell a szociokulturális realitáshoz. A „veszélyes hely”, mint a család élettere, olyan folyamatokat hív életre, amely az elbeszélő szempontjából az apa szerepét dominánsan emeli ki. A család identitásának megőrzése, az asszimilációs kényszerekkel szemben is megmaradó hagyományos rendszer védelme és képviselése az ő feladata, amelyet sikerrel hajt végre, annak ellenére, hogy az elbeszélő a későbbi szorongás forrásaként azonosítja az itt eltöltött éveket. A család a védelem és az áldozat terepe egyszerre.

### *ANYA, APA, DELEGÁCIÓ*

*Az apa jelentette a férfit a családban. Ő mindig képviselte azt a férfiszemléletet, a magatartásában is, a viselkedésében is, a keménységét, a mai napig képviseli. Most 70 évesen is férfi, nem egy Adoniszként, hanem azokkal a jellemvonásokkal megáldva, mindig képviselte ezeket. Hiányérzetem is volt, de örültem is neki, mert azért sok kiabálást és felelősségre vonást kaptam tőle. Neki a mániája, hogy élsportolónak kell lennem, nem is a húgomnak, hanem inkább nekem. És éreztem, hogy ez nincs rendben. Utáltam azt a sportot, amit csinálni kellett. Atletizálni kellett. Kitalálták általános koromban, hogy jó a testalkatom és atletizálnom kellett, de én rühelltem a pályán órákat futni, ugrani, de azért jártam, mert köteleztek rá. Persze volt, hogy ellógtam az edzést, de akkor büntudatom volt és akkor jött a*

*felelősségre vonás, volt, amikor kiderült, volt, amikor nem, de én mindig utáltam járni edzésre. Ez az érzést nagyon ismerem, hogy kell. Anyámat csak az iskola érdekelte, apám meg pont az iskolára nem fektetett hangsúlyt, ő inkább a testi nevelésre fektetett. Most már persze látom, hogy jó volt az ő hozzáállása a dologhoz, de én ezt akkor úgy értékeltem magamban, hogy csalódás volt, mert én éreztem, hogy nem vagyok elég jó, egy olyan lécet kéne átugranom, amit nem fogok átugrani. Mikor futottam, mindig tudtam, hogy nem fogok tudni olyat teljesíteni. Apám állandóan versenyeket nézett a tv-ben, állandóan az olimpiáról beszélt, ha majd egyszer ott leszel. Ezek elrejtett mondatok, de én folyamatosan ezt hallottam tőle. Én tudtam, hogy nem vagyok ilyen jó. Ott voltunk hatan az edzésen és láttam, hogy vannak nálam sokkal jobbak. Ez egy örökös csalódás volt nekem az edzésre járás. Aztán végül is, merthogy 3 általános iskolába jártam, 13 éves koromban azt hiszem, nem előbb, 12 éves koromban megtaláltam a kézilabdát, amit viszont imádtam és nagyon szerettem. Már nem tudom, hogy találtam meg ezt a sportot, egy egyesületi, ezt is egyesületben csináltam, mert a Honvédnél futottam, de átmentem a kézilabdára. A sportban levő embernek még hírneve is volt, a kézilabdás edző, és a legjobb barátnőmnek is a kedvenc sportja lett és ő is nagyon jó lett benne, és nagyon jó összhangban is tudtunk lenni a sportban is és egyébként is. Ez egy pár év volt, de szép időszak volt az életemben. Edzésekre jártunk és versenyekre. Aztán költöztünk, akkor jöttünk el Angyalföldről, mert ez még ott történt, ekkor már apám nem élt velünk, csak hétvége, de mindig más nővel jött. Anyám mindig úgy tudta, hogy a Marihoz megyünk, de anyám se volt amúgy hülye, de otthon nem volt szabad elmondani, hogy kinél voltunk, anyunak azt kellett mondani, hogy a nagyinál voltunk, de anyám nem feszegette. Egyszer volt kitörése, hogy nem fogod a gyerekeket egyik nőtől a másikhoz vinni. De 2 hónap után ismét más nőkhöz jártunk.*

Böszörményi-Nagy Iván a delegáció elfogadásában a lojalitás dinamikáját vélte felfedezni. Ez utóbbi fogalom, értelmezésében az előnyben részesített kapcsolatot jelenti, jelen kontextusban a gyermek elkötelezettségét édesapja iránt. Az anya, az apa és a gyermek triadikus kapcsolati konfigurációját tekintve az előnyben részesített személy a gyermek szemszögéből az édesapa. A neki való megfelelés kényszere önkéntelenül kijelöli a határokat, meghatározza az alrendszereket: az elbeszélő, az édesanya jelen-nem-léte felett érzett elkeseredése miatt az apjával köt szövetséget, az apa dominanciáját fogadja el, ő válik releváns preferencia személlyé életében. A gyermek irányítása a szülők által, saját vágyaik, el nem ért céljaik felé, sajátos elvárás rendszert alakít ki.

## ANYAKÉP - NAGYKORÚSÍTÁS, KORAI ZÁRÁS, PARENTIFIKÁCIÓ

*Aztán elmentem még egy évre az általános iskolát befejezni, akkor költöztünk Angyalföldről, oda már csak a húgom és anyám jött. Apám már nem. Akkor még volt egy évem az általános iskolában. Anyám már jó rég azt mondogatta, hogy csak az általános iskolát járd már ki végre, mint aki várja, hogy akkor leszek talán nagykorú, mert ő úgy kezelte a 14 évet, hogy innentől kezdve majd nagykorú leszek. Nagyanyámmal erről beszélgettünk, hogy ő mindig rosszul volt ettől, hogy mikor anyám szájából meghallotta ezeket a mondatokat, hogy bárcsak már 14 éves lennél, mert akkor történik valami, pedig igazából semmi nem történik akkor. Annak kellett volna megtörténnie, ami nem történt meg, hogy jobban figyel rám, ehhez képest még nagyobb szabadságot kaptam. Pl. ha arról volt szó, nem kérdezte meg hogy bejárok-e iskolába, ha egyszer kiderült volna, hogy nem mentem iskolába, akkor mondhatta volna, hogy ejnye-bejnye! De nem történt meg, nálunk az volt, hogy leültünk beszélgetni és a vége az lett, hogy elbogatellizáltam, elvicceltem az egészet, az anyám partner volt ebben. Ha azt mondta, hogy üljünk le és beszéljük meg, akkor arra gondoltam, hogy már megint jót röhögünk. A köztes dolgokat nem éreztem, csak a végét. De az anyám is tudta, hogy mindig ez lett a vége, hogy elvicceltük az egészet, de az anyám elfogadta így a dolgokat. Azon sokat gondolkodtam, hogy vajon miért jártam be az iskolába, fogalmam sincs. Talán azért, mert erősen belém nevelték a kötelességtudatot? Merthogy simán megtehettem volna, hogy nem járok be, és nem jött volna utánam senki. Volt úgy, hogy hazamentem 14 évesen és 3-4 napig nem is láttam az anyámat. Mert nem egy időben közlekedtünk. Hazajött aludni, de aztán később már haza se jött aludni. De akkor még hazajött aludni, alig találkoztunk, azt se tudta, mit csinálok egész nap. A továbbtanulásom is... Ja most csak úgy eszembe jutott, hogy a nagyival beszélgettem hogy az első időkben velük laktunk a nagyszülőkkel mikor én 2-3 éves voltam, lehet hogy ezért is voltam hozzá közelebb unoka, mert velük éltem kiskoromban. Jellemezném szegény anyukám hozzáállását, a gyerekneveléshez, hogy én az etetőszékben voltam, 2 éves lehettem, a húgom meg fél éves lehetett. Bent pelenkázta a húgomat, de közben én az etetőszékben elkezdtem a kaját dobálni, ezért kijött az anyám hozzám és közben ott hagyta a húgomat a szobában, és engem lekötözött a székhez, oda kötözött a székhez, és akkor ebben a pillanatban bejött a nagyanyám. Tehát hogy anyám 20 évesen itt tartott, hogy szó szerint lekötözött, hogy eldobáltam a kaját, de közben meghallotta a nyöszörgést, és kiderült, hogy a húgom a fal és az ágy közé szorult, mert legurult az ágyról. Ezt azért mondtam el a történetet, hogy ez annyira jellemző anyám és a család viszonyára. Ezzel a történettel jellemezném anyámat.*

*Nem nőtt fel az anyaszerephez, azt se tudja, mi az. Azt se tudja, mi az, hogy nagymama, mert fogalma sincs. Jelenleg Izraelben él, most már 15 éve, és haza évente vagy 2 évente jön le Pécsre, de lassan 70 éves, és felhív, és itt ül a vonaton, mindjárt lent van. Aztán lejön, itt van. Leül ebédelni itt, van a fiam, és találkoztak, és elkezd mondani, hogy fognak jövőre ők majd nyaralni, hogy ő majd kibérel a Balaton parton egy házat, és csak az unokák meg ő, és akkor félre hívtam, hogy ne mondjál olyat a gyereknek, ami nem megvalósítható. Akkor volt az, hogy a férje nagyon beteg lett, mert ő 30 évvel idősebb volt, inkább szellemi kötelék volt közöttük, nem testi, mondhatni haldoklott. Valószínű, valamikor meg fog történni, nem biztos, hogy jövő nyáron neked kedved lesz nyaralni. De megsértődött, ismerem, mikor megsértődik. Éreztem rajta. De be is következett, mert igazam volt, mert semmi nem volt jövő nyáron, mert el kellett temetni, mert meghalt a férje, és ezt a mai napig megőrizte a hozzáállását a világhoz. Fogalma sincs, mi van a világban, függetlenül attól, hogy ott él a háborús övezetben ahol kilövik alóla a buszt, fogalma sincs, mi van a világban.*

Az ún. parentifikáció a „szülősítés” jelensége. Az anya, gyermekét, korára, helyzetére és kapcsolati lehetőségeire való tekintet nélkül, szülői szereppel ruházza fel. E jelenség tipikusnak tekinthető leírása olvasható a fenti részletben. A családi szerepelvárások különbözősége konfliktusforrássá vált. Az anya siettetné lánya növekedését: ennek hátterében valószínűsíthető a szerephalmozás megélésének elégtelensége, a felnőtt nő képtelen igazodni az „elég jó anya” szerepéhez. Az életközép asszonya, mint a női életciklus egyik fejezetének szerepe az életközépi krízissel találkozik. Az édesanya még mindig a professzionális szerepeit keresi, a munka és a tanulás a „triangulált harmadik”-ként jelenik meg életében.

## **ALKOHOL**

*Ja, és hát 15 éves kor körül a középiskola választás, hát az egy vicc volt. Hogy állt a gyereke pályaválasztásához. Hogy próbáltam valami felé elindulni. Én akkor azt hittem, hogy az úgy van rendjén, ahogy van. Felnőttként, most látom azt, hogy akkor nem fogalmaztam meg, hogy téged ez nem érdekel, engem sem érdekelt, hogy őt nem érdekli. De most látom, hogy őt mennyire nem érdekeltem. Engem sem érdekelt. Nagyon jól elvoltam az ő közönyével, érdektelenségével. Nekem nagyon jó volt ez az anyatípus, ahogy üzemelt, mert én ebben iszonyú nagy szabadságot kaptam, mindent megcsinálhattam, berúghattam, kefélhettem, gumizhattam, ha akartam nem mentem be az iskolába, beírtam magamnak az igazolást, orvostól elkértem az igazolást, és ő ebbe semmit nem szólt bele, egyébként nem is tudott róla.*

*Ha figyelt volna rám, akkor észrevette volna, mert amikor részegen hazamentem, észrevette, mert másnap kellett beszélgetni vele, de elintéztem másnap. Együtt éltünk, de csak egymás mellett éldegéltünk, nem nagyon tudtunk egymásról, hogy mi van a másikkal. De azt gondolom, hogy 14 éves koromban mindenki ezt csinálta, a húgom is ment a maga útján, azzal sem foglalkozott, meg én sem tartoztam senkinek felelősséggel. Én azt se értem, hogy miért jártam iskolába. Talán a kötelességtudatot nagyon belém nevelték, mert azt láttam, hogy ők is mennek valahova, tehát olyan nincs, hogy otthon vagyunk, és csak mi vagyunk. Nem tudom, más miért járt be, én miért jártam be, de a lényeg az, hogy bejártam. Mikor felvettek középiskolába, emlékszem a mozdulatára is, a továbbtanulás megvolt, jaj, fellelegzett, de hát ennyi volt a konstatálása, aztán semmi több. És akkor középiskola. Végül is az ilyen, hát én azt mondanám, hogy éjszakai, szombaton mindig elmentem berúgni, nem berúgni, inkább szórakozni, egy szórakozó helyre, a barátaimmal. De nem mondanám barátaimnak, egy barátnőmmel, inkább így mondanám, és volt egy barátnőm, akivel rendszeresen jártunk szombatonként, volt, hogy le is részegedtünk, nem is egyszer, volt, hogy én, volt, hogy ő, volt, hogy mindketten, ez természetes dolog volt. 17 éves lettem kb. edzésre már nem jártam a másik barátnőtől eltávolodtam, mivel elköltöztünk helyileg, már nem is tartottuk a kapcsolatot, ő egy ruhaipari középiskolába ment, egyébként azt a barátságot sokáig sajnáltam, hogy vége lett, mert az egy mély barátság volt.*

*Aztán 14 éves koromban általános iskolában kaptam egy új barátnőt, akivel egy házban laktam, de más középiskolába jártunk, de vele is nagy mély barátság alakult ki, aminek vége lett a szerhasználatom miatt. Vele is néha berúgtam, meg ittam, de amikor 17 évesen elkezdtem drogozni az neki már sok volt. Nem ő volt az egyetlen, akinek sok volt egyébként. Az általános iskolai barátnőm nem is tudott róla, hogy én drogozok, az új barátnőmmel voltam kapcsolatban mikor drogoztam, de egy idő után ő azt mondta, 2 év után, 19 évesen kb. mikor mondta, hogy ő ezt nem bírja tovább nézni, inkább ne találkozzunk, mert neki ez így sok. Nem szereti ő. Nem csináltam egyébként semmit, csak olyan voltam, mintha félig aludnék, állapot, de nem szerette. Ezzel megváltozott a magatartásom is, meg a viselkedésem és valószínű, hogy már nem olyan voltam, mint... egyébként is múlnak az évek és változunk és így nem kerestük egymást.*

*Ami még fontos lenne a nem drogozós korszakomból, mert az 17 évesen kezdődött, de még ami előtte kamasz koromban, ami fontos volt, hogy volt egy 2 éves párkapcsolat, az általános iskolai barátnőm bátyjával. Volt egy 2 éves kapcsolatom, és abban még nem voltak szerek, szociális ivók voltunk, meg néha már egy két cigire rágyújtottunk, ilyen szinten ment. Azért*

*fontos az a kapcsolat nekem, mert későbbiekben láttam, hogy a nők és a lányok hogy tudnak sérülni egy kapcsolaton belül illetve, hogy vesztik el szüzességüket, meg megerőszakolják őket, ebben a témában, a drogozásban, meg a szenvedélybetegségben. Én azt gondolom, hogy én hálás vagyok a Jó Istennek, hogy megkaptam azt, hogy nem erőszakoltak meg, hanem egy szeretetteljes kapcsolaton belül tudtam megélni azokat az érzéseket, ahogy én azt megéltem, mert azt gondolom, hogy ezzel az alapot, a szexuális alapot, szexuális kultúrámnak alapot kaptam. Ha egy durva kihasználós történet lett volna, akkor biztos, hogy a férfiakkal való viszonyom már nem olyan lenne és az egész szexualitáshoz sem. Szóval ebben a 2 évben én hogy nem érthettem meg a szüzességem elvesztése történetét, nagyon fontos dolgok ezek a nőknek, ezt nekem senki nem mondta, de most már tudom, hogy ez az egész életre kihatással tud lenni. Amíg nem használtam még, hál isten, ez is megtörtént, hogy benne lehettem egy ilyen kapcsolatban. Egy olyan fiúval, akit úgy éreztem, hogy szeretek, nem akartunk összeházasodni, stb. Azért fontos ez, mert később kihatott a szexualitásra is a szer. Viszonylag tisztább. Szermentesen tisztább. Nekem nem kell szer ahhoz, hogy berúgjak. Most már ezt is tudom. Ma már 20 év után. De ez még fontos momentum, hogy ez még egy olyan tiszta fázisban történt. És akkor vége lett ennek a kapcsolatnak, és a középulinak is.*

A cselekvésforma elkezdéséhez minden kóros szerhasználatban a személyiség aktivitása és döntése szükséges. A fenti elbeszélés részlet azt a speciális mozzanatát mutatja be a betegség történetnek, amely azt tükrözi, hogy a szerhasználat kezdete, a „szociális ivás” még nem kóros viselkedésként jelenik meg az elbeszélő életében. Az ivás ellenére még józanként, „tisztaként”, szermentesként tekint akkori életére. A szerhez való problémás kötődés ideje későbbre tolódik. A rendszerszemléletű megközelítés szerint a tinédzserkori „ivászat”, mint tünet, a rendszer zavarának, diszfunkcionális működésének a terméke. Az ivásnak funkciója van, ami általában a családi stabilitás fenntartására irányul. A rendszer instabilitása az eredeti struktúra szétesését vetíti előre, s ebben a helyzetben az alkoholfogyasztás, majd a hozzá kapcsolódó interakciós minták a problémák elnapolódását, illetve feloldódását eredményezhetik. Azonban jelen kontextusban nem ez történik: az anya, lánya figyelemfelkeltő akcióit figyelmen kívül hagyja, az érzelmi távolságtartás és az intimitás hiánya továbbra is fennáll.

A személyiségfejlődés érzékeny szakaszában „befolyó érzelmi apport” elégtelensége jelenik meg a leírásban, s az ebből fakadó nárcisztikus sérülés. A narkomán személyiség a kölcsönös elfogadás hiányát igyekszik elűzni a szer használatával. (Kolozsi, 2009)



## A DROGKARRIER KEZDETE

*De mielőtt vége lett volna, mindig volt egy érdeklődésem a szerek iránt, egészségügyibe jártam, tanultam is róla, de nem foglalkoztam vele egyáltalán. Aztán ahova iskolába jártam, ott át kellett mennem a belvárosra, és mindig tele volt drogosokkal, ezt mindenki tudta, hogy ott vannak a drogosok, kocsmák, presszók, fixen anyagos cuccosoknak helyek, abban az időben ez nagyon titok volt, azért ez egy másik kultúra volt, mint a mai drogos emberek. Én ott jártam az iskolába, és megismerkedtem egy férfival. 32 éves volt. És én meg 17. Nekem is gondjaim vannak a férfiakkal, apamodell stb. mit keresek én a férfiakban. De megismerkedtem vele, és aztán nem voltunk együtt sokáig, csak pár hónapig, de ő már drogos volt, morfinista volt. Már egy ideje beállt, megélte a saját mélypontját, és akkor ezt azzal a szándékkal, hogy én semmiképp se használjak semmilyen drogot. Mert ő abban a közegben mozgott. Rajta keresztül megismertem másokat is, elmentem velük buliba, ittam is, nem feltétlenül voltam részeg, nem szerettem akkor sem az alkoholt, az ízt, semmit. Csak olyan társasági, de volt néha, hogy lerészegedtem. Nem mindig ittam, nem rúgtam be mindig. Tényleg csak szociális szinten iszogattam. És közben meg abba a házba, ahova költöztem, teltek az évek és ott is kezdtem megismerni a lakókat. Kiderült, hogy ott is van egy srác, akivel megismerkedtem, aki nagyon szimpatikus volt, közben kijártam ezzel a társasággal a belvárosba, és kiderült, hogy ő meg képzős. A képzősben dült az alkohol meg minden ment. Ez a srác akkor már szedett bizonyos szereket. A képző egy középiskola, művészeti szakközépiskola. Oda ömleszt, ott minden ment. Buli, ott volt a belvárosban az iskola, az enyémtől 5 percre. Ez a srác ott lakott a házunkban. Nagyon jó barátom lett. Sosem volt köztünk semmi. Szegénykém ő szerelmes volt belém, de én nem. Nem éreztem felé semmit. Nagyon jó barát volt. A szereket ő már használta. Ez volt az otthoni barátságom. A másik a tér, ahol csupa használók között vagyok, csak még én nem használlok. Ez volt akkor. Aztán kezdtem lejönni erről a 32 éves pasiról, eltelt pár hónap és elég is volt, és kezdtem észrevenni más fiúkat, a korosztályomat. És elkezdett érdekelni, hogy mit csinálnak. Ennyi volt a lényege. Aztán már nem is tudom, hogy mi volt az első szer. A barátom, a képzős, nem járt ki a térre, de ő már anyagozott. Azt hiszem ő adott nekem először ilyen dolgot. Igazából nem is jött be nekem. Nem mozgatott meg a dolog először. Emlékszem arra, hogy hát akkor szedjed, de volt, hogy én azt mondtam, hogy nem. Á nekem nem kell, mondtam én. Aztán később ebbe a téri társaságba, ahol volt egy barátom, akkor a WC-be szoktak (az egy bérelt lakás volt) ezeket most már junkie lakásoknak mondják, később az én lakásom is az lett. És ott szúrtak először a*

WC-ben, és akkor mondtam, hogy én is kérek. Ez volt az első szúrás. Na és akkor azt mondtam, hogy igen, ez kell nekem. Más szúrta be nekem, persze tudtam, hogy mit, mert még gyógyszeriant is tanultam. Heroinok nem voltak ekkor még. Csak ilyen vényre kapható, de több pecsét kellett rá, de később 2 vény kellett, speciális szintetikus szerek voltak. Az sem volt igazán kemény drog, de Magyarországon kábsszernek minősült. Ennek megfelelően nehéz volt hozzájutni. Hamisítani kellett recepteket, pecséteteket, én is csináltam, merthogy így lehetett megszerezni. A pénzbeli értéke piti volt, 12 Ft a '80-as években, nem úgy, mint nyugaton egy gramm 5 rongy, most már drága, de akkor még nem voltak bent az országban, a gyógyszerek hatóanyagképpen benne voltak, azokat szereztük meg, azokat a szereket. És akkor ezt meg hamisítani kellett. Nem kurvulni kellett érte, hanem hamisítani. Szép lassan belefolytam. Mondtam ennek a képzős barátomnak, hogy nekem van egy sokkal jobb szerem, de ő kiakadt, hogy én szúrom magam, nem vagyok normális mondta. Ő bekapott ezt-azt a szájába, az normális. De hogy én szúrom, az kiverte nála a biztosítékot. Szóval a 32 évessel vége lett a kapcsolatnak. Aztán lett egy rakás probléma. Nem is bonyolódnék bele. Ez a barátom azért megmaradt. És hétvégeente együtt jártunk hamisítani, váltani, neki tablettát kellett, nekem meg ampulla. És akkor aztán megismertem az ő barátait a képzőből, az egy szép időszak volt. Hétfégeente mindig mentünk vidékre, aztán használtunk, aztán ők rajzoltak engem a Duna parton. Volt, hogy hozzám jöttek fel, hozzánk lehetett, bármikor, mert anyám nem volt sose otthon, a hűtő is mindig üres volt, kaja se volt. Ennek a barátomnak az anyja óvónő volt, az ő hűtőjük mindig tele volt, ezért szerettem hozzájuk járni. De hozzánk meg szerettek járni. Tőlük kitiltottak egy idő után. Nem volt sok év, később jöttek az iskolában is a nehézségek. És itt térek vissza, hogy bejárok és hogy nézek ki. Bejártam aludni a suliba. Ott voltam én, harmadikos voltam, szakmunkásban. És hát aludni jártam be a suliba. Írtak az anyámnak az iskolából, ott meg azt mondtam, hogy dolgozni szoktam, azért alszok, szóval írtak az anyámnak, hogy ne dolgoztasson, merthogy nagyon fáradt vagyok, de anyám még erre sem kapcsolt semmit. Nem is értem, hogy sikerült nem is észrevenni ezt. Otthon már rendszeres volt a fecskendő, meg a tű használat, tele volt a lakás ezzel. Éjjel éltem, hajnalban érkeztem, megvolt az életritmusom. Az volt, hogy bemegyek az iskolába, ott kihúzó 2-ig, aztán hazamegyek, gyorsan kicserélem a suli cuccokat másnapra, vagy szakmai cuccok, köpeny, stb. magamhoz vettem, alig voltam 1 órát otthon és mentem vissza a térre, és valahonnan beestem az iskolába. Egy idő után már otthon sem aludtam és úgy estem be az iskolába. Ez volt már a vég. Anyám ezt se reagálta le. Még gondoltam is, hogy szólni fog, de nem szólt. Lehet, hogy észre se vette, hogy nem vagyok otthon.

*Még gondoltam is magamban, hogy szegény anyám mit fog szólni. Mert mindig azt mondta, hogy legalább szóljal. Mert akkor még nem volt telefon, mobilunk sem. Első alkalmakkor, mikor nem mentem éjjel haza, még én idegeskedtem, de nem volt semmi, anyám nem szólt semmit. Gondoltam, ha ez így megy most, akkor megy máskor is. Onnantól kezdve akkor mentem haza, amikor én akartam. És onnantól kezdve tudtam, hogy minden úgy van, ahogy én akarom. Nem voltak előttem szabályok, nem várt tőlem senki semmit, nem volt kudarcélményem, nem volt csalódásom.*

*Apukám eközben valamit sejtett, valamit megérezett. Mert a hangulati szintem megváltozott. A szerhasználat által. Apám már nem jött hozzánk, hanem mi mentünk hozzá, mert már nagyok voltunk. Ő közben megnősült, aztán elvált, voltak balhék meg minden. De apámnak feltűnt, hogy megváltoztam, magamba vagyok fordulva, stb. miért vagyok mindig ilyen fáradt, ezek feltűntek neki és megjegyezte. De nem értette. Mivel ennek nincs szaga, mint az alkoholnak pl. meg hogy lefogytam, stb. ő észrevette, hogy van valami. Annyit tudtam, hogy apámmal inkább nem találkoznék, mert akkor nem ad ilyen jelzéseket, hogy valami gond van velem. Éreztem, hogy inkább ritkítani akartam a találkozásokat. Volt egy kirohanásom, de akkor már anyám tudta, talán rám nyitott azt hiszem, elfelejtettem bezárni az ajtót. És a látvány, az elé tárult. Úgy, ahogy van, unblock. És akkor ő behúzta az ajtót maga után, mintha nem történt volna semmi. Aztán várt és berohant és nekem esett, de akkor már sírt. És akkor megpróbáltam lefogni, hogy állítsd meg magad, láttam, hogy meg van örülve. Lehet, hogy ő tényleg nem vett észre semmit és akkor sokkot kapott. Próbáltam kinyomni a szobából. Volt egy ilyen akciója, és innentől kezdve már tudta, hogy mi van egyébként. Az iskolában már lehetett látni, hogy nem fog menni a záróvizsga. 3 év volt a szakmunkás, már csak a vizsgák voltak a végén. Már nagyon úgy tűnt, hogy nem fog összejönni. Le tudtak zárni mindenből megvoltak a dolgozatok meg a gyakorlatok, kórház, rendelő stb. hoztam mindenholnan pecsétetes igazolásokat, de tudtam, hogy ezek pár év múlva ki fognak derülni. Akik előttem voltak drogosok, azok mondták, hogy 1-2 év átfutás. Voltak előttem járók. Volt, már aki le volt állva a morfiumról. Ahol van kezdő anyagos, ott van már öreg junkie is. Azoknak mind volt egy előélete. Amikor mondták, hogy mennek a dolgok, én tudtam, hogy ennek lesz majd hátulütője. Ez egyébként frusztrált a történetben végig. Lett is ügy egyébként belőle később, a papírok hamisításából. Szóval éreztem, hogy nem fogom ezt az iskolát befejezni. A büszkeség, stb. be kellett menni a vizsgákra. Semmit nem tanultam már akkor. Csak bejártam a suliba, de nem tanultam. Azzal a lánnyal, akivel inni jártam, meg szórakozni, megszakadt a kapcsolat. Őt nem vonzotta a drog. Tudta, hogy használom, hogy szurkálom magam, de ő már nem volt barátnőm, mert nekik ez*

*nem tetszett. Tudták, hogy nálam mi a helyzet, de nem tetszett nekik. Hoztak sokszor nekem reggelit. Megvolt a vizsgaidőszak, de nem mentem be vizsgázni. Azért nem mentem be, merthogy így fogok bosszút állni rajtuk. Engem nem fognak megbuktatni. Én nem megyek be azért vizsgázni, hogy kéjesen kijöjjenek, hogy engem meghúznak. A büszkeségem olyan szinten sérült volna, ha engem meghúznak. Rám senki ne mondja ki az ítéletet. Azt gondolom, hogy esélyem se volt, hogy átmenjek. Már egy éve szartam az egészre. Csak aludni jártam be. Függetlenül attól, hogy az előző években nagyon is aktív és érdeklődő voltam. Ki is derült, hogy mi az, ami az én területem lenne. Később azt gondolom, hogy ebben a csoportban (BT) ezt valósítottam meg. Akkor volt az, hogy genetikus akarok lenni.*

*Aztán később változott ez az álmom, mikor még nem merültem be annyira a szerbe, hogy biológus legyek, baktériumokat, vírusokat (ebola, stb.) kutatni, katasztrófaöves területekre mentem volna ki, mikroszkóppal. Tehát ez a két terület, az öröklődés tan és a vírusok érdekeltek. Hajlandó voltam utána menni a könyvtárba, tanulni, olvasni rá, külön felkészülni. Az ezt tanító tanárok nagyon szerettek. Mikor erről volt szó, én mindent tudtam. De később ezeken az órákon nemhogy nem vettem részt, hanem aludtam. Nyilvánosan aludtam. Nemhogy részt nem vettem. Pedig mindenki tudta, hogy ez az én területem. Elég nagy volt a változás, a kontraszt nálam. Nem is mentem el vizsgázni a büszkeségem miatt. Viszont kellett menni dolgozni. És akkor jött egy rendőrségi ügy, vagy már nem is tudom, hogy volt.*

A szenvedélyproblémák folyamattörténete, - amelyet a szakirodalom gyakran emleget drogkarrierként - krízisekkel és dramatikus történetekkel tarkított. Az identitásfejlődési lépések elmulasztása, a krízisek megélésétől, a fejlődési feladatoktól való szorongás a szerhez való meneküléshez vezet. Az elbeszélő életében dominánssá válnak a másodlagos szocializáció színterei, a „tér” szimbolikus térként jelenik meg, az ivás és a szerhasználat szabadságot nyújtó terepeként, benne olyan referencia személyekkel, mint az apafigurát időlegesen pótolni képes idősebb férfi. Az anya tehetetlensége, passzív, energiátlan nevelési stratégiája a szülői döntések felelősségétől való félelemben jelennek meg.

Az „első szúrás” szimbolikus leírása kapcsán említendő a toxikománia jelenségének különös paradoxona: az ún. testhatár-átlépő élvezetforma a szúrással mesterséges nyílást szakít a test kültakarójának folytonosságán, nem pedig a természetes testnyílások valamelyikét veszi használatba. A szúrás tabuja, a környezet szörnyülködése sajátos többlet töltetet ad a narkomániának. (Kolozsi, 2009)

## *JELLEN UGRÁS AZ IDŐBEN*

*Képzeld el most, tegnap, mikor volt a hirdetés hogy sikerült az államvizsgám, diplomát is kapunk, meg oklevelet, akkor úgy éreztem, hogy magamnak tettem jót most azzal, hogy befejezem most a sulit. Most ez magamnak egy jóvátétel, hogy befejeztem valamit. Az érettséginél is, mikor befejeztem akkor nem volt ilyen érzésem. Nem, nem éreztem. Most viszont, hogy mikor mondták, hogy megvan a diplomám, akkor azt éreztem, hogy na, most végre befejeztem valamit. Amit akkor elhalasztottam anno, azt most végeztem el. Persze örülök, a Jó Istennek, a társaimnak köszönve, de e mellett ott van az is, hogy ezt magamnak most tettem jóvá. Sok hasznát nem veszem, de befejeztem valamit és az a lényeg. Mert soha semmit nem fejeztem be. Az első, amit befejeztem az a terápia. Az első, amit nem önfejűen hagytam el. Azt fejeztem be elsőnek. És most már átgondolom, mibe kezdek, hogy be tudjam fejezni. Szóval ez egy ilyen élmény volt tegnap, mintha magamnak jóvátettem volna valamit, amit régen nem csináltam meg.*

Hosszú évek elteltével a felsőfokú végzettség megszerzése olyan elégedettséget hív életre, amely eddig egyszer fordult elő az elbeszélő életében. A terápia sikeres befejezése és a diploma megszerzése közé húzott analógia azt érzékelteti, hogy ezek minőségileg olyan „jóvátételek”, s a konszolidáció olyan mechanizmusai az életút folyamatában, amelyek a régi életben elkövetett hibák, késlekedések, be nem teljesített vágyak kompenzációiként realizálódnak a jelenben. A 12 lépés „kánonjában” az utolsó néhány lépés (8. és 9.) foglalkozik a jelennel, a jóvátételek nyújtásával. E lépések szerint a jelen feladatai közé tartozik a napi szintű önvizsgálat, s az okozott károk helyrehozása.

## *VISSZA A MÚLTBA*

*Szóval vissza régre, 17 éves koromra, nem voltam állandó használó, csak szociális. Fizikailag még nem függtem a drogtól. Voltak, hogy visszaálltak a biológiám, a 3-4 nap szünet megvolt. Elmentem egy kórházba dolgozni, mint nővér, és hát ott is hamar kijött, hogy akkor jött a következő lövésem, hogy műtőben akarok dolgozni. Az érdeklődési köröm, meg a hozzáállásom, az arról szólt, hogy nekem az ápolónői státusz kevés. Aztán körülöttem elkezdtek gondolkodni a főnővér, stb. és beiskolázni akartak, hogy a műtőben dolgozhassak velük. Mert fantáziát láttak bennem. Nem is rejtették véka alá, pár hónap munka után volt ez, hogy nincs- e kedvem iskolába járni, és akkor bemehetnék a műtőbe. Először csak nézni, azt*

*gondolom, hogy láttak bennem fantáziát, ahogy hozzá álltam az egészhez. És én elkezdtem kirámolni a szekrényt. Tudtam, hogy hol a kulcs, tudtam, hogy mikor nincsenek ott, mikor hol kell lenni. A lényeg, hogy volt egy olyan féléves időszak, hogy akkor nagyon keményen ráálltam a morfiumra, és végig tudtam, hogy ki fog derülni a kórházban. Később már csak éjszakákat vállaltam, hogy ne kelljen emberekkel találkoznom. A lényeg az lett, hogy végül is én nem bírtam tovább ezt a feszültséget, mert büntudatom volt, hogy emberek hogy állnak hozzám. Anyám semmi, napokig nem láttuk egymást, nagyon laza volt már közöttünk a családi helyzet. Inkább már nem is volt család akkor. Ebből a történetből úgy jöttem ki, hogy már volt egy felfüggesztésem a recepthamisítás miatt. Jártunk vidékre, Szegedre is, pl. mákért. Na, mindegy. A lényeg, hogy direkt túladagoltam magam, mert azt gondoltam, hogy majd valami akkor történik. Olyan feszült voltam, hogy mindig be kellett menni dolgozni, és már nem tudtam a szemükbe nézni, lelkiismeret furdalásom volt. Tudtam, hogy mennyire szeretnek, abban a stábben, abban a közegben. Tudtam, hogy visszaéltem a szeretetükkel. Közben megismerkedtem egy fiúval, az egyik nagy szerelmem lett. 2 évig jártunk. A kórházban ismerkedtünk meg. Kiderült, hogy régen ő is anyagozott. De már nem anyagozik. De nem esett vissza mellettem ő sem. De én nem tudtam kianyagozni magam, mert csak ittam. Kiderült, hogy én vittem mindent el a kórházból. Szándékosan túladagoltam magam.*

*Rosszul is lettem, ez a fiú vette észre, hogy nem úgy néztem ki, mint egy beállaskor. És akkor bevitték a kórházba, túladagolással. Nem is volt belőle semmi, egy pszichológusnak elmondtam ezt az egészet, mikor ott beszéltem vele. Nem kellett kezelésekre járni meg hasonló. Ennek az egésznek a lényege, mikor bejött a főorvos és a főnővér, és azt mondták, Noémi, maga olyan fiatal, nem akarjuk, hogy ilyen fiatalon elintézzük az életét és nem jelentjük fel. Ez nekem egy késszúrás volt, hogy így átvertem őket és ők így reagálnak. Olyan megtiporva éreztem magam, mint még soha. Akkora sérülést kapott az egóm, akkor még nem tudtam, de most már tudom, hogy azóta sem találkoztam olyan emberekkel, mint akkor azok, akik ott voltak mellettem ők ketten. Azóta sem találkoztam pedig ez már 20-25 éves történet. 20 éves voltam kb. abban az időszakban. A lényeg, hogy nem lett az ügyből semmi, mert nem jelentettek fel. De a kórházban ott kellett dolgoznom, de más munkakörben, mert leminősítettek. Ott még 2 évet kihúztam, egy feltétellel, hogy nem szabad drogokat használnom. Ha észreveszik, akkor rögtön kiadják az ügyemet a rendőrségnek. És akkor nem maradt más csak az alkohol. De azzal nem sikerült olyan mély barátságot kialakítanom.*

Az utolsó középiskolai évek munkával telnek. Azonban a munkahely kiválasztása valójában fokozott stimulációt jelent a szerhasználó személyiség számára, olyan színteret, ahol a kémiai

szerhez való hozzáférés lehetősége adott. A munkatársak bizalma, a reményteljes kezdet, amely társadalmilag elfogadott, kifejezetten produktivitást eredményező aktivitásban nyilvánulhatna meg - kudarcba fullad. Jelentős, akár sorsfordító mozzanatként azonosítható a jelentős mások, mint referenciaszemélyek töretlen bizalma, hozzáállása az adott helyzethez. A túladagolás mozzanata olyan cry-for-help, segítségkérő kommunikáció, amely akár paraszucidiumként, egyfajta öngyilkossági gesztusként is értelmezhető.

## TUDATOSULÁS

*18 éves koromban egyszer nem volt szer, akkor azt éreztem, hogy nagyon fázok. Akkor felöltöztem, de akkor izzadtam, levetkőztem, stb. észrevettem, hogy izzadok és fázok is egyszerre. Aztán jött a hasmenés, aztán jött a hányás, és akkor már összeállt a kép, basszus arról van szó, hogy nincs anyag. Nem beteg vagyok, hanem egyszerűen nincs anyag. Azt mondtam, hogy akkor menjünk, szerezzünk anyagot, ennyi. Csak onnantól kezdve tudtam, hogy mindig kell, hogy legyen nálam anyag. Nem maradhatok a nélkül. Ezekre a biológiai folyamatokra vezethetem vissza a saját testem megismerését. Később már arra a stációra eljutottam, hogy mi zajlik a szervezetemben, mikor épül, mikor ürül a szer. Volt, hogy utána is néztem, melyik szer mire hat, mi közömbösíti egymást, stb. szinte óramű pontossággal tudtam, hogy 3 óra múlva el kell jutnom odáig, hogy éppen akkor hasson. Ha új szert váltottam később mák teát ittam és az gyomorból szívódik, ha üres gyomorral csinálod, akkor is 15-20 perc, mire hat. Abszolút mindent tudtam. Még csak azt se mondhatnám, hogy felelőtlen voltam. Minden szart én nem kapkodtam be, soha nem csináltam ilyet. Na, akkor jött 2 év garantált „tisztaság”. Alkohol volt benne, hébe-hóba gyógyszer is, 20-22 éves kor közt, ezzel a fiúval is eddig tartott a szerelem. Aztán szétmentünk. Abba kicsit belerokkantam. Le is telt a 2 év, és elmentem dolgozni Balatonra, egy vendéglátóhelyre. Ott voltam egy nyarat csak. Akkor és ott estem vissza egyébként. Hát ugye vendéglátóhely, éjszakai mulató. Tehát annyi pia, mint a ház, annyit lehet inni, amennyit akarsz. Persze dolgozni is kell, de ha utána be akarsz rúgni, az a te történeted. És én szó szerint mindig le voltam részegedve. Én voltam az, aki, amire bezártunk, már le is részegedett. Engem mindig úgy kellett berakni az ágyba. Merev részegre ittam magam. Borzasztó volt egyébként. Utáltam magam és az állapotot, de valamivel ki kellett magam ütni. Hát akkor volt egy ilyen egyhónapos történet, mikor ilyen bensőséges kapcsolatba kerültem az alkohollal. A szerelem annyira megviselt, hogy vége lett, hogy megviselt. Mivel nem volt anyag a környéken, találtam egy másik kapcsolatot, aki*

*egyébként valóban kapcsolat lett. De ő meg ismerte a helyi patikust. És a helyi patikustól meg tudta nekem hozni azokat a dolgokat, amiket én kértem tőle. Ugyan nem tetszett neki a dolog, de még mindig jobb volt, mintha állandóan be vagyok rúgva. Neki se volt érdeke, egy részeg nőt megdugni, abban mi a ráció. Merthogy vele ilyen kapcsolatban voltam. És a kölcsönös érdek elvezetett oda, hogy megint rajta voltam az anyagon. Megint rátettem magam. És akkor vége lett a nyárnak. Egy hónap italozás, aztán vissza az anyagra szóval.*

A függőség tudatosulásának érzékletes leírását kapjuk a fenti szövegrészletben. A testi folyamatok, az impulzivitás és az impulzus-kontroll zavara mutatkozik, a függőség egyik ismérveként, amelynek során megtörténik a szerhasználat feletti kontroll elvesztése. Az impulzivitás koncepciója (Moeller és mtsai, 2001) három tényezőt foglal magában a szakirodalmi leírások alapján, ezek mindegyike azonosítható a történetben: Csökken az érzékenység a viselkedés negatív következményei tekintetében; az ingerekre adott válasz gyors, nem tervezett; s a hosszú távú következmények figyelmen kívül maradnak.

### *HIT, VALLÁS, GYÜLEKEZET*

*Aztán otthon már sűrűsödtek a problémák, a húgom körül. Mert ő olyan kapcsolatokat létesített, hogy az ember ki tud térti. Összeállt egy cigány csávóval, azok otthon csinálták a cirkuszt anyámnak meg apámnak. Én egy ilyen közegbe mentem haza, mikor vége lett a nyárnak. Aztán én tovább anyagoztam. Itthon már tudtam, hogy szerezzem be. Itt Pesten már könnyű volt. Balcsin is végül is megoldottam könnyen. Szóval 22 éves koromban kb. nem mertem már dolgozni, az anyám eltartott. Néha dolgoztam egy-két hónapot, de csak azért, hogy onnan is elhozzak valamit. Akkor már nagyon gátlástalanul dolgoztam. Néha már loptam is. Nem volt már előttem kép, semmilyen szinten. És ebben a helyzetbe fogta magát az anyám és itt jön be az, hogy került ki Izraelbe. Akkor még úgy voltam, hogy azt a fiút még visszaszerzem, és találkoztam is vele. Ő mondta, hogy ő megtért, gyűlibe jár, menjek el vele. Gondoltam, hogy majd visszaszerzem. Ez volt a motivációm. Ezért még egy évig képes voltam leállni ezért a fiúért. Képes voltam gyülekezetbe járni érte. Ja, kimaradt, hogy még 18 éves koromban, apám reakciója hogy kiderült, hogy anyagozom, beraktak egy pszichiátriára, kiskorú voltam még, ott kellett maradnom. Zárt pszichiátria volt. 17 évesen, ott beleszerelmesedtem az 57 éves pszichiáterbe. Ott kb. 2 hetet töltöttem, míg a fizikai elvonás elment, aztán hazaengedtek. Semmi nem történt. Okosakat mondott a pszichiáter, én meg úgy éreztem, hogy szerelmes lettem belé. Kb. 50 éves lehetett. Azért voltak ilyen történetek. Szóval*



*e miatt a fiú miatt félre tettem ezeket a dolgokat, a családnk meg egészen szétzilálódott. Én meg elmentem a gyülekezetbe, megtértem.*

A vallásos közösségek involvációs karakterisztikumai, s a közösséghez tartozás erős igénye a szenvedélybeteg részéről gyakran eredményezhetnek olyan konzisztenciát, melynek hatására a vallásos értékeket és a közvetített normákat átvéve a szerhasználó időszakosan, vagy tartósan absztinenssé válhat. Új, védett viselkedési térben való mozgás lehetősége adódik számára. A közösség eszmeisége olyan identifikációs felületként funkcionálhat, amelyben a megtérés jelensége társadalmi szerepet is kínál.

### *A CSALÁD SZÉTESÉSE*

*Aztán anyámat és húgomat is elvittem oda. Azok is megtértek. Anyámnak jött a következő örülete, hogy neki a Szentföldre kell kimenni, mert neki ott van a pályafutása, ott kell folytatnia. A lényeg az, hogy a húgom meg terhes lett. Megérett a gondolat, hogy ők jártak gyülekezetbe én meg nem jártam, mert éreztem, hogy nem fogom már visszkapni a fiút. Újra anyagozni kezdtem. Aztán anyám meg mondta, hogy neki a Szentföld. És hogy ő kimegy a húgommal. Pont meghalt az apja, örökölt pénzt, és kiment a húgommal Izraelbe úgy, hogy én nem is tudtam róla. Fogták magukat és kimentek. 3 nap után feltűnt, hogy nem jött haza senki. Még mindig ugyanúgy állt minden, ahogy előtte. Nem értettem, hol vannak ezek. Anyagoztam én közben. Aztán 3 nap után éreztem, hogy ilyet nem szoktak csinálni. Soknak tartottam. Aztán gondoltam, elmegyek a barátnőjéhez, hogy tud-e róla valamit. Aztán ő mondta, hogy igen tud róla és hogy hagyott nekem egy levelet. Az volt a levélben hogy elmentünk nagyon messzire, ne is keressél minket, majd ha eljön az ideje, akkor jelentkezek. Ennyi volt a levél. Semmit nem tudtam eztán róla. Egyikről sem. És akkor iszonyú csalódott voltam. Keserű, dühös. Később visszagondoltam, rájöttem, hogy feltett olyan kérdést nekem hogy mit szólnék, ha külföldre mennénk én meg csak flegmán mondtam, hogy én nem megyek sehova. Később erre hivatkozott, hogy én anno ezt mondtam, de szerintem semmi komoly beszélgetés nem volt erről. Később ő írt erről egy könyvet, mert ez a mániája. Leírta ezt az egész történetet benne, hogy ő kimenekíti a húgomat, mert terhes volt a csávójától. Aki egyébként eléggé nem egy hétköznapi eset volt, mert éppen körözés alatt állt a fiú. Emberölési kísérlet miatt. Nem egy káposzta tolvajról beszélek. Jogos volt a félelme a húgomnak. Állandóan gypálta, láttelelet vétel stb. de semmit nem csinált a magyar hatóság, stb. hiába törte el a kezét, stb. semmi nem történt apám, semmi.*

A szocializáció fogalmának, értelmezési keretének kiterjedésével a családról alkotott megközelítések is változóban vannak. Gillis (1996) szerint a család és a családkép fogalma nem azonos. Az utóbbi, a családtagok között fennálló fizikai és mentális távolság következményeként olyan szimbolikus családként funkcionál, amely „a megjelenített életpályákon, életmódokon, mintákon át a társadalmi környezetre, a családi és az egyéni jellegzetességekre egyaránt reflektáló bonyolult rendszert hoz létre.” (Boreczky, 2004) A reális család megkülönböztetése attól a képtől, amely bennünk alakul ki a családunkról, más szerzők elméleteiben is fontos szerepet játszik. Ezt a belső képet Laing (1964) „leképeződött” családnak nevezi. Identitásunk megfogalmazása szempontjából ez az inherens kép szolgáltat keretet, ám akkor segíti elő az én definiálását, ha a család tagjaiban a leképeződés egymáshoz illeszkedően megy végbe, azaz reciprok identitások jönnek létre.

## MÉLYREPÜLÉS

*A csávó meg nem dolgozott, és előbb utóbb nyílt rablásba került. Persze nem mert hozzánk hazajönni, szinte már ott lakott nálunk, és az anyám meg nem tudta kitenni. Nem volt benne annyi, de én ki tudtam tenni, de anyám nem. Anyám neki nem volt ellenfél, de én igen. A lényeg hogy anyám kimenekítette a húgomat külföldre, ezt a csávót később elkapták, és akkor börtönbe került, nem tudom mennyi időre, addig a húgom kint megszült, és ott elkezdtek az életüket, és aztán ott is nehéz lett, pont az Öböl háborút ott élték meg. Én meg itthon anyagoztam. És rettenetesen keserűen éreztem magam, és hogy ne érezzem magam egyedül, gyorsan férjhez mentem. Egy évig tartott szintén egy anyagos sráccal. Akiért az anyja jött el, a kicsi fiáért. Nem is szerettem soha azt a fiút. Régi ismerősöm volt, semmi nem volt vele, de nem akartam egyedül lenni. 23-25 körül voltam akkor. Ez egy nagy baklövés volt. Egy év után el is ment. Próbáltunk normálisan élni. Egyikünk sem bírta a drog nélkül azonban. Aztán egy év múlva elváltunk, és akkor még egyre mélyebbre jutottam. Már csak szúrtam magam, anyagoztam. Teljesen világos volt, hogy időnként befeküdtem az elvonóra, rendőrségre mentem, recepthamisítás miatt, lopások miatt, boltban rendszeresen loptam, ismertek már ránézésre, be se engedtek néhány boltba. Nagyon eldurvultak a dolgok. Már én is nagyon eldurvultam. Kinézetre is, morálisan, mindenhogyan. Elkezdtem lepusztulni. Nagyon ramatyul kinézni, már remegtem, nem csak szimpla elvonásaim voltak, de remegtem, instabil voltam, borzasztó volt ez az időszak, ez már a szerhasználatnak a negatív oldala volt, itt fordult meg, hogy le kéne állni. 23 évesen, még kb. 4 évig húztam. Nem, itt megfordult először, és életem*

*első rehabjára itt kerültem be. Nem tudom, mert keverednek, nem tudom... 4szer voltam rehabon. Mélyrepülés volt ez a 4 év. Elváltam, a húgom hazajött, a pasija kiszabadult, akkor oda akarta hozni a lakásba. Anyám lemondott a lakásról és átíratta a nevemre, amihez soha nem fizettem rezsit, volt, hogy kikapcsolták az áramot. De a húgom tartósan végleg hazajött, hogy a pasival együtt lehessen, a gyerekekkel együtt, és ő tartotta fenn a lakást. A gyerek 3 éves volt. Kitalálta, hogy ők most együtt fognak élni ott nálam. De én nem engedtem meg, hogy a pasi ott éljen. Életvitelszerűen nem tartózkodhat ott. Aztán, ahogy durvult a szer, egyre többet voltam kiütve, és már nem is tartott tőlem és már egy idő után ott élt. De továbbra is verte a húgomat és már a gyereket is. Ezt már én nem toleráltam. Képzeld, hiába mentem rendőrségre, senkit nem érdekelt. Halál komolyan mondom, senkit nem érdekelt. Ennek a vége az lett, hogy a csávó agyonverte ezt a kislányt. Kijött a rendőrség. Címlapon szerepeltünk az újságban. A saját gyereket a szó legszorosabb értelmében agyonverte. Én anyagoztam, de láttam, hogy mit csinált. Rendszeresen elmentem a rendőrségre feljelenteni. Nem tudtam, hogy van családsegítő. De a rendőrök úgy kezeltek, mint egy drogot. Voltak már nálam házkutatáson. De azt gondolták, hogy valamiért én túlzok, stb. de nem vettek komolyan. Egy idő után úgy gondoltam, hogy ha ti nem vesztek komolyan, akkor nem fogok ide járogatni. Otthon nem változott semmi, tovább verte a gyereket. És egyszer a gyerek olyan ütést kapott, hogy elájult. Épp én akkor elvonón voltam. Akkor már a Rigónál voltam. Telefonált a húgom, mert bevitték őket a rendőrségre, de ott a pasi mellé állt a húgom. Ezek után a húgom is másfél évet ült. Mert később meghalt a gyerek a kórházban. És az volt a baj, hogy a húgom is azt mondta a pasival együtt, hogy a gyerek leesett a mászókaból. Pedig a veréstől olyan bevérzésesei lettek a kisgyerekeknek, hogy ettől halt meg.*

*És ennek egy tanúja lett volna a húgom. De ő a csávó mellett állt. És ugye én is tanú, de hát drogusként nem vesznek komolyan. Az hiszem 1 héten belül meghalt a kislány, a szíve felmondta a szolgálatot, levették a gépről. A húgom bekerült pszichiátriára. Én meg kikerültem a kezelés végén. Metadont kaptam, de azt eladtam és helyette vettem mást. Meglett a tárgyalás és a csávó 25 évet kapott, én voltam az egyetlen tanú, aki nyilatkozhatott volna, mert a húgomat is elítélték, mint társ tettet másfél évre. Így zajlott le a tárgyalás. És akkor eltűnt mindenki a lakásból, megint egyedül maradtam. Egyszerűen kihaltak mellőlem.*

*Ez a történet bennem úgy van, hogy hát semmit nem érzek, olyan, mint egy cipőlopás. Sok munkám volt benne, hogy a csávó elkotródjon. De a húgom megcsinálta, hogy a csávó berúgott és a gyereket hozzám hozta át a húgom, hogy a gyerek ne lássa, hogy a húgomat veri a csávó. Én meg közben be voltam állva. Mint az életemben levő esemény, hát úgy benne van,*

*de csak, mint egy esemény, de nem több mint bármelyik más esemény. Mondjuk sok energiám ment el erre a történetre, de én anyagoztam és akkor olyan bódult voltam, annyira nem voltam a realitásban, hogy ezt se igazából úgy éltem meg, csak úgy megtörténtek a dolgok. A brutalitás szerintem azért nem érintett engem annyira, mert se sírni nem tudtam, a gyerekekhez sem kötődtem annyira, a húgomhoz kötődtem, de a gyerekekhez nem. A húgom sokkal előrébb volt. A gyereket szerettem, de a verést amúgy nem fogadtam el, nem ebben nőttek fel, a húgom viszont elfogadta, mi több belement. Hagyta ezt az egészet. Én ezzel szemben mentem állandóan. Nekem állandó konfliktusom volt ezzel a pasival, állandóan távol tartani. Voltak akciók, mikor apám meg én összedolgoztunk. De én rám nem nagyon lehetett számítani. Vagy ki voltam ütve, vagy buliban voltam.*

A trauma nyomai általában tudattalanul rögzülnek az implicit memóriában, gyakran elérhetetlenek szimbolizált, reflektált formában, s így viselkedéses szinten jelennek meg. (Lénárd, 2008) Az eseményre való emlékezés, annak felidézése során az eredeti tartalom fantázia transzformáción mehet keresztül, a valódi emlék helyett konstrukció jelenik meg, amely már az elbeszélő jelenlegi állapotát, működését tükrözi. A gyermek erőszakos halálának leírása, az elbeszélő távolságtartása az élménytől, a passzivitás, a realitáson kívüli lét ezt a transzformációt tükrözi. Már túl a droghasználat nyilvánossá válásának sajátos „coming out”-ján, a tragikus történet a család teljes teljes dezorganizációját mutatja, a rendszer szétesését.

### *HÁZASSÁG, SZÜLÉS – TISZTA/SZÁRAZ, MOTIVÁCIÓK*

*Ott 4 év homály van. Szerintem volt abban rehab is. Volt egy csomó kezelés is. Voltak mélypontok. Érzelmi és biológiai is. Kiszáradtam, remegtem, nem tudtam írni. Vannak ilyen emlékeim. És akkor kikapcsolták a villanyt, gyertyázni kellett, egész éjjel ment a forgalom a lakásban, már a szomszédok is szóltak. Egyre több volt a házkutatás, volt, hogy már engem is bevittek a rendőrségre. Szörnyű volt. Ekkor vált a lakásom ilyen junkie-tanyává. Utáltam ott lakni, ott élni. Utáltam magamat is, meg az egész világot is. De amikor először úgy gondoltam, hogy változtatok az életemen, az 26 éves koromban volt. Ja, 25 voltam. Elmentem rehabra, 9 hónapot. És ott beleszerelmesedtem valakibe. Ez volt a harmadik szerelmem. Ott volt ő is a rehabon. Én már ott voltam régebb óta, fél éve kb. és úgy érkezett ő meg. Ez egy keresztény mintára épült rehab. Ráckeresztúri rehab. Akkor még koedukált volt, utána már nem vettek fel lányokat. Voltak ott események, pl. mi is együtt léptünk le. Ez a szerelem nem*

visszhangtalan. Ott a rehabon visszaestünk, mindketten, és még hárman rajtunk kívül. Merthogy ott elkezdtünk használni szereket. A faluba már biciklivel át lehetett menni, és így megcsináltuk. És akkor eltelt pár hónap, és akkor úgy döntöttünk ezzel a fiúval, hogy eljövünk. És akkor ez a kapcsolat... ő a fiam apja egyébként. Ebben a hét évben van a gyerekszülés, és akkor neki is volt lakása, nekem is megvolt a lakásom. Az egyiket kiadtuk, abból éltünk, a másikban meg laktunk. Meg eltartottak az ő szülei, meg az anyám kintről. Mi nem dolgoztunk. De anyagoztunk közben. Megszületett a gyerek. 27 éves voltam, mikor megszületett. És akkor le akartunk állni. Elmentünk egy magánorvoshoz, akinek az anyám fizetett, amikor terhes lettem, hogy lejöjjenek. Én nagy csalódásnak éltem meg, hogy ezt ő nem bírja tovább, az elvonást, és inkább újra kezdi, ezt mondta a férjem. Ja, mert közben össze is házasodtunk. Visszaesett mellettem, és nekem meg már nem volt visszaút, ott voltam terhesen. Azt egy nagy átverésnek éltem meg. Akkor úgy éreztem, hogy akkor elhagytak. Merthogy ezt együtt beszéltük meg és egyszer csak kifarolt belőle, hogy nem csinálja meg ezt a leállást. Ő dolgozott otthon, mint zenetanár, mert ő egyébként tanított otthon, mert zenetanár. Valami pénzünk volt, de azt nagy törésnek éltem meg, hogy így cserbenhagyott. Abban voltam, hogy megszüülöm a gyereket és úgyis szert akarok használni. Az önmagában kevés motiváció volt, hogy a gyerek a hasamban volt, az volt erős motiváció inkább, hogy ne legyen beteg. De utána alig vártam a pillanatot hogy kijöjjön, hogy újra használhassam a szert. Iszonyat vártam. Abban a pillanatban a férjem, ahogy mondta, hogy nem akar leállni, abban a pillanatban tudtam, hogy a szülés után én is szert fogok ismét használni. Tudtam, hogy használni akarom a szert. Aztán el is kezdtem használni, újra együtt kezdtük használni, egészen mélyre is kerültünk. Ahogy a gyereket neveltük, az minden volt, csak nem nevelés. Hát be is került a családsegítőbe, jött a gyermekvédelmis, borzasztó volt, mert később a lakást tárgyalásra adták, eladtuk az ő lakását, már abból éltünk. Aztán már ezt se tudtunk fizetni, akkor el kellett költözni. Az nagyon ciki volt, a családsegítők már ismertek. Nagyon kellemetlen volt. Volt, hogy kirúgtam őket, nem lehetett velünk kapcsolatba kerülni.

Ennek az egésznek a következménye az lett, hogy egyszer csak fogták és elvitték a gyereket. Ja. És akkor úgy megint többször, de akkor már sejtettük, hogy ez így, olyan mélyen voltunk mindketten, megpróbáltunk, jó akkor terhesen nem használtam, aztán ismét, de egyébként kétszer volt ilyen, kétszer egy évig volt ilyen száraz időszak, egyszer, amikor a börtöntől féltem annyira, hogy nem mertem használni, de tudtam, hogy amint lejár, akkor fogok, a másik hogy nem akartam beteg gyereket. Ez a kettő volt az indikációm. Ez a két időszak volt, ami absztinens voltam. Semmi más változás nem történt az életemben, csak szert nem használtam.

*Semmi változás nem történt, hiába voltam száraz. Ezzel a két motivációval. Ugye így el lehet gondolkodni, hogy a félelem meddig képes motiválni? Meddig? Félek e valamitől? Ezek nyomán én már megtanultam a félelem önmagában nagyon kevés bizonyos dolgokra. És akkor, már nagyon sok mélypontot megéltünk, volt nekem már halvaszülésem is, meg össze tudtam szerezni ez alatt a pár év alatt, jó pár tapasztalatot a világhoz. Próbálkoztunk mi leállni, ő elment kórházba, én voltam otthon a gyerekekkel, de mindig az lett a vége, hogy vittük egymásnak az anyagot. Ez borzasztó volt, nem is kellett megbeszelnünk, tudtuk, hogy szarul leszünk és kész. Volt olyan, hogy terhes voltam és úgy elvittek minket együtt elvonóba. Ez alaptól kizáró lenne, de kaptunk egy külön szobát, de azt se bírtuk. El kellett menni anyagozni, onnan is. Voltak itt próbálkozások, de hát, lehet, hogy a motiváció sem volt meg. Nem jöttek össze a leállások. De egyre mélyebbre jutottunk, egyre kevesebb pénzünk lett, a gyereket elvették, egyre jobban eladósodtunk, durván is néztünk ki, én azt gondolom. És akkor megbeszéltük, hogy el kéne menni rehabra, valahova. De külön-külön. Azt már a kórházi kezelés nyomán tapasztaltuk, hogy együtt nem fog működni. És legalább egy évig nem is kéne beszelnünk egymással és utána kéne találkozni. És nem kéne számon kérni, hogy a másik mit csinál abban az egy évben. Ezt megbeszéltük szóban, de aztán megint beálltunk. Érdekes módon végül is elment ő is rehabra, na, ennek nyomán történt velem az hogy ismét egyedül maradtam és akkor belekerültem egy olyan helyzetbe. Közben a gyereket elvitték gondozásba, és onnan kivette a család, az ő családja, az apjának a testvére. Rokonoknál volt. Az ő unokanővére magukhoz vette. Ott volt két gyerek, családi házban, jó körülmények között éltek, és ők vették magukhoz, évekig ott nevelkedett. 4,5 éves korától. Talán 4 évig volt ott a gyerek. Utána egy évre megkapta az apja. És akkor egy évig volt nála, aztán utána került hozzám és azóta nálam van. Nem, 10 éves korában találkoztam vele újra, és olyan 2 év után került hozzám gyakorlatilag. Harmadikos volt általánosban mikor hozzám került. Nem, a gyerekek csak 15,5 évesek. Én 7 éve élek vele. Most lesz 16 éves. És ő meg oda került. Én meg akkor történt az, hogy nem láttam más esélyt, mint kiugrani az ablakon. Aztán kiugrottam és eltörött a gerincem. Ez egy drogos helyzet volt, egy drogos pasimmal. Ki akartam lépni belőle, nem ment, rám zárta az ajtót, én meg kiugrottam az ablakon. Az első emeletről, de ennek is meglett az eredménye, mert kettétört a gerincem. Bekerültem a kórházba, ott műtét, a bizonytalanság, mert kétséges volt hogy felállok-e újra, nemhogy megyek. Utána egy évig voltam mozgás rehabilitációban, ahol újra tanultam járni, naponta két tornával. A műtét alatt a fél tüdőm összeesett. A zsebkendőt nem tudtam megfűjni, ennyi levegő nem volt a tüdőmben. Ekkor kezdtem ágyban tornázni, átmászni a tolokocsiba, hónapokig éltem a tolokocsiban. Utána megerősödtem kicsit, jött a mankózás, egyre kisebb mankó. Végig merevítőben kellett lennem.*

*Iszonyú volt. 9 hónapig ment ez az egész, hogy újra tanuljak járni. Lehoztak az anyagról, nagyon lassan. Nagyon finoman csinálták. Ott is loptam gyógyszereket éjszaka, amint tudtam járni, újra megtaláltam a nővérszobában a gyógyszereket. Ott volt időm gondolkodni, mégis mit csináltam én az életemben. Ott nagyon sokat tanultam a körülöttem levő emberektől. Mi is az alázat? Később kaptak értelmet a dolgok. A lényege az, hogy innen kijőve úgy volt, hogy elmegyek egy rehabra, aztán kálvária volt. Elmentem, de onnan köröztek, kiderült, hogy országosan köröztek, visszamentem Pestre, de nem akartam visszavinni, mert azt mondták, hogy be vagyok állva, de nem voltam. Elküldtek, hazamentem, megint visszaestem, megint elmentem rehabra, az is egy keresztény rehab volt, ott voltam... Használtam megint egy évet, keresztény rehabon ott voltam 9 hónapig, ott felvettem a gyerekemmel a kapcsolatot, ennek öröme megint betéptem, heroin... ha nincs más, az is megteszi, azt nem szeretem amúgy. Egy heroinista lánnyal behozattam. El is vágtam ezzel a gyerekkel a kapcsolatot így. Akkor még ott volt a férjem családjánál. Akkor megint kirúgtak, utána még otthon pár hónapig voltam.*

A problémás szerhasználat dependenciává transzformálódik. Az elbeszélő segítségre szorul, ugyanakkor ő az, aki egyben „ártalmakat is termel”, mind saját maga, mind pedig a szűkebb környezete és a tágabb társadalmi vonatkozásokban is. Az ártalom több módon is megjelenik: szomatikus és mentális egészségügyi problémákban, a különféle szociális szerepekben való működés elégtelenségében, teljesítmény-romlásban, a munka és a tanulmányok elhanyagolásában, a családi kapcsolatok megromlásában. Mindössze a beteg gyermek víziója, ami motiválja a változásra, ám az is időszakosan. Az életében bekövetkező életciklus váltások nyomán nem történik meg az átmenethez szükséges másodrendű változások megélése, a gyermek megszületése ellenére sem válik anyává. Mind a személyiség, mint a társas kapcsolati rendszer dezorganizálódik. Az öngyilkossági kísérlet próba a kilépésre, a káros minták megszakítására.

## *A 12 LÉPÉS*

*Ott hallottam a 12 lépéses programról, lejött a Kovács Attila Pécsváradról, még most is emlékszik rám, mondta, hogy anno úgy be voltam állva. Ő hagyta ott a 12 lépéses könyvet. És akkor csak így érdeklődésképpen elkezdtem forgatni, olvasni. Ott voltam rehabon, és arra jutottam, hogy közben a férjem is eljutott, mert ő meg Pécsváradon fejezte be a terápiát. Már időnként beszéltem vele, vagy olyan emberrel, aki ismerte. Kétszer beszéltem vele ez alatt az*

idő alatt. A lényeg, hogy hallottam erről a 12 lépéses programról és elkezdtem olvasni a könyvet, azt is tudtam, hogy a férjem is ott józanodik. Új szó volt ez nekem. Elkezdtem olvasni a könyvet. És akkor arra gondoltam, hogy ha majd eljutok arra a szintre, hogy még egyszer rehabra megyek, akkor biztos hogy 12 lépésesre fogok menni és az lesz az utolsó. Mert többet nem akarok menni kórházba. De ehhez még nem voltam mélyponton. Azt mondtam, ha olyan lépésre eljutok. Ez volt az egyik motiváció. A másik meg, hogy a férjem már úgy nézett ki, hogy 9 hónapja tiszta. Ilyet én még nem hallottam. A 12 lépéssel. Jár egy programba, és gondoltam, arra már én is kíváncsi vagyok, mi az a program, hogy ennyi ideje nem használ szert. Mert hát előtte napi szinten használtuk. El nem tudtam képzelni 9 hónap tisztaságot. Elolvastam ezt a könyvet és falhoz vágtam. Mert akkora igazságok vannak benne. Mert az azonosulás, a fő pont. De ez ment is. Nekem nem kellett, hogy azonosuljak vele, mert abszolút azonosultam vele. Azért vágtam falhoz, mert dühös voltam, hogy ilyen őszintén nem hallottam még beszélni az embereket arról, ami velem is van. Ugyanezeket megéltem, azt én tudom, hogy 17 év szerhasználat alatt volt egy csomó leállási kísérlet, háromszor voltam fenntartó metadonon, 9-szer voltam úgy, hogy komolyan gondoltam a leszokást, csomószor volt, hogy mentő elvitt, kórházban mindenhol ismertek, elég nagy szégyen volt. Hol ez a lábam volt begipszelve, hol a másik. Már nekem is elegendő kezdett lenni ebből. Ezeket sose mondta nekem senki, amiket ebből a könyvből olvastam, hogy figyelj apám te beteg vagy. Te függő vagy, mi a függőség, betegség lényege, ezt nekem sose mondta senki.

Szóval itt találkoztam a 12 lépéssel. Akkor még nem voltam gyűlésen, csak megfogalmazódott bennem, hogy ha ismét visszaesek, ami később ismét bekövetkezett, akkor én nem megyek a rehabra, csak a 12 lépéses programmal fogok próbálkozni. Aztán behozták a heroint, aztán vissza is estem a rehabon, aztán el is küldtek. Aztán nem sokkal ezután kezdtem, egy olyan 2 hónap telt el, még nem voltam olyan mélyen, jelentkeztem egy rehabra, amiben a 12 lépés tükrében megy a terápia. Ez benne van. És akkor így jutottam el a Szénára. (Kovácsszénája). Azért oda mentem egyébként, mert Komlón még nem volt kint a program, másrészt meg Komlóról küldtek el, hogy be vagyok állva, tehát ott már voltam, Pécsváradra meg nem akartam menni, mert ott volt a férjem. Mert ilyenek voltak bennem, hogy ezek tudnak mindent rólam. Akkor nyílt Kovácsszénája. És ezért mentem inkább oda. Az országban nincsen máshol, csak ezen a három helyen a 12 lépéses program. Kizárásos alapon jutottam el ide. Én mentem le ide. És akkor elmentem terápiába, és ott töltöttem 9 hónapot. Közben elváltunk. Papíron is. És hát ott már megváltozott az életem. Legalábbis most így gondolom. Ott történtek azok a dolgok, amikről igazából most beszélek, ahogy most beszélek, az annak



*köszönhető. És ott olyan alapokat tettem meg, olyan szinten sikerült feldolgozni a múltamat, az életemet, a gyerekkoromat, meg megismerni a betegségemet, hogy nagyon alapos terápia volt ez nekem. És az óta, egyébként járok ebbe a 12 lépéses programba. Jövő hónapban lesz 9 éve, hogy ez így van. Azóta rengeteg dolog történt.*

A függőség igen súlyos állapotokban kezd csak eliminálódni az önérdek racionalitása a szerhasználatból. Mindezt az elbeszélő életében a 12 lépéses irodalomban olvasottak hatása, a „lehetetlennek tűnő, és mégis lehetségessé váló” pozitív példája hívta életre. További motivációs tényezőként realizálódott a betegség koncepciója. Annak felismerése, hogy a szerfogyasztás betegségként konstruálódhat - AHA-élményként jelenik meg a visszatekintésben.

### *JELÉN GENERATIVITÁS*

*Azóta sok dolog történt velem. Ja. Nemsokára hajléktalan leszek. Diplomás hajléktalan leszek. Tehát ott voltam 9 hónapot. Eljöttem. Elvégeztem egy gyógynövénytermesztő tanfolyamot. Meg takarítottam. Az egy év volt. Közben albérletben laktam. Csináltam a programot. Kezdtem újra visszatérni az életbe. Elkezdtem dolgozni, beszélgetni emberekkel. Felvállalni magam. Ezt hosszú lenne elmondani. A lényege, hogy 2 éve voltam tiszta, mikor elmentem dolgozni ebbe a segítő szakmába, teljesen képzetlenül. Egy félutas házban dolgoztam, és utána mentem át egy terápiába, ahol sikerült kijózanodnom. Közben ebben az első 3 évben még a gyerekeket is visszakaptam. Őt már magához vette az apja, amíg kijózanodott ő. Aztán felvettem vele a kapcsolatot, aztán járt hozzám hétfévente. 8-9 éves kora óta egyedül vonatozik. Közben az apjával is történtek dolgok. Lényeg az, hogy hozzám került a gyerek, most közös felügyelet alatt van, de én nevelem. És az óta is együtt élünk albérletben. Elmentem, leérettségiztem, merthogy ez se volt meg. Aztán közben meg kellett műteni a gerincemet újra. Mert annak hatására olyan következménye lett, hogy meg van csavarozva és a csigolyák miatt 6-7 évente újra kell műteni, életem végéig. Egy csigolyaroppanás következett be. 1 évet kellett várnom a műtetre. Nagyon fáj, nagyon sokat zokogtam, de nem vettem be egyetlen gyógyszert sem, tudatosan. Tudtam, hogy várhatok egy 24 órás morfium kábulatra, mert a műtét után tudtam, hogy az lesz velem, de féltem attól, hogy fogom kibírni azt az állapotot. Hogy fogok kijönni ebből a történetből. Azt nem akartam lefixálni, hogy ne adjanak, mert a fájdalom miatt tudtam, hogy kell, hisz becsavaroznak majd, magammal nem akartam kiszúrni, de felkészültem alaposan erre a műtetre. Volt ilyen pumpa, önmagadnak*

*adagolod a fájdalomcsillapítót, de bizonyos mennyiség után már nem ad. Ebben a pumpában 6 adagnyi van 3 óránként, és én azt mondtam, hogy e nélkül a gép nélkül, mert féltem, hogy el fogom nyomogatni az egészet, ezért ha inkább úgy kell kérnem, akkor jobban rábeszélem magam, hogy bírjam ki. Nagyon büszke voltam magamra, mert 2-3 adaggal kevesebbet kértem, mintha elpumpálgattam volna magamnak. Kérdeztem a társaimat, hogy nagy műtéteknél lenullázunk vagy sem. Meg, hogy ők hogy vannak a műtétekkel, és a gyógyszerekkel a műtét után. Körbejártam, egészen Londonig elmentem segítségért. Gyógyszerek, betegség, és én című fejezet. A barátnőmnek is, mikor hazajöttek, neki odaadtam a fájdalomcsillapítót. Menni is alig bírtam. Rendeltem a kaját, gyerekek és társaim takarítottak. Még csak feküdni tudtam. A gyógytornász is lakásra járt ki hetente háromszor. Elmenni kész kálvária volt. De ha ott a fájdalomcsillapító, tudtam, hogy könnyen meg tudom szerezni. Ezért inkább akartam, hogy ne legyen ott. Tök jó volt, hogy nem is telefonáltam a fájdalomcsillapítóért. Megpróbáltam más megoldásokat csinálni. Olvasni, tanulni. Közben leérettségiztem. Akkor elmentem dolgozni ebbe a félutas rendszerbe. Aztán megérkeztem a terápiába, mint munkatárs, és onnan jelentkeztem a főiskolára. Ez egy nagy tanulság volt nekem. Fél év betegállományban voltam, újra kellett ismét járni tanulni. Fél év múlva visszamentem dolgozni és akkor csináltam meg ezt a BT (betegség tudat) csoportot, amiről beszéltem. Betegségtudat csoport. Nekem ez egy nagy ajándék, mert azt gondolom, hogy nekem minden, minden lehetőségem beteljesedett nekem abból, amit én képzeltem anno, hogy genetikus leszek, hogy ilyen szinten belemélyedhetek az öröklődésbe, és azt gondolom, hogy ez volt egy óriási ajándék nekem, ez is olyan, mint valami mintha akkor vált volna valóra egy álmom én annyira kiteljesedhettem benne, készültem erre a csoportra fél évet. Kijártam Pécsváradra az Attilához tanulni, előttem, aki tartotta a csoportot, vele beszélgettem nagyon sokat ezekről. Utána olvastam a könyvtárban, nem csak úgy tartottam a csoportot. Folyamatosan nagy tanuló pénz volt nekem ez a csoport. Nem tudom, 3 évig csináltam talán. A BT-t mostanáig csináltam. És a szerkezetét, a tematikáját nem alakítottam, de később aztán ilyenekbe átam bele magam, hogy evészavar biokémiája, aztán jött a szex függőség biokémiája, hogy olyan kliens jön be, hogy ilyen problémája volt neki. Egy kicsit máshogy, személyre szabottan, csoporton belül is, semmilyen felkérés nem volt, inkább azt mondták a kollegáim, hogy ne legyek ilyen szinten benne. Senki nem kérte tőlem, nem várták, de nekem ez annyira tetszett. Saját, belső késztetéssé vált az, hogy saját magamat is fejlesszem bizonyos területeken, függetlenül attól, hogy iskolába járok, és ott tanulok. Voltak ebben a 3 és fél évben, nagyon rejtett szépségek ebben a csoportban, ahogy én a csoportot tartom, ami érdekel, hogy én hogyan változom a csoporton belül, stb. mind olyan rejtélyes az egész. Ebből*

kihoztam a legtöbbet, amit ki lehet. Ugyanúgy paráztam előtte, mint egy vizsga előtt. Hogy megfeleljek, de leginkább magamnak milyen követeléseket teszek. Aztán kiderült, hogy tartom a csoportot és nem is figyelek rájuk. A csoport végén már észre se veszem, hogy velük mi van. A végén eljutottam oda, hogy van egy alap tematika, de miután beszélgettünk a körben, simán megcsináltam, hogy ott már mást tartottam fontosnak. Észrevettem magamon, hogy olyan rutint kaptam a történetben, óriási gazdagság egyébként. Minden héten ezt csinálni, tervezni, utána átbeszélni, utána velük egyéniben beszélni, azt gondolom, hogy gyönyörű időszak volt. De most már ennek is vége. Vége lett alapjáratban, így beszéltek meg, mert én is így gondoltam, hogy nekem ez eddig fog így menni, meg személyes konfliktusok is megerősödtek, meg most, hogy így vége lett januártól.

Személyes életemben még mindig a fiammal élek, nem vagyok senkivel kapcsolatban. Van, hogy van barátom, van, hogy nincs. Tegnap volt az államvizsga. És most állás nélküli diplomás vagyok. Jelenleg. Terveim most nincsenek. Igazából arról szól, hogy megélni valahogy. Terveim lesznek, meg vannak elképzelések a fejemben, még egy évet kéne tanulnom, így most ennyi az elképzelésem. Talán egy szociális szakvizsga még belefér. De most egy kis időre el szeretném engedni a tanulást, mert zsinórban már 8 éve tanulok, ez már soknak tűnik, meg érzem is, hogy fáradt vagyok, munka mellett, meg gyerek mellett kimerítő volt. A tanulástól vagyok fáradt, nem a munkától, nem fizikailag. Most bármire késznek érzem magam. Nem biztos, hogy le fogok ragadni a szenvedélybetegeknél, lehet, hogy átnyergelek a családsegítőkhöz, pszichiátriára, skizofrénia, amihez vissza lehet nyúlni biológiai szinten, az már nekem fekszik. Az teljesen mindegy, hogy az skizofrénia vagy szenvedélybetegség.

Nem érzem a bőrömön, hogy bármi más lehetőség kinyílt volna, de mindenesetre nem érzem azt, hogy fixálódtam volna a szenvedélybetegségre. A józanságomban is azt gondolom, hogy sokkal inkább életképesebb vagyok. Vannak nem használó barátaim, ismerek családokat, akik sose kábítószerezték. Akiknek közük sincs hozzá, akik tudják, hogy régen használtam, de ez senkit nem érdekel. Nem is így állnak hozzám, nem fontos nekik. Nekem fontos, de mások nem adnak nagy jelentőséget annak, hogy én mit csináltam ezelőtt 9 évvel. Ez a közösséget érdekli legfeljebb, ahova járok. A múltam az így ennyi, én tudom, hogy honnan jöttem, ennyi elég.

Az életút fenti részlete a jelenre koncentrált, és a prokreált család új egyensúlyát vázolja fel a „patológiás” struktúrát meghatározó tranzakciók átrendezésével és az elbeszélő és a fia között fennálló kapcsolat visszaállításával. A közelség-távolság dimenziójának (ami ebben a családban különösen nagy jelentőséggel bír) és az autonómia és kontroll viszonyának

megfigyelésével jól láthatóvá válik számunkra a család struktúrája. A főszereplő személyiségfejlődésében a múltban jellemző minták teljes elvetése jelenik meg: a függőségi-helyzet igényét felváltotta a függetlenség, a gátolt érzelmeket a szabad érzelemnyilvánítás lehetősége, a szerepbizonytalanságot a szereptudatosság. Azonban a származási családról nem esik szó.

## NA - ÖNSEGÍTŐ KÖZÖSSÉG

*Nekem szükségem van arra, hogy közösségbe járjak, mindenképpen, a nélkül nem menne, nem fog menni. Folyamatosan szponzorálok, nekem is van szponzorom. Én nagyon sokat kapok tőlük. Most hogy munka kapcsán, meg vizsgaidőszak kapcsán mindig magamba fordulok, a vizsgaidőszak végére folyamatosan magamba zuhanok, depresszióba. Ilyenkor mindig úgy szervezem, hogy egy szponzorálás beleférjen, mert olyan szinten kiengedek, hogy pl. holnap jön hozzám az egyik, tök jó, úgy örülök neki, alig várom. Ma meg megyek lelkiismeretizni, gyűlés után az lesz. Nekem nagyon fontos. Van egy kolléga csoportom. A csoportban tudjuk egymásról, hogy kinek milyen történései vannak, de megkönnyítik az elektronikai módok, a facebook, de az élőszt nem lehet helyettesíteni. Van, hogy kevesebbet megyek gyűlésre, volt, hogy fáradt voltam, vagy két munkahelyem volt, és kevesebbet jutottam gyűlésre, de folyamatos egyensúlyozás az élet, minden terület van, de valamelyik terület néha lemarad. Van, hogy a munkát, vagy az iskolát, vagy a gyerekeket hanyagolom kicsit el. Soha nincs olyan, hogy minden egyszerre működik jól. Szerintem a csoport nélkül nehezen megy, mert nekem van olyan tapasztalatom hogy 3 hónapot nem voltam gyűlésen, szóval mikor megkaptam a gyerekeket, akkor vele szerettem volna lenni, meg kellett ismerkednünk, mert kihagytunk 4-5 évet, és még 2 munkahelyem is volt, nem volt energiám elmenni gyűlésre. Kimaradt 3-4 hónap. Én azt gondolom, hogy ha nem megy az ember csoportra, és nem oszt meg ott a társakkal dolgokat, van ugye 5 ajánlás, a 12 lépés, az 5 ajánlásban benne van, hogy az egyik az, hogy dolgozni az egyik lépésen.*

*Semmit nem dolgoztam, 3 hónapig, ha nem járunk, nem esünk vissza, nem erről van szó. Arról van szó csak, ha vannak időszakok mikor kimarad, de hogy fenntartható legyen a józanság, úgy, hogy tünetmentesen, ne legyen szer utáni vágyad, ne érezd depressziósnak magad, kirekesztettnek, ehhez mindenképp kell egy közösség, egy sorsközösség. És közben megint megtértem. Járok egy gyülekezetbe. Ők kevesek nekem. Ott vannak más barátok is, fiamnak is barátai, nem lettem vallásos még mindig, nem bújom a Bibliát, de azt gondolom, hogy ők nem*

*feltétlen, azt az érzést, hogy megértelek, elfogadlak és szeretlek szavak nélkül, ezt csak gyűlésen tudom érezni. Hiába vagyok olyan közösségben, akik ezt mondják, de nem biztos, hogy arról beszélnek, hogy félek a bizonytalanságtól. Ez a szó magában foglalja azt is, hogy szer utáni vágyam van. A félek szó miatt, lehet, hogy csak annyit érzékeltetek, hogy berúgnék, vagy kiütném magam. Ez abszolút a mai állapotomról van szó. Arról beszélek. Ha azt mondom egy barátnőmnek, hogy félek, akkor ő nem érti, miről beszélek. Egy közösségben ezt értik, értik, hogy miről beszélek. Ezt nagyon nehéz elmondani szavakkal.*

*Az, hogy ilyen tulajdonképpen missziós munkát végzek, hogy tovább adom a tapasztalatokat, ez elősegíti a magam gyógyulását is, mert aktuálisan, ha én szarul vagyok, egy ilyen szponzorálás simán kihúz a gödörből. Ez személyes tapasztalat. Én még tudatosan nem szponzorálok azért, hogy én jobban legyek tőle. Ezt most decemberben éreztem, és csináltam tudatosan. Havonta egyszer mindig jön, de mikor tudtam, hogy most azért szponzorálok, hogy én legyek jól és ne te. Ez nem azt jelenti, hogy önző vagyok. Mindenképpen nyerek. Igazából ez fogott meg. Az összesnél mindig az volt, hogy ott vagy, és kiengednek a világba, kezdjél valamit magaddal. Ez a program meg utat mutatott. Egy olyan utat mutatott, amin már jártak emberek, akik függők voltak, akik csak vízszintesen ismerték a világot. És olyan emberek mentek ezen az úton, akik szerhasználók voltak. Egészen más benne lenni. Mint élő ember benne lenni. Hát, ja.*

Az NA, mint a rehabilitáció utáni közösség, további referencia csoport – hatást biztosít. A sorstársi közösség nem szakad meg, lehetőség van továbbra is közösséghez kapcsolódni. Olyan különleges kontextus, amely már nem egy művi szituációban, hanem a társadalmi élet hétköznapi színterein teremt lehetőséget az énreleváns kommunikációra. Az introvertálódás megakadályozása a cél. A felépült szenvedélybetegek többsége segítői munkakörökben talál magának társadalmi szerepet. A narratív és szimbolikus értelemvilág, ami összeköti a közösség tagjait, közös tapasztalati és - erre épülve -, közös cselekvési teret hoz létre. Az inherens, konnektív struktúra dinamikáját többek között az identitásformáló elbeszélések hozzák létre. A szponzorálás eseménye - ami a másik meghallgatása és biztatása, - a megalapozó szövegek interpretációja, tehát a közösséget összetartó rituális koherencia egyfajta textuális koherencia felé tolódik. A „lépéseken való a munka” a szövegben a felépülés záloga. A lépések többes szám első személyben íródtak, e fenti részletben dominánsan jelenik meg a „mi” ereje, a közösségre való támaszkodás. A felépülni vágyót nem csak a szponzora segíti a lépéseken való munkában, hanem maga a szponzor-szerep is, bár önreflektív és önkritikus a motivációs háttér azonosítása: ha az önzőség válik domináns

motivációs motívummá, képes lemondani arról. E megküzdési mechanizmus során a függő külső (gyülekezet) és belső (akaraterő) spirituális erőforrásokra is támaszkodik.

### *A FELSŐBB ERŐ*

*A 2. és a 3. lépés az már a felsőbb erő. Én azt tudom közvetíteni, én egy hitetlen családban nőttem fel, nem is hittem Istenben sosem. Viszont ha már nem azt történt, amit én akartam, az már lehet egy felsőbb erő. Én egy racionális gondolkodású is vagyok, és akkor mindig azt mondom, amit a közösség mond. A közösség, hogy lát téged. Én úgy fordítottam, hogy a közösség lesz a felsőbb erőm. Nem a barátom, a barátnőm, hanem az egész felsőbb erő a közösség. Az egész közösség meg fogja mondani a frankót. Azért felsőbb erő, mert nem te döntesz, hanem más. Ez a más az én esetemben a közösség.*

*Először. Nagyon racionális gondolkodású vagyok. Amit én nem látok, nem hiszem el. Nekem nagyon meg kell dolgoznom, hogy legyen hitem bármiben. Valaki lassabban, valaki gyorsabban. Nem ismerjük azt, hogy elengedni a saját akaratomat. Egy közösség akkorát azért nem tud tévedni. Ennyi ember együtt nem tud tévedni, én tudok egyedül, de egy közösségben annyira nagyon tévedni nem lehet, és egy közösség jobban lát téged kívülről, mint te magad. Isten egyáltalán nincs bekeverve a rehabon, a felsőbb erő, a spiritualitásról beszélve, vallási eszmékről. Én nem nagyon beszélek Istenről. Felsőbb erőnek hívom, de én már néha ki tudom mondani, hogy Isten. De kinek mi az istene. Valakinek a pénz, a drog, a presztízs. Izomból azt mondják először a rehabon az emberek, hogy felteszem a kezemet, hogy elengedtem, stb. külső nyomás hatására. Nem lehet ott megtalálni. Nem belülről jön. Ő ezzel segít magán, hogy megteszi. Nem is kell átlátnia, később majd rá fog érezni. Ott nem fog átfordulni felsőbb erőkre.*

*Semmi más nem történik, hogy kiértékeljük a múltunkat a saját magunk jellemén keresztül és megismerkedünk a betegségünkkel. Ilyenkor jön be az, hogy szeretnének fogadni, el kéne engedni. A rehab a felépülés előszobája. Ott igazából nagy dolgokat elfogadni nem lehet. Vagy egy gyászfolyamatot fel lehet dolgozni 9 hónap alatt, a betegséget meg lehet ismerni, talán el is lehet fogadni, de egy két év drogozás után nem hiszem, hogy történik bármi. A nagy dolgok nem a rehabon történnek. Az csak az előszoba. Ahogy egy nagyon tisztelt ismerősöm mondja, a „rehab után válik el a szar a májtól”. Tehát, ki mennyit és hogyan dolgozott. Kilép és el fog dőlni egy pár hónapon belül, hogy történt-e veled valami ott, vagy sem. De az biztos,*

*hogy a lehetőségek nyomán, amikor én terápián voltam, ma már nem így látom, hogy ez volt benne. Önismeretre biztos, hogy szert lehet tenni, egy olyan szintűre, ami mindenkire ráférne. A húgommal beszéltem erről a terápiáról, és ő is mondta, hogy szívesen beköltözne ide. Egy alapos önismeretre nagyon jó. A leghatékonyabb a 12 lépés. Az, hogy a 12 lépést, egy messze menőleg racionális bebizonyított dolgokkal csináltam, mindemellett ott van a spiritualitás, a csoport kedve, a közösség, na, ez szokott meghalni a 12 lépésnél, az önsegítés. Ennek a csoportnak az egyik ereje ez volt, a visszacsatolás, akár az első alkalomra. Hogy arról beszélnek, hogy frusztrációk, félelmek. Nézzük meg a hangulati központnál mit vált ki. Aki az egyik részt elmondja, az a másik részt nem fogja tudni. Tehermentesítés volt a célja. Ez iszonyú felelősség egyébként. Kábé ennyit tudok most mondani.*

Az „én”, az elbeszélés utolsó etapjában, anonimitásba visszavonuló entitásként jelenik meg. A névtelenség a szöveg szintjén, annak legvégén tematizált textuális törésben artikulálódik, a józanságot képviselő konvenció kulturális mátrixában. Az elbeszélő egy nagy, kulturális jegyeket hordozó közösség anonim tagjaként zárja az életút megosztását, zárszavában arra fókuszálva, hogy mindaz, amit eddig elmondott, még mindig csupán az út eleje. A fenti részlet kulcsfogalma: a rendszerben való bennmaradás, a rehabilitáció utáni időszakban is. Az egyén reintegrációja a társadalomba, a józan kultúrába, nem történik meg a detoxikálással. Az élethosszig tartó program ethosa az, ami képes egy új, tiszta élet elindításához, annak fenntartásához. A „rehab, mint előszoba” metaforája azt mutatja be, hogy a teljes absztinencia folyamatos fenntartására irányuló késztetések fenntartása, s ezek támogatása a választott spirituális, vagy 12 lépéses közösségek által - a legfontosabb további teendők.

### **VI.5.7. Összegzés**

A társadalmi tér történeti időszerkezetében a szimbolikus család jelöli ki azt a saját teret, amelyen belül az egyéni döntések megszülethetnek, amelyek az egyéni mozgások keretét kijelölik. A szimbolikus tér heterogenitása többféle valóságot, eltérő valóságélményeket, mintát reprezentál. A bemutatott történet egyszerre tartalmaz pszichoszociális eseményeket, és tesz azokra vonatkozó morális, ideológiai tartalmú állításokat. Ezek az állítások általában visszatekintve fogalmazódnak meg, magukban foglalva az elbeszélő mai tudását, a rehabilitáció tereiben szerzett tanulási tapasztalatait. A szövegben dominánsan jelenik meg az a „harmadik típusú” tudás (Kelemen, 2009/a), amely döntően különbözik az analitikus

tudományos és a vélekedésre épülő laikus tudástól egyaránt. A rehabilitáció segítségével talpra állt „segítői-rehabilitációs” tudás saját-élmény szerű, konkrét és pragmatikus, a rehabilitációs folyamat szociális kontextusából kifejtett. Az életút e tudás segítségével reprezentálódik, rendeződik koherens egészé.

Az elbeszélésben olyan jelenségek realizálódnak, mint a generációs illúzióvesztés, a családszerkezet folyamatos változása, a hagyományos generációs szerepek fellazulása, a szülői kontroll csökkenése, a jelentős másik és a szignifikáns személyek hitelességének hiánya, s mindennek nyomán egyfajta kompenzáló identitás kialakítása az elbeszélő részéről. A szülő tartós hiánya, a depriváció olyan tartós szorongást realizál a történetmesélő életében, amely bevésődik lelki működésmódjaiba, s amely a későbbiekben, az adolescencia időszakában manifesztálódik, s először az alkoholfogyasztásban, majd a droghasználatban mutatkozik meg.

A család, jelentős „tematikai elemként” jelenik meg az elbeszélésben. A rendszer diszfunkcionális működésének leírása áthatja a narratíva egészét. A családon belüli generációs határok összemosódása, az irreális elvárások és percepciók a gyermekek irányában, az egyéniség és az autonómia kibontakoztatása lehetőségének hiánya, az érzelmek és a melegség elégtelen kifejezésre juttatása, s a kommunikáció zártsága - nem az „ideális” család konstrukciójának leírását nyújtja. Itt említendő, hogy ugyan a posztmodern, a konstruktivista és a szociális konstrukcionista szemléletű családterápiás irányzatok szerint a családról alkotott preconcepciók csak a megalkotói szempontjai szerint helyesek, ám úgy gondoljuk, mégis megfogalmazható egyfajta „minimum”, pl. az „ideális család”, vagy az „elég jól működő család” konstrukciója tekintetében.

A normatív kríziseknek tekinthető életciklus-váltások szempontjából - az adott családról felvázolt kép szerint - a rendszer nem oldotta meg az életciklusokhoz kapcsolódó feladatokat, nem definiálta újra a rendszeren belüli viszonyokat, ami jelentősen megnehezítette a következő ciklusba való átlépést, s annak elvárható változásainak bekövetkeztét. Az elmaradt, illetve elhalasztott másodrendű változások több családtag súlyos tüneteikhez vezettek (pl. az elbeszélő testvére is érintett a tünetek megjelenésében), azonban a legsúlyosabb, a szerhasználatban megnyilvánuló személyiségfejlődési deficiteket és viselkedésbeli patológiákat az elbeszélő sorsa hordozza magában. Ő válik identifikált pácienssé, annak ellenére, hogy betegsége az egész család betegsége, s tünetei a család metaforájává válnak. A család az én- és önazonosság entitásaként, reprezentánsaként jelenik meg az elbeszélésben, a



narrátor én-működése jelentős része kapcsolatban áll a családi funkciókkal. Az emberi viselkedés rendszer-szemléletű megközelítésének egyik gondolata dominánsan mutatkozik meg a szövegben: a bemutatott család rá jellemző, sajátos interakciós mintázattal rendelkezik, amelyben a serdülő droghasználata funkcióval bíró viselkedésforma, szerves része az interperszonális kapcsolatok működésének.

A drog-család-személyiség fogalmi hármasa a cirkuláris oksági gondolkodással közelíthető meg a legadekvátábban. Luigi Onnis, aki a pszichiátriai zavarok rendszerszemléletével foglalkozott, a tünetet mindig a család metaforájaként értelmezi, az egész rendszer tulajdonságaként. A családban zajló folyamatok cirkularitása így központi fogalomként artikulálódik abban a térben, ahol a család és az abból építkező, - vagy annak romboló hatásaival szembesülő - szerhasználó személyiség reflektál egymásra.

Demetrovics Zsolt (2007) a szerhasználat tekintetében megjelenő főbb családi és individuális funkciók kapcsán olyan előfeltevésekből indul ki, amely a droghasználatra, mint értékmentes, ezáltal logikával és racionalitással bíró jelenségre tekint. A szerző a droghasználat, mint önpusztító magatartásforma értelmezésén túl, annak funkcióira próbál rámutatni. Funkció alatt az egyén alkalmazkodási kísérleteit érti, melyek az adott értelmezési keretben maladaptívak ugyan, ám bizonyos helyzetekben alkalmassá válhatnak a személyiségfejlődési defektusok miatt létre nem jövő funkciók betöltésére. A funkcionalista nézőpont több szinten - szociológiai, családdinamikai, kortárskapcsolati, neurobiológiai, illetve pszichológiai szinten - is értelmezhető, azonban a család dinamikai hátterének ismerete kiemelkedő fontossággal bír. Kutatásának eredményei összhangban állnak a szakirodalom által leírtakkal, mely szerint a drogfogyasztás elterjedtsége jellegzetes és szignifikáns összefüggést mutat a család összetételével. Günter Ammon - aki az addiktív betegségeket, így a drogfüggőséget is archaikus én-betegségnek tekinti - felfogása szerint, a szenvedély a családban tapasztalható diszfunkciók által hézagossá vált személyiségstruktúra üres helyeit tölti ki.

Általánosságban elmondható, hogy a vizsgált életút egyértelműen tükrözi a kompulzív kábítószer-használat öngyógyító kísérletként való megjelenését. A self-medikációs megközelítés szerint a drog „protézis- szerepet” tölt be, azaz a szer használatának domináns indítéka a belső érzelmi feszültségek csökkentése farmakológiai úton, mivel a szerhasználó személy, ezeket saját pszichés eszközeivel képtelen enyhíteni.

A szülői dimenziók az elbeszélés terében dominánsan jelennek meg, a gyermek személyiségfejlődésén keresztül fejtik ki hatásukat. Ammon a család dinamikai elemeit a

személyiségfejlődés legfontosabb tényezőjének tartja, azaz a személyiségfejlődéshez szükséges energiát szerinte nem az intrapszichés térből, hanem a társas helyzetekből nyerjük. Ezt a jelenséget szociális energiának nevezi. Ezzel a tézissel egyetértve, több szerző az én-határokkal kapcsolatos deficitekről beszél, amikor azt állítják, ebben az esetben az én belső struktúrái válnak védtelenné a káros ingerekkel szemben. Ezek az „én-lyukak” egyben strukturális deficitet is jelentenek.

A pszichoterápia irodalmában az anyaság - majd később az egész család - Janus arcú jelenségként manifesztálódik. Az egekig magasztalás és a démonizálás végletei között nehéz megtalálni a mérvadó szakmai véleményeket, mint ahogy az overprotektivitás és elhanyagolás leegyszerűsített dimenziói mentén való keresgélés sem eredményezi feltétlenül a gyermek számára az ideális, harmonikus személyiségfejlődéshez való utat. Azonban a vizsgált elbeszélésben egyértelműen azonosítható az anya szerepe.

A toxikomán karrierút egyik modellje (Kolozsi, 2008:391) alapján a következő állomásokat azonosíthatjuk az elbeszélő életében:

- Az első fázis az illegális „narkóvilágba” való integráció fázisa. Rendkívül fiatalon, a serdülőkor etapjának közepén találkozik ezzel a világgal. Kezdetben még nem érzékeli a szerhasználat negatív következményeit, jól érzi magát az adott szubkultúrában. Ebben az integrálnak tekinthető fázisban a visszaélő számára nem elég jelentős a kilépés esélyét hordozó beavatkozások felkínálása: a „megtalált” világot nem éri meg feladnia.
- A második fázis a dependencia és a marginalitás szenvedéseinek fázisa: mind az elbeszélőben, mind a környezetében felgyülemelő keserűség megtapasztalásának és az azzal való küzdelemnek az időszaka.
- A harmadik fázis a függőséggel szembeni kapituláció fázisa. Az anyag valódi természete mutatkozik meg, a szerhasználó belefárad az illegalitásban való életbe, az „út végén” találja magát.

Az emberi kapcsolatok öt dimenziója alapján: Böszörményi-Nagy Iván kontextuális koncepciója az emberi kapcsolatokat dialektikusan szemléli, látásmódja minden résztvevő nézőpontját érinti. Elmélete szerint a kapcsolati tényezők egyben kapcsolati paradigmák is, melyek a kapcsolati valóság vizsgálatának és megértésének egy-egy érvényes területét ölelik

föl. (Kurimay, 2003:202, Böszörményi-Nagy, 1987)

1. A tárgyiasítható tények dimenziója a megváltoztathatatlan determinánsokat tartalmazza. Az életkor, a nem, a származás, a genetikai adottságok, a családi konstelláció, annak működése, struktúrája, de a mikromilióntól, az életet befolyásoló, külső, környezeti tényezők, hatások, a szociokulturális háttér, az adott történelmi események - szintén mind olyan tényezők, amelyek meghatározó jellemzői kapcsolatainknak, s amelyek határokat szabnak cselekvéseink tekintetében.
2. Az egyéni pszichológiai dimenzió a gondolkodás folyamatát, a kognitív képességeinket, az érzelmi reakcióinkat, mentális működésünket, a tudattalan motivációinkat és az énvédő, elhárító mechanizmusainkat foglalja magában. Valójában a koping stratégiák, az alkalmazkodási képességek, az adaptációs kísérleteink helyszíne ez, akár tudatos, akár tudattalan szinteken zajlanak ezek.
3. A tranzakcionális minták dimenziója valójában a rendszerszemléleti paradigma alkalmazását jelenti. A családra jellemző kommunikációs sémák, a felvállalt, és a nem felvállalt szerepek, a viselkedés és annak kontrollja, az érzelmi bevonódás- és válaszkészség jelenségei, az együttélés minősége, a kapcsolati struktúrák, a csoport preferenciák vizsgálhatók itt. Elbeszélőnk életében, narratívája alapján, ez a dimenzió válik a leghangsúlyosabbá.
4. A kapcsolati etika, mint a megszolgált bizalom dimenziója: A közeli és a vérségi kötelékekben olyan jelenségek játszanak szerepet, amelyekben a kapcsolat igazságossággal és lojalitással függ össze. Ez a dimenzió tartalmazza a bizalmat, annak következményeit a család tagjaira, a kapcsolati források megalapozását, a sérülések megelőzését.
5. Az ontikus dimenzió a humán kapcsolatok olyan sajátos természetére utal, amely a kölcsönös interdependencián túl, függetlenné válik a kapcsolatban résztvevők egyéni szükségleteitől és interakcióitól. A mindentől független, létezésünkből eredő függés egymástól, az ember és a lét, az ember és a létező közötti, egzisztenciális gyökerű kapcsolat.

Böszörményi-Nagy Iván kapcsolati etikára irányuló családterápiás iskolájának kulcsfogalmai alapján az alábbi következtetések vonhatóak le az ismertetett életút narratíva tekintetében:

- A családon belüli intrapszichés problémák generációkon átívelő utat járnak be. Az elbeszélő életében egyfajta transzgenerációs természetű konfliktusforrás valósul meg: a megfelelő szülői gondoskodás visszafizetése csak a következő generációnak való továbbadás útján valósítható meg, hiszen az olyan adósság, amelynek törlesztése lehetetlen a szülői generáció felé. A vizsgált család életében azonban a gyermek igazságtalanul sérül, mivel édesanyja nem tartja tiszteletben a róla való gondoskodás jogosultságát. Ennek hiánya olyan destruktív jogosultságot eredményez az elbeszélő életében, amely a következő generációra, a mesélő gyermekére gyakorolt következményekkel jár.
- A családtagok elképzelése az egymás irányában támasztott igényekről, jogosultságokról és kötelezettségekről nem fedik egymást. Az elbeszélő és az édesanyja közötti érdekkonfliktus jelentkezik, amely az adok-kapok viszonylatában jelenik meg
- A családtagok, etikai értelemben nem vállalnak felelősséget egymással szembeni viselkedésükért.
- A jogosultságok és elkötelezettségek nem állnak egyensúlyban.
- A delegáció és a parentifikáció jelensége miatt destruktív jogosultság érzésének kialakulása az elbeszélő részéről. A „revolving slate”, azaz a destruktív kapcsolatok ismétlődő körbeadása Székely (2000) szerint nem megtorlás, hanem a kapcsolati korrupció miatt létrejövő sérülés továbbadása.
- A családban mutatkozó gyermekkori sérülések a jelenben újramezdett dialógusokkal tehetőek jóvá. Az elbeszélő életében a rehabilitáción tanultak interiorizálódása alapján, a lépésekkel való munka, az említett dialógusok megvalósítása zajlik a jelenben. Feladat a szülők felmentése az őket terhelő mulasztás alól, s az elmaradt gondoskodás, megfosztottság elgyászolása.
- A hagyományos nemi szocializációra alapozott szerepmegosztás - mely szerint a nő feladata a tartós párkapcsolat kialakítása, annak fenntartása, a család affektív vezetése és a gyermekek nevelése - alapján az elbeszélő édesanyja kudarcot vall mindezek megvalósításában. Chodorow (1982) és feminista családterapeuták egyaránt hangsúlyozzák, hogy az „anyaság mítosza” mélyen áthatja kultúránkat. Az „anyaság”, kétarcú jelenségként van jelen mindennapjainkban és a szakmai diskurzusok színterein

is: mind az idealizálás, mind a hibáztatás kulturális ideológia, ugyanakkor lélektani szinten feldolgozatlan infantilis fantáziaként artikulálódik. Azonban az elbeszélés alapján azonosítható, hogy nem csupán a korai kapcsolat (illetve annak hiányának) túlhangsúlyozásáról szól a szöveg: az anya figyelmen kívül hagyja az életút során a kapcsolati rendszerekben való fejlődés lehetőségét is: nem válik „elég jó” anyává. A gyermek számára megvalósuló ideális működési mód része a méltányosság lenne, mely szerint mind az anya, mind gyermeke számára fontosak a célok és a szükségletek. A kétirányú alkalmazkodás, a kölcsönösség, az egyezkedés hiánya nem teszi lehetővé az alapvető, minimális intimitás kiépülését.

- Az elbeszélő és az édesanyja, majd az elbeszélő és a saját gyermeke között lévő kontextust olyan kapcsolati térként szemlélhető, amelyben a közöttük lévő adok-kapok folyamatainak kilátásaiban rejlő kapcsolati dinamika rendkívül hangsúlyosan jelenik meg a három generáció tagjainak egymás közötti viszonyában. A nagymama, az anya és a fiúgyermek hármában a kapás-viszonzás (illetve adás-viszontátadás) etikai mandátuma nemcsak tudatos, de tudattalan szinten is működik, s jelen esetben negatív irányban fejtette ki hatását. Sikertelen volt a szülő-gyermek kapcsolat kötésének, intimitásának, stabilitásának megteremtése és védelme, ami transzgenerációs mintaként öröklődött tovább a következő generációval kialakított kapcsolat tekintetében is.
- A származási család külső és belső határainak körvonalazása nem történt meg, a rendszerhatár gyenge, elmosott, a bezúduló külső nyomást, terheléseket nem képes felfogni. Világos, belső határok nem keletkeztek, nem volt egészséges autonómia és mozgástér biztosítva sem a gyermekek, sem a szülők számára. Az elmosott belső rendszerhatárok megbontották az egyensúlyt és destabilizálták a család egészének működését.
- Olyan transzgenerációs folyamatot azonosíthatunk, melynek direkt hatásait a jelenben kell átélnie az elbeszélőnek. Böszörményi-Nagy Iván ezt a folyamatot feedforwardnak (előretáplálás, előrehozatal) nevezi. Az ismétlődő viselkedési minták a generációk tapasztalatai során fejlődnek a jelenlegi család jellemzőivé. Az elbeszélő és a szülei között fellépő kapcsolati szabályok továbbadódnak és ismétlődnek az idő folyamán, így befolyásolva a család által jelenben használt problémamegoldásokat.

- Az elbeszélő jelenlegi életkorát tekintve ez az időszak szokványos körülmények között a konszolidáció időszakának kezdete, amikor a szülők már rendszerint megteremtették a család egzisztenciális hátterét, kialakultak a családi működés keretei, a családon belüli szerepek megszilárdultak, a gyerekek önállósága megerősödik és a család mozgásteret megnövekszik a tágabb szociális környezetben. Azonban a jelenlegi élethelyzet csak bizonyos területeken (végzettség, hivatás, a szülő-gyermek kapcsolatának helyreállása) konszolidálódott. Az egzisztenciális körülmények rendezetlensége ellenére ugyanakkor nem a régi problémamegoldó stratégiák aktivizálódnak, hanem a konstruktív erőfeszítések jelennek meg.

## VII. Összegzés

Írásom során a szimbolizáció aktusára tettem kísérletet. E folyamat hermeneutikai eszközöket biztosított számomra ahhoz, hogy a látható rész (a rehabilitáció gyakorlata) láthatatlan aspektusait (a rehabilitáció, narratívákban megjelenő hatótényezőit, jellegzetességeit) jelentéssel ruházzam föl. Az értekezés a szenvedélybetegek ellátórendszerének egyik elemét, a 12 lépés által konceptuálisan keretezett rehabilitációs modellt, mint sajátos identitással rendelkező ellátási formát mutatja be, az abban résztvevő szenvedélybetegek életút narratíváin keresztül. Ezen túl, a szenvedélybetegek részére rezidenciális kezelést nyújtó rehabilitációs intézményekben használt kezelési modalitások hatásmechanizmusait vizsgálja, s azt, hogy ezek a hatások hogyan jelennek meg a szolgáltatást igénybevevők élettörténeti elbeszéléseiben.

A közösség vizsgálata során a narratív megközelítést találtam a legadekvátabb módszernek a hatótényezők, hatásmechanizmusok feltárása tekintetében. Az, hogy hogyan teremt meg egy környezet olyan történetet, amelyik reflektál az élettörténetekben megmutatkozó identitásra.

Vizsgálódásaim fókuszában a szenvedélybetegségből való felépülés során kibontakozó függőségkép illetve a rehabilitációs narratíva állt. A felépülők elbeszéléseiben négy nyelvi kód, allegorikus regiszter jelenlétét azonosítottam. Másik fő megállapításom, hogy a közbeszédet - esetünkben a rehabilitáció átmeneti terét - uraló, a függőségről szóló diskurzus jelentésteremtő erővel rendelkezik.

A hatás, amely kialakította a szenvedélybeteg kezelési igényét, a társadalomból ered. A környezetéből felé irányuló elvárás, - mely szerint a norma körüli koncentrikus sávokban való elhelyezkedése nagy eltérést mutat az átlagtól - külső beavatkozás igénybe vételének szükségességét rója ki rá feladatul. A környezetből fakadó uralkodó ideológia és kulturális modell, ami hatást gyakorol a szenvedélybetegnek az állapotáról, helyzetéről alkotott képzetére, a büntudaton alapul. A szenvedélybetegségről alkotott domináns kulturális narratívák és a szokásokba, törvényekbe, intézményekbe, nyelvbe ágyazott hiedelmek hozzájárulnak a probléma történetek fennmaradásához.

A rehabilitáció azonban nem megerősíti, hanem átírja a büntudatot betegségtudatra, tehát újfajta ideológiai és kulturális modellt kínál a szenvedélybeteg számára. A rehabilitáció gyakorlata a büntudatból több lépésen keresztül alkotja meg a betegség tudatot: a függőséget

betegségeként tételezi föl, majd a függő identitást alakítja át felépülés alatt álló függő identitássá, s végül a stigmatizált identitás beépül az újonnan megszerzett identitásba. Bizonyos értelemben egy differenciálatlan, homogenizálásra törekvő közösség teremti meg tagjai számára az ön- és csoportazonosságot reprezentáló, rehabilitációs narratívát. A kulturálisan uralt, probléma-telített történetekből betegség narratíva, majd felépülési narratíva születik.

Írásom nem lezáratlan, sőt nyitott az új kapcsolódási felületek iránt. A dolgozat illeszkedik az addiktológia területén végzett narratív kutatások fő áramlatiba. Amennyiben a szenvedélybetegségről szóló diskurzusokra, mint történetileg meghatározott gyakorlatra tekintünk, úgy az írásom célja, az e diskurzusokba való bekapcsolódás.

Kelemen Gábor (2001/a) a drogkérdés társadalmi felépítésének hármass tudományos megközelítésével foglalkozik írásában. A történeti, az empirikus és az etnográfiai megközelítések triangulálása alapján a következőkben foglalom össze kutatásom további lehetőségeit, illetve javaslataim a járulékos kutatások tekintetében:

A történeti dimenziók tekintetében a terápiás közösségek magyarországi helyzetének áttekintését tartom elsődlegesnek. A terápiás közösségek életvilága ugyanakkor értelmezhetetlen a pszichoterápiák, a szabályozó társadalmi folyamatok, illetve bizonyos társadalmi változások háttérétől függetlenül, azok kontextusai nélkül. A rendszerszemlélet, mint kutatási perspektíva szintén fontos, ez idáig kevésbé vizsgált terület.

Az empirikus dimenziók vizsgálatában kiemelt területnek látom a módszerre jellemző technikai kultuszt, a kimunkált, ugyanakkor mégis intuitív módszertani fogások alkalmazását, az anekdotikus bizonyítási módot. A számomra kirajzolódó ateoretikus kezelési modalitásban az elméletiség inkább operatív tevékenység, hiányzik belőle a műveleteket magyarázó elméletalkotás. A szakmai diszkurzív lehetőségekből való kimaradás elkerülése érdekében, mindenképpen fontosnak tartom e tényezők vizsgálatát. Mivel kutatásomat egyetlen rehabilitációs otthonban folytattam, érdemes lenne vizsgálni, vajon az általam megfogalmazott kategóriák érvényesnek tekinthetőek-e a Magyarországon működő, más, 12 lépés által konceptuálisan keretezett rehabilitációs intézmények tekintetében. A pszichológiai jellegű vizsgálódások az intuitív eljárás módok, a nem-módszerspecifikus hatótényezők, a placebo-szerű hatáselemek (terápiás tér, szabályok, egyezmény, Alkotmány), a terápiás szerepek (szakmai, jogi, etikai aspektusai) vizsgálatát célozhatná.



Az etnográfiai dimenziók több lehetséges kutatási irányt mutatnak. A „bemenő” és a „kimenő” életút elbeszélések között fennálló nyelvi különbségek azonosítása, és a rehabilitáció univerzálisnak tekinthető közlésfunkciói és referencialitása, mint modell, a nyelvészeti antropológia számára kínál lehetőségeket. Az általam vizsgált közösség evilági entitás, azonban mediátori szereppel bír attitűdjei tekintetében (pl. rituáléiban, hiedelmeiben, érzelmi válaszaiban) - e jelenség a vallásantropológusok számára kínál kutatási irányokat. A sajátosan használt szavak és a szimbólumok által hordozott, többszintű jelentéshálózat feltárása, a többé-kevésbé azonosítható emberkép, patológiakép, ugyanakkor a terápiakép hiánya, illetve annak ellentmondásai, implikációi, a filozófiai antropológia számára mutat kutatási irányvonalakat.

Versenyre épülő kultúránkban a szenvedélybetegekről alkotott képzetek általában vesztésként jelenítik meg őket. „Determinizmus a szakmabelieknél, fatalizmus a megfertőzött egyszerű embereknél, szubhumanizmus a jóléti ipar részéről - olyan háromszög ez, amelynek áldozatait nem képes kigyógyítani a világ minden pszichoterapeutája együttesen” (Lukas, 2007:16). A dolgozat célja, hogy megmutasson egy olyan, a vesztéset kompenzáló mechanizmuson túllépő stratégiát, ideológiát, diskurzust, amely a személyes vesztés történetét egy kollektíven megalkotott, a vesztéset nyereséggé transzformáló metanarratívába helyezi. Az individuum képességeinek és lehetőségeinek kibontása olyan elbeszélést hoz létre a rehabilitáció folyamatában részt vállaló szenvedélybeteg életében, amelyet a felépülés történetének nevezhetünk, bizonyos értelemben, partikulárisan, akár „nagy történetnek” is. (vö: Lyotard). Ez, a rehabilitáció átmeneti terében, közös munkával megszülető történet a felépülő függők életében metanarratívaként kondicionálja a múlt, a jelen és a jövő kisebb történeteit is. Az általam vizsgált kezelési modalitás, a közösség erejére épülő terápia, elismeri azt, hogy a megbetegedés (a függőség) élettörténeti esemény, amelynek egyetemes horizontja van. Maga a betegség azonban „az általánosból, az egyetemesből, elvont egyediségbe utalja az embert, mert megszakítja az általánossal, a humánus szellemével való eleven kapcsolatot.” (vö: Pethő, 1986)

Az értekezésben, mind tematikailag, mind pedig a kutatás módszereinek tekintetében preferált narratív modell olyan gondolkodáson alapul, amely megkérdőjelezi a mély „igazságok” keresését. Éppen ezért tekinthető ellentmondásosnak az, hogy a dolgozat mégis egy olyan kezelési modalitást mutat be, amely felhívja ugyan a figyelmet a szenvedélybetegek restriktív ön-narratíváinak meghaladására, ám mégis egy intézményesült, kulturális narratívát kínál föl cserébe. (A rehabilitációs folyamat kritikája szerint: az avított megállapítások dekonstrukciója

megtörténik, ám a régi helyébe újabb avítt narratíva lép). Joggal kérdőjelezhető meg tehát, hogy a változás és a felépülés alternatív elbeszéléseinek új történetvonalát, - amely olvasatunkban az általunk leírt karakterisztikumokkal jellemezhető - s a dolgozat során azonosított négy szimbolikus regiszttert, mint sematikus keretrendszert, miért tekintjük hatékonynak, s miért érvelünk e speciális intézményes képződmény létének érvényessége mellett. A válaszuk: mert hitelesíti a változást. A tárgyalt jelenségekre, nem a felépülést gazdagító dimenziókként gondolunk, hanem katalizáló ágensekként, amelyek ugyan nem kezdeményezik a felépülést (azt az „én” teszi), azonban fenntartják.

A korunkra jellemző, általánosnak tekinthető illúzió, mely szerint minden megjavítható, korrigálható, e térben nem domináns narratíva. Éppen ellenkezőleg: a korrekció naiv hiedelme helyett a „megváltoztathatatlan” az, amire koncentrálnak. Az új identitás és narratíva a régi alapján születik meg, s az „új” retroaktívan ad értelmet a „rég”-nek, amely önmagában szemlélve veszteségként értelmezhető ugyan, azonban az „új” rendszer alapjaként, annak fontos elemeként a „mégiscsak-nyereség” hordozójává válik. A felépülés folyamata nem egy villanás-szerű radikalizmus, nem jelenti a „Saulus identitás” megszűnését, hiszen az nem válik összeegyeztethetetlen minőséggé a „Paulus- identitás” kialakulásával sem. (vö: Zizek).

Lázár (2008) Ricoeurt idézve az „eltérő hermeneutikák” „mégis közös” pontjáról beszél. Arról, hogy „mind a maga módján fejezi ki az „én” függőségét a létben, a pszichoanalízis a szubjektum archeológiájában, a szellem fenomenológiája a formák teleológiájában és a vallásfenomenológia a szakrális jeleiben.” Az általunk vizsgált közösség hermeneutikai gyakorlata valójában mindhárom említett interpretációs mechanizmust magában foglalja, még ha túlon túl nagyvonalúnak tűnik is az analógia. A rehabilitáció átmeneti terében a „függőség” fogalma kiemelődik az individuum szintjéről, s „átemelődik” egy másfajta dimenzióba, ahol a fogalom már nem hordoz személyes vonásokat. Az alapvető tudati struktúrák vizsgálata által a szenvedélybetegség, mint a szenvedés közös forrása, archetipikussá válik.

A szenvedélybetegségből való felépülés akkor eredményes, ha az láthatóvá válik. Láthatóvá a szenvedélybeteg, a családtagok, a segítséget nyújtók, a nyilvánosság számára. A számomra megmutatkozott rehabilitációs folyamat olyan kísérleti életforma, amely láthatóvá teszi a tünetek remisszióját, az interperszonális kapcsolatok kiépülését, az önálló életvitelre való képességet. Az általam tapasztalt rehabilitációs módszerek, eklektikájuk ellenére összehangoltak, következetesek, s olyan szinergiát teremtenek, amely anticipálja a felépülést, s amely nem pusztán a testies létmód és a funkcionális zavarok megszüntetésére irányuló

törekvést foglalja magában, hanem a társadalmi létezés krízisében, s az abban feltáruló létkérdésekben való elmélyülés lehetőségét is.

Az a nagyvonalú gesztus, amely úgy respektálja a „másik” identitását, hogy a számára teljesen hozzáférhetetlen minőségében is elfogadja őt - csak kevesek sajátja. Az általam végzett kutatás legfontosabb eredményének tartanám, ha az olvasó közelebb kerülne e gesztus gyakorlásához. A pszichoanalízis által „perverz kísértésnek” nevezett jelenség (vö: Zizek, 2011:218) a társadalmi testről való „lekapcsolódás” folyamatáról szól. A szlovén filozófus szerint ez a lekapcsolódás nem fordulhat át abba a perverzióba, hogy csak azért szeretjük a legkiszolgáltatottabb kiteszített, mert ő az, - így ugyanis nem kapcsoljuk le őt ténylegesen a társadalmi rendről, csupán visszajára fordítjuk, a feje tetejére állítjuk a rendet, hogy tovább élősködhessünk rajta. Éppen Zizek gondolatai világítanak rá arra az attitűdre, mely szerint a szenvedélybetegek rehabilitációja, mint a társadalmi testről való lekapcsolás egyik gyakorlata, nem a kiszolgáltatottak paternális gondoskodásáról szól. Sokkal több ennél: nem a társadalmi hierarchia megerősítése zajlik, annak ellenére, hogy ez a kezelési modalitás nem a partikuláris társadalmi meghatározottságairól mondatja le a szenvedélybeteget, (hiszen éppen a függő-identitás megőrzésével szükséges visszakapcsolódnia a társadalmi testbe), hanem dialektikus módon kimozdítja őt abból a tehetetlenségből, amely arra kényszeríti, hogy azonosuljon a renddel, amelybe beleszületett.

A rehabilitáció védett, átmeneti terében, annak sajátos motívumképző és kitermelt ideológiájával, az adott helyzet koordinátáinak megváltoztatása zajlik.

## VIII. Mellékletek

### 1. sz. melléklet

#### Az NA 12 lépése

„Ha akarsz, amit nyújtani tudunk és hajlandó vagy megtenni az erőfeszítést azért, hogy megkapd, akkor kész vagy bizonyos lépések megtételére. Ezek azok az elvek, amik lehetővé tették a felépülésünket.

1. Beismertük, hogy tehetetlenek voltunk függőségünkkel szemben és életünk irányíthatatlanná vált.
2. Eljutottunk a hitre, hogy egy nálunk hatalmasabb Erő helyre tudja állítani józan gondolkodásunkat.
3. Elhatároztuk, hogy akaratunkat és életünket a *saját felfogásunk szerinti* Isten gondjaira bízunk.
4. Mélyreható és félelemmentes erkölcsi leltárt készítettünk magunkról.
5. Beismertük Istennek, magunknak és egy másik embernek hibáink pontos természetét.
6. Teljesen készen álltunk arra, hogy Isten eltávolítsa mindezeket a jellemhibákat.
7. Alázatosan kértük őt, hogy távolítsa el hiányosságainkat.
8. Listát készítettünk mindazokról a személyekről, akiknek ártottunk, és hajlandóvá váltunk mindnyájuknak jóvátételt nyújtani.
9. Közvetlen jóvátételt nyújtottunk ezeknek az embereknek, ahol csak lehetett, kivéve, ha ez őket vagy másokat sértett volna.
10. Folytattuk a személyes leltár készítését, és amikor hibáztunk, azt azonnal beismertük.
11. Imán és meditáción keresztül törekedtünk a *saját felfogásunk szerinti* Istennel való tudatos kapcsolatunk fejlesztésére, csupán azért imádkozva, hogy velünk kapcsolatos akaratáról tudomást szerezzünk, és hogy legyen erőnk annak kivitelezésére.

12. E lépések eredményeként lelki ébredést tapasztaltunk, próbáltuk ezt az üzenetet más függőkhöz elvinni, és ezeket az elveket minden dolgunkban gyakorolni.

Ez úgy hangzik, mint egy nagy rendelet, és nem tudjuk az egészet egyszerre megcsinálni. Nem egy nap alatt lettünk függők, tehát emlékezz - lassan a testtel. Mindenekelőtt egy dolog van, ami legyőz minket a felépülésünkben; ez a lelki elvekkkel szembeni közömbös, vagy azokat el nem tűrő hozzáállás. Három ezekből, ami elengedhetetlen, az őszinteség, nyitott gondolkodás és hajlandóság. Ezekkel jó úton vagyunk. Úgy érezzük, hogy megközelítésünk a függőség betegségéről teljesen valószerű, mivel az a terápia érték, hogy egyik függő segít a másoknak, páratlan. Úgy érezzük, hogy utunk gyakorlati, mert egy függő tudja legjobban megérteni és segíteni a másikat. Hisszük, hogy minél előbb nézünk szembe problémáinkkal a társadalmunkban, a mindennapi életben, annál gyorsabban válunk ennek a társadalomnak elfogadható, felelősségteljes, és termékeny tagjává. Az egyetlen módja, hogy távol maradjunk az aktív függőséghez való visszatéréstől az, hogy nem használjuk azt az első adagot. Ha olyan vagy, mint mi, akkor tudod, hogy egy is sok és ezer sosem elég. Ezt nagyon hangsúlyozzuk, mert tudjuk, hogy ha bármilyen drogot használunk, vagy egyiket a másikkal helyettesítjük, akkor újra szabadon eresztjük függőségünket. Másképp gondolkodni az alkoholról, mint a többi drogról, rengeteg függőnek visszaesést okozott. Mielőtt az NA-ba jöttünk, sokan másként tekintettünk az alkoholra, de ezt a zavart nem engedhetjük meg magunknak. Az alkohol drog. A függőség betegségében szenvedő emberek vagyunk, akiknek minden drogtól távol kell tartani magukat ahhoz, hogy felépüljenek.”

(Narcotics Anonymous)

## **2. sz. melléklet**

Mérföldkő Egyesület  
Rehabilitációs Otthon

Kovácsszénája

### **ALKOTMÁNY**

Azért vagyunk itt, mert tehetetlenek vagyunk függőségünkkel szemben, életünk irányíthatatlanná vált.

Azért fordulunk a Közösséghez, hogy közös erővel találjunk egy tiszta, új életet. Ennek elérése érdekében feltétel nélkül hajlandók vagyunk elfogadni bármit, saját és társaink változását elősegítve.

A közösségünket alkotó egyének elhatározták: szakítanak addigi életvitelükkel és együttes erővel egy újat próbálnak létrehozni. Eddigi stratégiáink kudarcot vallottak, kénytelenek vagyunk szembenézni saját énünkkel, jó és rossz tulajdonságainkkal, hogy nehéz munka árán elérjük azt, amiért idejöttünk: egy tiszta élet reményét.

Az Otthon területén jogunk van a szer-, erőszak- és szexmentes környezethez. Minden olyan társunk veszélybe sodorja egész Közösségünket, aki a magunkra nézve kötelező érvényűnek elfogadott absztinenciákat megszegi, illetve tud azok megszegéséről, de nem jelzi Közösségünknek. E társaink új esélyt kapnak tőlünk, hogy máshol és máskor nézzenek szembe félelmeikkel.

#### **Felvételt nyerhet:**

1. Meggyőzi a Közösséget, hogy segítségre szorul, és kölcsönös együttműködésünk mindannyiunk számára előnyös.
2. Motivált.
3. Látja saját részét a kialakult helyzetében.
4. Őszinte.

#### **30 napos felállás**

A terápiás közösségünkben 30 napja itt tartózkodó társunknak a közösségi értekezleten beszámolót kell tartania ide jövetelének okáról és az itt eltöltött időszakáról. Ezen a fórumon a

közösség eldönti, hogy alkalmasnak találja-e az egyént az együttműködésre. Amennyiben a Közösség nem tartja alkalmasnak az egyént az együttműködésre, az a ház végleges elhagyásával jár. Az egyén ezen a fórumon a Közösségtől segítségeket kap a teljes jogú taggá válásához.

**30. naptól kérelmezhető jogosultság:**

- felvételi megfigyelő

**30. naptól kérelmezhető felelősség:**

- résznaposság

**30. naptól adható felelősség:**

- állatok ellátása, Gotti, Amba, Egon

- konyhafelelősség

- mottó

- virág

- hírek

**60 napos felállás**

60. napja itt tartozkodó társunknak beszámolót kell tartania a közösségi értekezleten a vállalt felelősségekről és arról, hogy a kapott segítségeket hogyan tudja hasznosítani. Ezután, a közösség eldönti, hogy teljes jogú taggá válhat-e. Ha nem sikerül meggyőznie a Közösséget teljes jogú taggá válásának előnyeiről, a felállás után 3 alkalma van még a teljesjogúsági kérelemmel való felállásra. Ha a 3. felállással sem győzi meg a közösséget, akkor az a ház végleges elhagyásával jár. (Minden héten fel kell állnia kérelemmel.)

**60. naptól kérelmezhető jogosultság:**

- kapcsolatfelvétel: levélírás után telefonálás, telefon fogadása

- NA

- terápiás munka

- adaptációs szabadság
- felvételi megfigyelő
- felvételi aktív
- teljes jogúság

#### **60. naptól kérelmezhető felelősségek:**

- kazános
- raktáros
- ruhabankos
- projektor
- tábla
- naposság

#### **60. naptól adható felelősségek:**

- szerszámfelelősség
- rendezvényfelelősség

#### **Teljes jogúság**

Közösségünk teljes jogú tagjaként döntési jog a Közösséget érintő kérdésekben.

#### **A terápia befejezése**

A közösség az egyént érettnak látja arra, hogy munkát keressen, felvételizhessen a Félutas Házba, önálló életvitelt folytasson.

#### **Félutas ház**

Jogosultak: saját döntésük után úgy érzik, hogy felépülésük jelenlegi szakaszában nem kívánnak eredeti lakókörnyezetükbe visszatérni.

A Közösség érettnak látja őket arra, hogy önállóan, kevésbé szigorú kontroll mellett is képesek tisztaságuk érdekében a Félutas ház szabályait betartani.



## **Visszatérés a Házba**

1. A terápiáját megszakított egyén 24 órán belül, amennyiben nem szeptett absztinenciát, visszatérhet, vagy három hónap eltelte után, új felvételi beszélgetésen keresztül kerülhet vissza közösségünkbe.
2. Élete folyamán mindenki három alkalommal nyerhet felvételt Közösségünkbe.

### **3. sz. melléklet**

#### **Következmények:**

#### **Kicsiknek:**

#### **Miért vagyok itt? - mélypontok.**

Mit tettem meg, hogy használhassak?

Beilleszkedés - hova, hogyan - milyen szerepekkel?

Kit, miért nézek le?

Családom - apám, anyám, miért hibáztatom őket, mit nem tudok még megbocsátani?

Érzéslista alapján érzések megfogalmazása.

Azonosulás, fenntartásaim, megfelelés, félelmek - vágyak.

A *reggeli ima* mondatonkénti vagy bekezdésenkénti átgondolása.

#### **IV. lépés:**

Kapcsolatok - családi viszonyok, honnan jövök?

párhuzamok - ki kicsoda a terápiában?

párkapcsolatok - hogyan használtam, hogyan használtak?

Neheztelések - elvárások, felvállalni.

Önszeretet - önközpontúság: önutálat - mikor, hogyan bántom magam?

Szégyen – büntudat.

#### **BT-s következmények:**

Kényszeresség, megszállottság a napban.

Maslow.

Mivel kompenzállok?

Coping.

Hogyan jutalmazom magam?

Játszma háromszög: üldöző - megmentő - áldozat háromszög.

Jellemző háritásaim.

Frusztrációk a napban.

Krokodilszáj.

Gyászfolyamat.

**Cselekvős következmények:**

Az Irodalomból idézni az asztalnál. (2-3 mondat)

Konfliktusra, vagy kívülállóságra: egész napos összekötözés

Kávéfelszolgálat

„Elöttem az út, mögöttem a ház” - mérleg készítése

Újra mentorálás.

Segítség-kérős füzet - napi 3, este felolvasni.

**ÁSZ-ekkel kapcsolatos (kicsit visszanyúlva a régi rendszerhez):**

Az első: az izoláció utáni mélypontot követően, megélni a szülőkkel szembeni tehetetlenséget.

A második: fél év körül, után Pécsen, NA-s társak segítségével, náluk. (Milyen a valódi élet, hogyan érezhetem jól magam benne?)

Visszajövetelkor a tapasztaltak alapján egy változás csoport, ami egyben egy mérleg is.

**Döntés előtti állapot:** mérleg készítése

#### 4. sz. melléklet

##### Család csoport - segédanyag

- Mutasd be a családot!
- Rajzold meg a családfát (nagy szülők, szülők, testvérek, féltestvérek)! Amennyit tudsz, annyit rajzolj fel!
- Milyen családból származnak a szüleid, milyen életük volt? (Írj a nagyszüleidről is.)
- Mit tudsz szüleid születésed előtti kapcsolatáról (megismerkedés, házasság)?
- Képzeld magad elé anyádat/apádat, testvéredet/testvéreidet, írd le mit fontos róluk tudni:
  - o hogy néznek ki?
  - o hány évesek?
  - o mi a nevük, foglalkozásuk, hobbijuk?
  - o milyen számokra ellenszenves tulajdonságuk, viselkedésük van?
  - o milyen számokra szimpatikus, szerethető tulajdonságuk, viselkedésük van?
  - o melyek azok, amik benned is megvannak? (Helyzetekhez kötve írd le, írd példákat!)
  - o milyen volt a kapcsolatuk gyermekkorodban, tini korodban és most, ez hogyan hatott rád?
- Milyen élete lehetett édesanyádnak, amikor a méhében hordott, boldog volt-e, vagy feszült, számíthatott-e édesapádra?
- Írd le egy átlagos napotokat hogyan telt, ki-mit csinált, te hogyan voltál jelen a napban (mit csináltál), hogyan éreztél magad?
- Írj le egy ünnepnapot, egy nyaralást a családdal! Milyen érzéseid voltak?
- Írj 3 dolgot, amit utálsz, és amit szeretsz a szüleidben, miért?
- Írj levelet külön-külön anyádnak/apádnak, és írd meg benne mindazokat a félelmeket, haragokat, bánatokat, fájdalmakat, csalódásokat, amelyeket a kettőtök kapcsolatában érzel, amit soha nem tudtál vele megbeszélni! Úgyszintén az örömeket, az együttérzést, a hálát is.
- Írj ki magadból mindent, amit tudsz, ami feljön (érzésekkel)! Ne irányítsd, ne cenzúrázd, semmit se tarts vissza!
- Éld át feltörő érzéseidet!
- A levelek megírásával leszel képes arra, hogy megértsd szüleidet és megfogalmazd velük kapcsolatos, ki nem mondott érzéseidet.

## **5. sz. melléklet**

### **A betegség tudat csoport (BT) - segédanyag**

#### **NEUROBIOLÓGIA**

Bevezetés- ventiláció.

Mi az ember: Bio-pszicho-szociális lény. (Ezt részletezve, pl. állandó interakció a külvilággal.  
- Homeosztázis.

Idegrendszer: gerincvelő, agyvelő

Központi idegrendszer: feltételes és feltétlen reflexek. Afferens, efferens pályák.

Vegetatív idegrendszer: szimpatikus, paraszimpatikus, beidegzés, akarattól független  
központja: hypothalamus.

**ÉRZÉKELÉS:** Receptorok.

1. Szabad idegvégződés felveszi az inger- receptor.
2. Impulzus keletkezése - villamos jellé alakul.
3. Ingerület. Idegsejt típusok: szenzoros, motoros, inter neuron, 300 ezer milliárd idegsejt alkotja az idegrendszert.

**IDEGSEJT:** Neuron

Idegsejt kapcsolódása: V.T.A. - ventrális tegmentális area: Rendező pályaudvar

#### **A HANGULAT ÁLTALÁBAN:**

A hangulat, dopamin rendszer:

1. Nem az anyagtól állunk be.
2. 6-8-hónap, míg helyre áll.
3. Endorfin leáll, illetve kevesebb.

**Neurotranszmitterek:** ingerület átvivő anyagok - blokkol, stimulál, beékelődik.

1. Dopamin: boldogság, öröm.

2. Szerotonin: szorongás.
3. Endorfin: a szervezet saját fájdalom csillapítója.
4. Melatonin: alvás-ébrenlét.
5. Adrenalin-nordarenalin.
6. GABA-gamma-amino-vajsav: gátlás.
7. ACTH: stresszre, félelemre, - mellékvese kéreg hormon.

**FÜGGŐSÉG - BETEGSÉG: ingerület átvivő anyagcsere-zavar.**

**Dependencia: Függőség. Endorfinok: kiiktatja a GABÁT. A szervezet saját fájdalom csillapítója, a jutalmazó rendszer része.**

**Hangulati-alulhangoltság diagram.**

**Allergia:** Allergiával párosult megszállottság, sejtmemória.

**Patkány kísérlet:**

**Rögzültség:** Az ismerős út bejárása után, dopamin szabadul fel. Ezért nehéz a régi közegben kijózanodni. Játzóter-váltás. Pl: alkoholista a régi helyén kávézik.

**Kényszer:** Eltünteti a szorongást. Pl: takarítás, munka, tanulás, (rituálék). Elérhető effektusokban oldódik. (Köröm, - haj rágás, száj, lábrázás).

**Sóvárgás:** Kielégületlenség által okozott hiányérzet. Emlékeinkben még él a nagy beállítás!

**SZTORIZGATÁS! BÚJTATOTT, SZER UTÁNI VÁGY!**

**MASLOW**

**Szükséglet:** Minden olyan testi-lelki-szellemi állapot, amely hiányérzetet vált ki. Fajtái:

1. Fiziológiai: élelem, víz, hajlék, sex. ( 85%)
2. Biztonsági: szabályok, törvény, házirend. Cél, hogy a rend fennmaradjon. (70 %)
3. Szociális kapcsolatok, érzelmi biztonság: elfogadás, tevékenység, vonzalom, szeretet. (50%)

4. Megbecsülés, tisztelet, tekintély, elfogadottság, önbecsülés, presztízs - ez utóbbit csak az emberektől tudjuk megkapni! Magunknak nem adhatunk. (40%)

5. Önmegvalósítás: álmaink, vágyaink, lelki ébredés. (20 %)

Csak az elejétől tudjuk kezdeni! Felcserélni nem lehet!

**Leépülés:** Hol kezd el hatni a szer? Vágy-ábrándozás.

Ábrándozás: Akkor is gondolok rá, ha nem akarok.

Ábránd: A hét elején, egy hétvégi használatra. (Suliban genetikus leszek).

Szabályokat hágok át, így hazudok és becsapok másokat is. (Recept hamisítás, előírások megszegése). Az önbecsülésünket átírja a szer iráni szükséglet.

Kommunikációs képességünket elveszítjük, így magányosak leszünk, majd egyedül maradunk. Közös tevékenységekre ritkulnak, majd már nem is akarunk elmenni. A suliból vagy a munkahelyről, később az otthonunkból is kirúgnak.

Már nem tudjuk, mi a valóság és az önbecsapás.

Vegetációs szint. ( Lakás, gyerek elvesztése, 1 kifli egy nap).

## **FELOSZTÁS**

**Formai:** - Általános. (Mikor alkalom van rá).

- Periodikus - (1 hét részegség, majd tisztaság).

- Szinten tartó - elvonási tünetek. (Nem áll be).

### **Orvosi szempontból:**

- Primer /secunder megjelenése.

- Krónikus/ gyógyíthatatlan/ cukorbetegséghez csatolás.

- Progresszív/ előrehaladó – kiújuló. Független!

### **A változás modellje:**

Színterei: beszéd, gondolkodás, cselekedet.

Metakommunikáció: testtartás, mimika, hanghordozás, gesztusok.

Fázisai:

1. Behódolás: Valós, vagy képzelt nyomás hatására, egy olyan csoport-normának engedelmessé válok, amelyet nem helyeslek. (Pl: takarítás, ébresztő, szabályok).
2. Azonosulás: a leállás vágya, érzések, szabályok betartása.
3. Internalizálódás: belsővé tétel, belülről jutalmazódik.

### **Lineáris gondolkodás:**

Ok-okozat: Egy okot keresek a szar érzéseimre, csak vádlok!

Megoldás: közösség, segítség kérés!

**Játszma:** - felgyorsítja a pusztulást

- romboló hatású
- fenntartja a létrejött állapotot

Pl: alkoholista család diszfunkcionális működése.

Üldöző - áldozat - megmentő! Bűntudat keltő-figyelem felkeltő.

**Coping:** megküzdési stratégia.

- Értelmi: beazonosítom, felismerem az érzéseket.
- Érzelmi: beismerés, önvizsgálat, változtatás. (Pl. a bűntudatom nyomán nem mentem meg).

**Gyász folyamat:**

- Tagadás, düh, harag.
- Alkudozás. Miért én?
- Depresszió, felerősödött kényszerek, pótcselekvés.
- Elfogadás - elengedés.



## 6. sz. melléklet

### Spirituális és lelki értékek csoportja (SLÉ) - segédanyag

Ha azt akarjuk, hogy szeressenek bennünket, bátran fel kell fedni önmagunkat. Ha szeretni akarunk valakit, annak előbb meg kell engednie, hogy megismerjük őt.

Ez annyira természetes, és mégis sokan úgy élünk, hogy kerüljük a megismerés mélységeit. Az az igazság, hogy helyette különböző álarcokban, különböző szerepeket játszunk. Azt állítjuk, hogy „úgy érezzük” és „azt érezzük”, pedig valójában nem is érzünk. Azt állítjuk, hogy szerető emberek vagyunk, ám igazából tele vagyunk haraggal. Azt állítjuk, hogy nyugodtak vagyunk, amikor tele vagyunk stresszel. Szívesen elhinnénk azt is, amiről pedig tudjuk, hogy nem igaz.

Még azokkal az emberekkel is, akikkel legjobban törődünk, kevésbé osztjuk meg érzéseinket, hitünket, szükségleteinket. Félünk önmagunk őszinte feltárásától, mert szereteténységünk óriási. Azt akarjuk, hogy szeressenek bennünket. Így megpróbáljuk csak az elfogadható, a szerethető énünket megmutatni. Ezért félünk az igazságtól, mely nyíltsággal jár, s előbb-utóbb leleplezne bennünket.

Egy másik ok, amiért félünk felfedni önmagunkat - a változás. Sokunknak a változás azért félelmetes, mert szeretünk úgy gondolni magunkra, hogy mi „állandóan” ugyanazok vagyunk. Az önértékelési mintánk: „Azok vagyunk, akik vagyunk, és örökké így is maradunk.” Igazából a szükségleteink, a vágyaink, a céljaink, értékítéletünk, viselkedésünk és az érzéseink egyaránt megváltoznak a korunkkal és gyarapodó tapasztalatainkkal.

És még egy másik ok van, ami miatt nem tudjuk az igazi önmagunkat felfedni - nem tudjuk, hogyan kell. Soha nem tanítottak bennünket erre. Az igazság az, hogy arra lettünk nevelve, hogy hogyan takarjuk el igazi érzéseinket. Ennek lett az eredménye, hogy szerepet játszunk. A társadalom is arra biztat bennünket, hogy fojtsunk el magunkban minden érzést, ami társadalmilag nem „elfogadható”. Természetesen vannak helyzetek, amikor a „teljesen” őszinte élet nem lehetséges és illő eljátszani a „jólneveltet”, ami egy bizonyos fegyelmet igényel. A megoldás elsajátítani azt, hogy amikor úgy kívánjuk, maradjon „magánügy”, de legyünk képesek a nyitottságra és az őszinteségre, minden félelem nélkül. Emberek vagyunk. Élünk. Állandóan fejlődünk, tele érzésekkel. Érzésekkel, melyeket lehet „kényelmesnek”, vagy „kényelmetlennek”, „kellemesnek”, vagy „kellemetlennek”, de semmi estre sem lehet „jónak”, vagy „rossznak” nevezni. Az érzések talán a legnagyobb személyi vagyónunk, amit

kapunk. De ha helytelenül kezeljük őket, rombolást okoznak. Fel kell ismernünk az érzéseinket. El kell fogadnunk, hogy nélkülözhetetlen részei életünknek, kezelniük kell őket, ahogy jönnek, ha lehetséges, nem lenyomva, hogy mehecsünk a következő érzéseink felé, olyan természetesen, mint ahogy azok jönnek.

## **IX. Bibliográfia**

Alasuutari, P. (1992): *Desire and Craving. A culturaltheory of alcoholism* (Albany, New York, The State University of New York Press).

Almási, M. (2003): *Anti - esztétika. Séták a művészetfilozófiák labirintusában*. Helikon Kiadó  
American Psychiatric Association, “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, Washington DC: *American Psychiatric Press*, 2004, 4th ed.

Ammon, G. (1986): *Der mehrdimensionale Mensch zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft*. München, Pöhl Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH

Angelusz, E. (1996): *Antropológia és nevelés*. Akadémiai Kiadó.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.

Arminen, I. (1998): Therapeutic Interaction. *A study of mutual help in the meetings of Alcoholics Anonymous, vol. 45* (Helsinki, The Finnish Foundation for Alcohol Studies).

B. Erdős, M., Kelemen, G., Csürke, J. (2003): A felszabadulási rituálék szerepe egy élhető világ kialakításában. In: *Addiktológia* (Addictologia Hungarica). II. évf. 1. szám Budapest. Új mandátum Kiadó. 29-52.

Barthes, R. (1997): *S/Z*. Osiris Kiadó, Budapest. 16.

Becze, Sz. (2010): Közösségtanulmány. Diszciplínák árnyékában. *AETAS* 25. évfolyam 2010/1. szám. 144-164.

Behr, H. - Hearst, L. (é.n.): Csoportanalízis: A csoport - pszichoterápia modellje Foulkes szerint. In: *Csoport - pszichoterápia*. CSAKIT Kiadvány

Benda, B. Brent and Belcher R. John (2006): “Alcohol and other drug problems: Among homeless veterans: A life-course theory of forgiveness” in: *Spirituality and Religiousness and*

*Alcohol/Other Drug Problems: Treatment and Recovery Perspectives*. Binghamton: The Haworth Press. 147-170. (szerk.: Brent B. Benda and Thomas F. McGovern).

Benda, B. Brent and McGovern F. Thomas (szerk.) (2006): *Spirituality and Religiousness and Alcohol/Other Drug Problems: Treatment and Recovery Perspectives*. Binghamton: The Haworth Press.

Berger, Peter (2007): Vallás: tapasztalat, hagyomány és reflexió. In: Korpics, M. - P. Szilczl, Dóra szerk.: *Szagrális kommunikáció. A transzcendens mutatkozása*. Typotex, Budapest. 204.

Bertaux, D. (1995): "A Response to Thierry Kochuyt's 'Biographic and Empiricist Illusions: A Reply to Recent Criticism'." *Biography and Society Newsletter*: 2-6. Research Committee, 38, International Sociological Association.

Bibeau, G. (1997): Cultural psychiatry in a creolizing world: Questions for a new research agenda. *Transcultural Psychiatry*, 34. 9-41.

Biernacki, Patrick (1986): *Pathways from Heroin Addiction Recovery without Treatment*. Philadelphia: Temple University Press.

Binswanger, L. (1986): Az ember helye a pszichiátriában. In: *Pszichiátria és emberkép*. Szerk.: Pethő Bertalan. Gondolat, Budapest.

Blasius, Dirk (1977): Psychohistorie und Sozialgeschichte. *Archiv für Sozialgeschichte* 17. 388.

Blomqvist, J. and Cameron, D. (2002): "Moving Away from Addiction: Forces, processes and Contexts" in: *Addiction Research and Theory* 10. 115-118.

Blume, W. Arthur (2004): "Understanding and Diagnosing Substance Use Disorder" in: *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* New Jersey: John Wiley and Sons. 63-93 (ed. Robert Holman Coombs).

Bodor, Péter (2002): Konstruktivizmus a pszichológiában. In: *BUKSZ 2002*. 67. oldal

Boreczky, Á. (2004): *A szimbolikus család. Az értelmezés idejének és terének kiterjesztése*. Gondolat Kiadó, Budapest. 13. oldal

Borsányi, L. (1988): A megfigyelési technikák az etnológiai terepmunkában. In: *Ethnographia* 90/1988.

Boszormenyi-Nagy, I. (1987): *Foundations of contextual therapy: Collected papers of Ivan Boszormenyi-Nagy*, MD. New York: Brunner/Mazel.

- Boszormenyi-Nagy, I., Framo, J. (1985): *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects*. New York: Harper and Row. (New York: Brunner/Mazel)
- Boszormenyi-Nagy, I., Krasner, B. (1986): *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1984): *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper and Row. (New York: Brunner/Mazel)
- Bourdieu, P. (2009): *A gyakorlat elméletének vázlatja*. Napvilág Kiadó, Budapest
- Bögre, Zs. (2003): Élettörténeti módszer elméletben és gyakorlatban. Feldolgozási javaslat és illusztráció. In: *Szociológiai Szemle*. 2003/1. 155-168.
- Bracke, R. (1996): De encounter, het hart van de therapeutische gemeenschap. In Broekaert, E.; Bracke, R.; Calle, D.; Cogo, A.; van der Straten, G. & Bradt, H. (Ed.) *De nieuwe therapeutische gemeenschap*. Leuven, Belgium: Garant. 65-70.
- Bratter, T.; Collabolleta, E.; Fossbender, A.; Pennachia, M. & Rubel, J. (1985): The American Self-Help Residential therapeutic community: A pragmatic Treatment Approach for addicted Character-disordered individuals. In Bratter, T. & Forrest, G. (Eds.) *Alcoholism and Substance Abuse*. London: The Free Press. 461-507.
- Bridgeland, M. (1971): *Pioneer work with maladjusted children: A study of the development of therapeutic education*, London: Staples Press.
- Brody, E. B. (1986): Kulturális, szimbolikus és értékelemek a deviáns magatartás társadalmi etiológiájában. In: *Pszichiátria és emberkép*. Szerk.: Pethő Bertalan, Gondolat, Budapest
- Broekaert, E. (2006): What future for the therapeutic community in the field of addiction? A view from Europe. *Addiction*, Vol. 101, Issue 12. 1677-1678.
- Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D.J., Kaplan, C. (2000): Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults, *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 407-417.
- Broekaert, E., Vandavelde, S., Vanderplasschen, W., Soye, V., Poppe, A. (2002): Two decades of 'research-practice' encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers. *Nordic Journal of Psychiatry* 56: 371–377.

- Broekaert, E.; Kooyman, M. and Ottenberg, D. (1998): The “new” drug-free Therapeutic Community: Challenging encounter of classic and open Therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 15 (6): 595-597.
- Brown, S. (1985): *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery*. John Wiley and Sons, New York.
- Bruner, J. (1974): *Új utak az oktatás elméletéhez*. Budapest, Gondolat Kiadó 13-40.
- Bruner, J. (2005): *Valóságos elmék, lehetséges világok*. Új Mandátum Könyvkiadó
- Buda Béla (1992): Az alkoholológia új távlatai. In: *Utak az alkoholproblémák megértéséhez megelőzéséhez és korai kezelésbeviteléhez. Válogatott tanulmányok*
- Buda, Béla (2011): *Az elme gyógyítása. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre*. Háttér Kiadó. Budapest. 232.
- Cain, C. (1991): Personal stories: Identity acquisition and self-understanding in Alcoholics Anonymous. *Ethos*, 19. 210-253.
- Cami, J. and Farre, M. (2003): “Drug addiction” in: *New England Journal of Medicine*, 10. 349: 975-986.
- Carricaburu, D., Pierret, J. (1995): From biographical disruption to biographical reinforcement: the case of HIV-positive men. *Sociology of Health and Illness*, 17, 65-88.
- Carroll, S. (1993): “Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery” in: *Journal of Studies on Alcohol* 54. 297-301.
- Carter, A., Capps, B. Hall, E. eds. (2009): *Addiction neurobiology: ethical and social implications*. EMCDDA. Lisbon. *Monographs*, Vol. 9.
- Casriel, D. (1963): *So fair a house: The story of Synanon*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Castel Robert, et al. *Les sorties de la toxicomanie* [Leavings from drug addiction], (Fribourg, Switzerland: Editions Universitaires, 1998).
- Cerclé, A. (2002): Textual and narratological analysis of the social representation of alcoholism in a self-help group. *European Review of Applied Psychology*. 52. (3-4) 253-261.
- Chang, Jeff (1998): *Gyermekek történetei, gyermekek megoldásai*. Szociális konstrukcionista terápia gyermekek és családjaik számára. In: *Konstruktív terápiák kézikönyve*. Szerk.: Michael F. Hoyt. Animula

- Chassin, L., Curran, J. P., Hussong, M. A. and Colder R. C. (1996): "The relations of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study" in: *Journal of Abnormal Psychology* 105. 70-80.
- Chodorow, N. (1982): The fantasy of perfect mother. In: *Rethinking the family: Some feminist questions*. New York, Longman.
- Chodorow, N. J. (2000): *A feminizmus és a pszichoanalitikus elmélet*. Budapest. Új Mandátum. Szerk.: Csabai Márta, Erős Ferenc
- Clifford, J. - Marcus, G. E. (szerk). (1986): *Writing culture. The Poetics and Politics of Ethnography*. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.
- Clifford, J. (1999): Az etnográfiai allegóriáról. In: *A kultúra narratívái*. Szerk.: Thomka Beáta. Kijárat Kiadó, Budapest. 151-179.
- Clifford, J. (2002): *Térbeli gyakorlatok*. Magyar Lettre Internationale 18. <http://www.c3.hu/scripta/lettre/lettre49/clifford.htm>
- Cohen, A. P. (1985): *The Symbolic Construction of Community*. London.
- Coleman, B. S. (1980): "Incomplete mourning and addict/family transactions: A theory for understanding heroin abuse" in: *Theories on Drug Abuse: Contemporary Perspective*, NIDA Research Monograph No. 30, (Washington: Government Printing Office) 83-89. (eds. Dan J, Lettieri, Mollie Sayers, Helen Wallenstein Pearson).
- Connors, A. N., Whiteside-Mansell, L. and Sherman, C. A. (2006): "Dimensions of religious involvement and mental health outcomes among alcohol- and drugdependence women" in: *Spirituality and Religiousness and Alcohol/Other Drug Problems: Treatment and Recovery Perspectives*. Binghamton: The Haworth Press. 89-108. (eds. Brent B. Benda and Thomas F. McGovern).
- Cook, C. Ch. (2004): "Addiction and spirituality" in: *Addiction* 99. 539-551.
- Crites, S. (1971): The narrative quality of experience. *Journal of the American Academy of Religion*, 39, 291-311.
- Culler, J. (1997): *Dekonstrukció*. Budapest, Osiris
- Csabai, M. - Erős, F. (2000): *Testhatárok és énhatárok. Az identitás változó keretei*. József Műhely Kiadó

- De Leon, G. (2000): *The therapeutic community. Theory, model and method.* New York, Springer Publishing Company.
- De Leon, G: (1997): *Community as method: Therapeutic communities for special settings and special populations.* Westport, CT, Greenwood Publishing Group, Inc.
- DeMarinis, V. (2003): *Pastoral Care, Existential Health, and Existential Epidemiology: A Swedish Postmodern Case Study.* Stockholm: Verbum Press.
- Demetrovics, Zs. (2007): *Drog, család, személyiség. Különböző típusú drogok használatának személyiségpszichológiai és családi háttere.* Budapest. L'Harmattan Kiadó.
- Dethlefsen, Thorwald (1997): *Oidipusz, a talány megfejtője.* Magyar Könyvklub
- DeVault, M. L. (1999): *Liberating Method: Feminism and Social Research.* Philadelphia: Temple Univ. Press.
- Dick, B. (1996): *Turning point, a history of early AA's spiritual roots and successes.* San Rafael: Paradise Research Publications.
- DiClemente, C. C (2003): *Addiction and Change: How Addicts Develop and Addicted People Recover,* New York: The Guilford Press.
- DiClemente, C. C. and Prochaska, O. J. (1998): "Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behavior" in: *Treating Addictive Behaviors.* New York: Plenum Press. (eds. William R. Miller and Nick Heather), 3-24.
- Dossey, L. (1997): *Prayer is Good Medicine: How to Reap the Healing Benefits of Prayer.* San Francisco: Harper Publisher.
- Endore, G. (1968): *Synanon.* Garden City, NY, Doubleday & Company. Finn P (1994). Addressing the needs of cultural minorities in drug-treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 11: 325–337.
- Fallot, R. D., and Azrin, S. T. (1955): "Consumer Satisfaction: Findings from a Case Management Program Evaluation Study." Paper presented at the *Annual Conference of the International Association of Psychosocial Rehabilitation Services*, Boston, June 1995.
- Fallot, R. D.: Spiritual and religions dimensions of mental illness. Recovery narratives. In: *New directions for mental health services*, 80, 35-44. Jossey-Bass.
- Foucault, M. (1990): *Felügyelet és büntetés. A börtön története* Gondolat, Budapest
- Foucault, M. (1990): Miért tanulmányozzuk a hatalmat? I-II. *Polisz*, 1990, 2,3.

- Foucault, M. (2000): *A szavak és a dolgok. A társadalomtudományok archeológiája.*
- Foucault, M. (2001): *A tudás archeológiája.* Atlantisz
- Foulkes, S. H. (2000): *A csoportanalitikus pszichoterápia módszere és elvei.* Animula
- Frank, A. W. (1995): *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics.* Chicago: University of Chicago Press.
- Freeman, M. (1998): "Mythical Time, Historical Time, and the Narrative Fabric of the Self." *Narrative Inquiry* 8 (1):1-24.
- Freud, A. (1994): *Az én és az elhárító mechanizmusok.* Animula
- Garfield, H. (1978): *The Synanon Religion,* Marshall, California: Synanon Foundation.
- Geertz, C. (1994): A vallás, mint kulturális rendszer. In: *Az értelmezés hatalma.* Budapest, Századvég
- Geertz, C. (1995): *A tény után. - Részletek a könyv egyik fejezetéből - Magyar Lettre Internationale* 18. <http://www.c3.hu/scripta/lettre/lettre49/geertz.htm>
- Giaconia, M. R., Reinherz, Z. H.,Paradis, D. A., and Stashwick, K. C. (2003): "Comorbidity of Substance Use Disorders and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents" in: *Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders.* Washington: American Psychological Association. 227-242.
- Giddens, A. (1990): *The Consequences of Modernity.* Polity Press, Cambridge
- Gillis, J. R. (1996): Making Time for Family: The Invention of Family Time(s) and the Reinvention of Family History. *Journal of Family History.* Vol. 21, jan. 4-21.
- Glaser, F. B. (1972): The uses of the day program. In: Barten HH.
- Goldberg, M. (1982): *Theology and narrative.* Nashville: Abingdon Press.
- Goldenberg, H. - Goldenberg, I. (2008): *Áttekintés a családról.* I. II. III. Animula Kiadó, Budapest.
- Goldenberg, H., Godenberg, I. (2008): *Áttekintés a családról.* II. kötet. Animula Kiadó. Budapest. 70-78.
- Greenblatt, S. (1988): *Shakespearean Negotiations: The Circulation of Social Energy in Renaissance.* England. Berkeley.
- Greenblatt, S. (1995): Culture. In: *Critical Terms for Literary Study.* Ed. Frank Lentricchia -



Thomas McLaughlin. Chicago-London.

Habermas, J. (1987): *Philosophisch- politische Profile*. Frankfurt: Springer

Häninen, V. and Koski-Jännes, A. (1999): "Narratives of recovery from addictive behaviours" in: *Addiction* 94 (12) 1837-1848.

Häninen, V. and Koski-Jännes, A. (2004): "Stories of attempts to recover from addiction" in: *Addiction and life course* (P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes and L. Öjesjö eds.), Helsinki: NAD Publication 44. 231-246.

Haraway, D. (1993): The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of the Self in Immune System Discourse. In: S. Lindenbaum and M. Lock (eds) *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. University of California Press, Berkeley. 367.

Harris, M., Bebout, R. R., Freeman, D. W., Hobbs, M. D., Kline, J. D., Miller, S. L., Vanasse, L. D. (1997): Work stories: Psychological responses to work in a population of dually diagnosed adults. *Psychiatric Quarterly*, 68 (2), 131-153.

Hatfield, A. B., and Lefley, H. P. (1993): *Surviving mental illness: Stress, coping, and adaptation*. New York: Guilford Press.

Hawkins, J.D, Catalano, R.F, and Miller J.Y, (1994): "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance use prevention" in: *Psychological Bulletin* 112, 64-105.

Heaton, J. M. (2002): *Wittgenstein és a pszichoanalízis*. Alexandra kiadó

Hesta, H. (1984): *The third generation of concept therapeutic communities. A change of the concept from self-help to more professionalism. Proceedings of the First European Conference on Milieu therapy*. Katrineholm, Sweden: Vallmotorp Foundation.

Heyman, M. G. (2009): *Addiction: A Disorder of Choice*, Harvard: Harvard University Press.

Hinchman, L.P. and S. K. Hinchman (szerk) (1997): *Memory, Identity, Community: The Idea of Narrative in the Human Sciences*. Albany: State Univ. of N.Y. Press.

Hurwitz, B. et al. (2006): "Life histories and narratives of addiction," in: *Drugs and the future: Brain science, addiction and society*. London: Academic Press. 485-506. (eds. David J. Nutt, Trevor W. Robbins, Gerald V. Stimson, Martin Ince, Andrew Jackson).

Husserl, E. (1998): *Az európai tudományok válsága*. I. kötet. Budapest, Atlantisz

- Inciardi, J. (Ed.) (1999): *The drug legalization debate*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications
- Iser, W. (2004): *Az értelmezés világa*. Gondolat Kiadó - ELTE Összehasonlító Irodalomtudományi Tanszék. Budapest
- Janzen, R. (2001): *The Rise and Fall of Synanon: A California Utopia*, Baltimore/ London: The Johns Hopkins University Press.
- Jenkins, Keith (1995): *On „What is History”?* (From Carr and Elton to Rorty and White). London - New York. 7.
- Jessor, R. and Jessor, S. (1980): “A social-psychological framework for studying drug use” in: *Theories on Drug Abuse: Contemporary Perspective* , NIDA Research Monograph No. 30, 102-109. Washington: Government Printing Office.
- Johnson, D. B. (1980): *Toward a Theory of Drug Subcultures*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Jones, M. (1957): The concept of a therapeutic community, *American Journal of Psychiatry*, 112, 647-650.
- Kálmán, C. György (2001) (szerk.): *Az értelmező közösségek elmélete*. Balassi, Budapest.
- Kaplan, C. (1993): New issues in changing drug policy. In: *Orthopedagogische Reeks Gent 4*, Special Education Ghent. Gent: V. Z. W. O.O.B.C., University of Ghent, 135-150.
- Kaschuba, W. (2004): *Bevezetés az európai etnológiába*. Csokonai Kiadó
- Keane, H. (2001): Public and private practices: addiction autobiography and its contradictions. *Contemporary Drug Problems*. 28/winter
- Kelemen, G. (2001/a): A drogkérdés társadalmi felépítése és ennek hatása a szenvedélybetegek kezelésére (Módszertani megfontolások). In: *Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia. Addiktológiai és pszichoterápiás tanulmányok* Pro Pannonia Kiadói Alapítvány
- Kelemen, G. (2001/b): Az addiktológiai konzultáció néhány antropológiai kérdése. In: *Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia. Addiktológiai és pszichoterápiás tanulmányok* Pro Pannonia Kiadói Alapítvány
- Kelemen, G. (2009/a): Adalékok az addikció természettörténetéhez. In: *A velünk élő szenvedélyek. Szenvedélypolitika és egészségtanulás*. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.

Budapest

Kelemen, G. (2009/b): Az addiktológiai terápiás közösségek keletkezéstörténete. Az átmenet kontextusa. In: *A velünk élő szenvedélyek. Szenvedélypolitika és egészségtanulás*. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány. Budapest

Kelemen, G. (2009/c): A szenvedélypolitika útkeresése. In: *A velünk élő szenvedélyek. Szenvedélypolitika és egészségtanulás*. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány. Budapest

Kelemen, G.-B. Erdős, M.(2004): *Cravig for Sobriety. A Unique Therapeutie Community in Hungary Pécs*. The Faculty of Humanities University of Pécs and The Leo Amici 2002 Foundation

Kelly, M. (1992): Self, identity and radical surgery, *Sociology of Health and Illness*, 14, 390-415.

Kirmayer, L. J. (2000): Broken narratives. Clinical encounters and the poetics of illness experience. In: Mattingly, C – Garro, L.C. (eds), *Narrative and the cultural constructions of illness and healing*. 153-180. Berkeley: University of California Press.

Kisantal, Tamás (2006): Történetírás és pszichoanalízis, avagy a történetírás, mint pszichoanalízis. Freud és Certeau szövegei elé. *Aetas*. 2006. 1. szám

Kleinman, A. (1980): *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (1988): *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.

Koenig, G. H. (1998): *The Healing Power of Faith*. New York: Simon and Schuster.

Koenig, G. H., McCullough E. M. and Larson B. D. (2001): *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.

Kolozsi, B. (2009): A HIV/AIDS-megelőzés drogvisszaéléssel összefüggő kérdései. In: *Polihistória*. Szerk: Bagdy, E. – Demetrovics, Zs. – Pilling, J. Akadémiai Kiadó, Budapest. 377-395.

Kooyman, M. (1993): *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success*. Lisse, the Netherlands: Swets and Zeilinger.

Koski-Jännes, A. (2004): "In search of a comprehensive model of addiction" in: *Addiction and Life Course*. Helsinki: NAD Publications 44. 49-67. (eds. P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes & L. Ojesjö).

Kövér, György (2002): A biográfia nehézségei. *Aetas*. 2002. 2-3. szám

Kulcsár-Szabó, Zoltán (2000): A „korszak” retorikája. A korszak- és századforduló, mint értelmezési stratégia. In: *Az irodalmi szöveg antropológiai horizontjai*. Szerk.: Bednaries, Gábor - Bengi, László - Kulcsár Szabó Ernő, Szegedy-Maszák Mihály. Osiris Kiadó. Budapest.

Kurimay, Tamás (2003): A kontextuális terápia és alkalmazása pszichiátriai megbetegedésekben. In: *Család - pszichiátria - terápia*. Szerk.. Koltai Mária Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. 198-224. o.

Kurtz, E. (1986): "Origins of A.A. spirituality", in: *Blue Book* 38, 35-42.

Laing, R.D., Esterson, A. (1964): *Sanity, Madness, and the Family: Families of Schizophrenics*. Penguin Books.

Laslett, B. (1999): "Personal Narratives as Sociology." Featured essay, *Contemporary Sociology* 28 (4):391-401.

Laudet, B. A., Morgen, K. and White, L. W. (2006): "The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems" in: *Spirituality and Religiousness and Alcohol/Other Drug Problems: Treatment and Recovery Perspectives* Binghamton: The Haworth Press. 33- 73. (eds. Brent B. Benda and Thomas F. McGovern).

Lázár, I. (2008): Ricoeur és a spirituális határképzés. In: *Studia Caroliensia*. 2008. 2. sz. 67-73.

Lénárd, Kata (2008): Megélt és/vagy elmesélt. Korai trauma és emlékezés. In: *Írott és olvasott identitás. Az önéletrajzi műfajok kontextusai*. Szerk.: Mekis D. János és Z. Varga Zoltán. L'Harmattan - PTE Modern Irodalomtörténeti és Irodalomelméleti Tanszék.

Lettieri, J. D., Sayers, M., Wallenstein, P. H. (eds.) (1980): *Theories on Drug Abuse: Contemporary Perspective*, NIDA Research Monograph No. 30, Washington: Government Printing Office.

Levi, Giovanni (2000): Az életrajz használatáról. *Korall* 2000. tél. 81-92.

- Lotman, J. (2002): *Kultúra és intellektus. Jurij Lotman válogatott tanulmányai a szöveg, a kultúra és a történelem szemiotikája köréből*. Argumentum Könyvkiadó, Budapest.
- Lukas, E. (2007): *Szenvedésednek is van értelme*. Logoterápiai vigasz krízisben. Szeged. Agapé.
- Lukas, E. (2009): *Szabadság és identitás. A függőség problémája logoterápiai megközelítésben*. Jel könyvkiadó, Budapest
- Majtényi, Gy. (2002): *Emlékezés és személyiség. Az életút rekonstrukciójáról*. AETAS, 2002. 2-3.
- Makela, K. et alii (1996): *Alcoholics Anonymous as a Mutual-Help Movement. A Study in Eight Society*. The Univ. of Wisconsin Press. Madison. Wis. London
- Marcelli, M. (2006): *Michel Foucault, avagy mássá lenni*. Pozsony, Kalligram
- Marlatt, G. A. and J. R. Gordon, (eds.), (1985): *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Maslow, A. H. (1963): *Towards a Psychology of Being*. D. Van Nostrand. Toronto.
- Maslow, A. H. (1967): Synanon and Eupsychia. *Journal of Humanistic Psychology*. 7. 28.
- Matthews, A. D. and Larson, B. D. (1995): *The Faith Factor: An annotated bibliography of clinical research on spiritual subject*, Vol. 3. Rockville: National Institute for Healthcare Research.
- Mattingly, C. (1994): The concept of therapeutic „emplotment”. *Social Science and Medicine*, 38. 811-822.
- McAdams, D. P. (1993). *Stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: Morrow.
- McGovern, F. Th. and McMahon, T. (2006): “Spirituality and religiousness and alcohol/other drug problems: Conceptual framework” in: *Spirituality and Religiousness and Alcohol/Other Drug Problems: Treatment and Recovery Perspectives*. Binghamton: The Haworth Press. 7-19. (eds. Brent B. Benda and Thomas F. McGovern).
- McIntosh, J. and McKeganey, N. (2000): “Addicts’ Narratives of Recovery from Drug Use” in: *Social Science and Medicine* 50 (10), 1501-1510.
- McIntosh, J. and McKeganey, N. (2002): *Beating the Dragon: The Recovery from Dependent Drug Use*. Harlow: Prentice Hall.

- Meyerhoff, B. (1986): „Life, not death in Venice”: Its second life. In: Turner, Bruner (szerk): *The anthropology of experience*. Univ of Illinois Press.
- Miles, M. (1970): *On Naming the Here-and-Now*. Unpublished essay. Columbia Univ.
- Miller, R. W. (1997): “Spiritual aspects of addiction treatment and research” in: *Mind/Body Medicine* 2 (1), 37-43.
- Miller, R. W. (1998): “Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems” in: *Addiction* 93 (7), 979-990.
- Mills, C.W. (1959): *The Sociological Imagination*. New York: Oxford Univ. Press.
- Mishler, E. (1995): Models of narrative analysis: a typology, *Journal of Narrative and Life History*, 5, 87-123.
- Missiak, H. S. V. (1973): *Phenomenological, existential and humanistic psychologies. A historical survey*, New York/London: Grune and Stratton.
- Mitchell, D.M., Gofshe, R. (1980): *The light on Synanon*. New York, Seaview.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., Swann, A. C. (2001): Psychiatric Aspects of Impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*. 158 (11): 1783-1793.
- Monti, M. P., Rohsenow, R. D., Colby, M. C., and Abrams, B. D. (1995): “Coping and social skills training” in: *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Needham Heights: Simon and Schuster. 221-241 (eds. Reid K. Hester and William R. Miller).
- Morgan J. O. (1999): “Addiction and Spirituality in Context” in: *Addiction and Spirituality: A Multidisciplinary Approach*. St. Louis: Chalice Press, 3-30. (eds. Oliver J. Morgan and Merle Jordan).
- Morgan, J. O. and Jordan, M. R. (1999): “Addiction and spirituality: a clinical-theological reflection” in: *Addiction and Spirituality: a Multidisciplinary Approach*. St. Louis: Chalice Press, 251-267 (eds. Oliver J. Morgan and Merle Jordan).
- Morjaria, A. and Orford, J (2002): “The role of religion and spirituality in recovery from drink problems: A qualitative study of Alcoholic Anonymous members and South Asian men” in: *Addiction Research & Theory*, 10 (3), 225-256.

- N. Kovács Tímea (2004) (szerk.): Kultúrák, szövegek és határok: a fordítás. A fordítás, mint kulturális praxis. *Jelenkor*, Pécs. 6.
- Naudin, J., Azorin, J. M. (1998): Le concept d'identité chez Ricoeur et l'expérience psychiatrique (Ricoeur's concept of identity and the psychiatric experience). *Confrontations Psychiatriques*, 39. 73-88.
- NG Ho-Yee and Shek, D. (2001): "Religion and therapy: Religious conversion and the Mental Health of chronic heroin-addicted persons" in: *Journal of Religion and Health* 40, (4), 399-410.
- Niebuhr, R. (1980): The serenity prayer. In Beck, E. M. (ed.), *Bartlett's familiar quotations*. Boston: Little, Brown.
- Niedermüller, P. (1993): Empirikus kultúrákutató avagy az antropológia esélyei Kelet-Európában. In: *A komplex kultúrákutató dilemmái a mai Magyarországon*. Miskolc
- O'Brien, W. B. (1984): A global perspective of the T.C. Movement. In: *Third generation of Therapeutic Communities. Proceedings of the first European Conference on milieu therapy*. Katerinaholm, Sweden, Vallmotorp foundation.
- Omer, Haim (1998): A terápiás hasítások alkalmazása empátias narratívák alkotásában. In: *Konstruktív terápiák kézikönyve*. Szerk.: Michael F. Hoyt. Animula
- Onnis, L. (1993): *A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlélete*. Családterápiás olvasókönyv sorozat III. Budapest
- Orford, J. (2000): *Excessive Appetites: a Psychological View of Addiction* Chichester: Willey
- Pardini, A. D., Plante, G. Th., Sherman, A. and Stump, E. J. (2000): "Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits" in: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 (4), 347-354.
- Pargament, K. I. (1997): *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
- Parton, N. - O'Byrne, P. (2006): Mi a konstruktív szociális munka? In: *Esély* 2006/1. 47-66.
- Parton, N.- O'Byrne, P. (2006): Mi a konstruktív szociális munka? In: *Esély* 2006/1.
- Péley, B. (2002): *Rítus és történet. Beavatás és a kábítószeres létezőmód*. Új Mandátum Könyvkiadó. Budapest. 50-65. o.

- Perfas, F. B. (2004): *Therapeutic Community Social Systems Perspective*. iUniverse, INC. New York Lincoln Shanghai
- Pethő, B. (1986): *Pszichiátria és társadalmi ügy*. Magvető kiadó, Budapest
- Pieters, J. (2003): Új historizmus: posztmodern történetírás a narratológia és a heterológia között. *Aetas*. 2003. 3-4. sz.
- Pikó, Bettina (2009): Protektív tényezők szerepe az addikciók ifjúkori megelőzésében. In: *Az addiktológia alapjai III*. Szerk.: Demetrovics Zsolt. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest. 83-104. o.
- Pléh Csaba (1997): Előadás a Nahalka István szervezte óbudai pedagógiai elméleti klubban, 1997. október „*A konstrukcionizmus és a pszichológia*” címmel
- Plummer, K. (1995): *Telling Sexual Stories: Power, Change and Social Worlds*. New York: Routledge.
- Pollner, M. (1989): Divine relations, social relations, and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 92-104.
- Rácz, J. - Takács, Á. (szerk.) (2006): *Drogpolitika, hatalomgyakorlás és társadalmi közeg. (Elemzések Foucault-i perspektívából)*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Rácz, J. (2006): *Kvalitatív droggutatók. Kvalitatív kutatások budapesti droghasználók között*. L' Harmattan Kiadó Budapest.
- Rafalovich, A. (1999): Keep Coming Back! Narcotics Anonymous narrative and recovering-addict identity *Contemporary Drug Problems*. 26/spring
- Rastegar, D. A., Fingerhood, M. I. (2005): *Addiction Medicine. An Evidence-Based Handbook*. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia.
- Richard, J. A., Bell, C. D. and Carlson, W. J. (2000): “Individual religiosity, moral community, and drug user treatment” in: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39 (2), 240-246.
- Ricoeur, P. (1984): *Time and narrative*. (Vol. 1.) Chicago: University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (1992): *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (2005): *The course of recognition*. Cambridge, UK: Harvard University Press.



- Ringwald, D. (2003): "Spirituality: An evidence based practice for treatment and recovery" in: *Counselor* 4 (3), 32-37.
- Robbins, S. P. (1993): *Organizational Behavior: Concepts, controversies, and applications*. Prentice Hall. Englewood Cliffs, N.J.
- Rorty, R. (1994): *Esetlegesség, ironia és szolidaritás*. Pécs, Jelenkor
- Röckelein, H. (2002): A pszichohistorikus módszer hozzájárulása az „új történelmi biográfiához”. *Aetas*. 2002. 2-3. sz.
- Schafer (1976): *A new language for psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Schafer, R. (1983): *The analytic attitude*. New York: Basic Books.
- Schultze, Q. J. (2007): Az „Isten-probléma” a kommunikációkutatásban. In: Korpics, M. - P. Szilczl, Dóra szerk.: Szakrális kommunikáció. A transzcendens mutatkozása. Typotex, Budapest.
- Schütz, A. – Luckmann, T.(1984): Az életvilág struktúrái. In: *A fenomenológia a társadalomtudományokban*. Budapest, Gondolat
- Seybold, K. (2010): Tanítási célok. Narratív teológia. In: *Narratívák. 9. Narratív teológia*. (Horváth, Thomka szerk). 147-166.
- Sharma, Sohan Lal (1986): A nozológia kialakulásának történelmi háttere a pszichiátriában és a pszichológiában. In: *Pszichiátria és emberkép*. Szerk.: Pethő Bertalan. Gondolat, Budapest. 382-394.
- Simpson, L. T. (2003): "Childhood Sexual Abuse, PTSD, and the Functional Roles of Alcohol Use among Women Drinkers" in: *Substance Use & Misuse* 38, (2), 249-270.
- Smith, E. D. and Seymour, B. R. (2004): "The Nature of Addiction" in: *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* New Jersey: John Wiley and Sons, 3-30 (ed. Robert Holman Coombs).
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., and Sobell, M.B. (2000): "Natural recovery from alcohol and drug problems. Methodological review of the research with suggestions for future directions" in: *Addiction* 95, 749-764.
- Soyez, V., Broekaert, E. (2005): Therapeutic communities, family therapy, and humanistic psychology: History and current examples, *Journal of Humanistic Psychology*, 45 (3), 302-332.

Spence, D. P. (1982): *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.

Spicer, P. (1998): Narrativity and the representation of experience in American Indian discourses about drinking. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, 139-169.

Spilka, B. et al (2004): *The Psychology of Religion: an Empirical Approach*, New York: The Guilford Press.

Sremac, S. (2010): Addiction, narrative and spirituality: Theoretical-methodological approaches and overview. In: *Religija i tolerancija*. Vol. 8/14.255-273.

Stark, R. (1987): "Religion and deviance: A new look" in: *Crimes, Values, and Religion*. Norwood: Ablex, (eds. James Day and William S. Laufer).

Steffen, V. (1997): Life stories and shared experience. *Soc. Sci. Med.* 1. 99-111.

Stephen - Elliot (1998): Az anorexia narratív megközelítése. Megbeszélés, reflexivitás és kérdések. In: *Konstruktív terápiák kézikönyve*. Szerk.: Michael F. Hoyt. Animula

Sternberg, M. (2010): Narratív modellek. In: *Narratívák. 9. Narratív teológia*. (Horváth, Thomka szerk). 71-103.

Sugerman, B. (1974): *Daytop Village: A Therapeutic Community*. New York, Holt, Rinehart & Winston, Inc.

Sutyák, T. (2008): *A Freud-elv. A pszichoanalízis, mint lélekfilozófia*. Kalligram, Pozsony. 126. o.

Szabó J., Gerevich J. (2007): A narratív pszichológiai megközelítések pszichiátriai és addiktológiai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica*. XXII./2. 134-144.

Szabó Judit (2005): Az elmúlt 10 év nagyobb szakmai és társadalompolitikai változásai és azok hatásai egy drogterápiás intézetre. (Az előadás elhangzott Budapesten, az Alkohol és Addikciók Nemzetközi Tanácsa (ICAA) által szervezett konferencián, 2005. október 27-én a Terápiás Közösség szekcióban.)

<http://www.ok.hu/katalogus?hol=1&q=AZ%20ELM%20DALT%2010%20%20C9V%20NAGYO%20SZAKMAI%20%20C9S%20T%20C1RSADALOMPOLITIKAI%20V%20C1LTOZ%20C1SAI%20%20C9S%20AZOK%20HAT%20C1SAI%20EGY%20DROGTER%20C1PI%20C1S%20INT%20C9ZETRE>

- Szabó, J. (2005): Alkoholfüggő férfiak nyelvi kifejezésmódjának vizsgálata. (előadáskivonat) *Psychiatria Hungarica*, XX. Évf. 2005/Supplementum, 31.
- Szabó, J., Gerevich, J. (2009): Kapcsolatok a felépülésben, felépülés a kapcsolatokban. A társas támogatottság mérése alkoholbetegek önéletrajzaiban. *Lege Artis Medicinae*. 19 (1): 67-72.
- Szabó, T. (2003): A gondolkodó világ modellje. In: *AETAS* 2003/1.
- Székely, Ilona (2000): Kapcsolatainkban léteünk. Böszörményi-Nagy Iván kontextuális terápiájának rövid ismertetése. In: *Pszichoterápia*. IX. évfolyam. 2000. december. 437-444. o.
- Szentesi - Hegyi - Tihanyi (2004): A Minnesota - modell a Félút Centrumban. In: *Addiktológia*, 2004/1-2. sz. 146-159.
- Taïeb, O., Révah-Lévi, A., Moro, A. R., Baubet, T. (2008): "Is Ricoeur's notion of narrative identity useful in understanding recovery in drug addicts?" In: *Qualitative Health Research* vol. 18 (7) 990-1000.
- Tajfel, H. (1978): "*Inter-individual and intergroup behaviour*". *Differentiation between groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. London: Academic Press. 27-60.
- Takács, I. G., Demetrovics, Zs. (2009): Ártalomcsökkentés: elmélet és gyakorlat. In: *Az addiktológia alapjai III*. Demetrovics, Zs. szerk. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Thomka, B. (szerk.) (1999): *A kultúra narratívái*. Kijárat Kiadó, Budapest.
- Thune, C. E. (1977): Alcoholism and the archetypal past. A phenomenological perspective on Alcoholics Anonymous, *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 75-88.
- Tiebout, A. H. (1951): "Conversion as a Psychological Phenomenon: In the treatment of the alcoholic" in: *Pastoral Psychology* 2 (3), 28-34.
- Tims, F. M., Leukefeld, C. G., Platt, J. J. (eds) (2001): *Relapse and recovery in addictions*. Newhaven, CT, and London: Yale University Press.
- Topolánszky, Á. (2009): A terápiás közösségek új generációi. In: Demetrovics, Zs. szerk. *Az addiktológia alapjai III*. Budapest, ELTE EÖTVÖS Kiadó. 385-402.
- Tóth, P. (2002): A „közösség”. Egy fogalom megalkotása, kiteljesedése, széthullása és felszámolása. In: *Közösség és identitás* Szerk.: Pócs Éva L'Harmattan – PTE Néprajz Tanszék Budapest

- Trabant, J. (2003): *Mithridates im Paradies. Kleine Geschichte des Sprachdenkens*. München
- Trías, E. (2007): Gondolatok a vallásról: a szimbólum és a szentség. In: Korpics, M. - P. Szilczl, Dóra szerk.: *Szagrális kommunikáció. A transzcendens mutatkozása*. Typotex, Budapest.
- Tucker, J. A. (1999): Reformulating the addictive behavior change process: changing addictive behavior, historical and contemporary perspectives, in Tucker, J. A., Donovan, D., Marlatt, A. eds., *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies*, New York: The Guilford Press. 1-44.
- Turner, V. (2002): *A rituális folyamat*. Budapest, Osiris
- Turner, V. W., Bruner, E. M. (eds) (1986): *The anthropology of experience*. Chicago: University of Illinois Press.
- Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., Van Oost, P. (2002): Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation study in Belgium, *European Addiction Research*, 8(1), 10-21.
- Waldorf, D. (1983): Natural recovery from opiate addiction: Some social-psychological processes of untreated recovery. *Journal of Drug Issues*, 13, 237-280.
- Watzlawick, P.- Weakland, J. (1974): *Change*, N.Y. London, Norton
- Weber, M. (1970): *Állam-politika-tudomány*. Tanulmányok. Fordította Józsa Péter. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
- Webster, R. (2002): *Miben tévedett Freud? Bűn, tudomány, pszichoanalízis*. Európa Könyvkiadó, Budapest
- Weiner, B., and White, W. (2001). The history of addiction/recovery-related periodicals in America: Literature as cultural/professional artifact. *Contemporary Drug Problems*, 28 (4), 531-557.
- Weiner, B., White, W. (2001): The history of addiction/recoveryrelated periodicals in America: Literature as cultural/professional artifact. *Contemporary Drug Problems*, 28, 531-557.
- Weinrich, H. (2010): Narratív teológia. In: *Narratívák. 9. Narratív teológia*. (Horváth, Thomka szerk). 61-70.

- Weiss, D. R. (1992): "The Role of Psychopathology in the Transition from Drug Use to Abuse to Dependence" in: *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington: American Psychological Association, 137-148. (eds. Glantz M and Picken R).
- White, M. (2001): A fogyasztói kultúrának szóló kihívás. Átmeneti rítusok és elfogadó közösségek. In: *Az addiktológia horizontja* Szerk.: Kelemen, G.- B. Erdős, M. PTE Egészségügyi Főiskolai kar, Pécs
- Wiklund, L. (2008): "Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges" in: *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2426-2434.
- Williams, G. (1984): The genesis of chronic illness: narrative reconstruction. *Sociology of Health and Illness*, 6, 175-200.
- Willis, P. (2000): *A skacok. Iskolai ellenkultúra, munkáskultúra*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Wills, T. A., Shiffman, S. (1985): "Coping and substance use: A conceptual framework" in: *Coping and Substance Abuse*. Orlando: Academic Press, (eds. S. Shiffman and T. A, Wills).
- Winick, C. (1962): Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on Narcotics*, 14, 1-7.
- Wittgenstein, L. (1998): *Filozófiai vizsgálódások*. Atlantisz Könyvkiadó
- World Health Organization, "International Statistical Classification of Diseases and Related Problems", Geneva: World Health Organization, 1992, 10th ed.
- Worthington, L. E., Scherer, M. and Cooke, L. K. (2006): "Forgiveness in the treatment of persons with alcohol problems" in: *Spirituality and Religiousness and Alcohol/Other Drug Problems: Treatment and Recovery Perspectives* (Binghamton: The Haworth Press. 124-145. (eds. Brent B. Benda and Thomas F. McGovern).
- Wulf, Ch. (2007): *Az antropológia rövid összefoglalása*. Enciklopédia kiadó
- Yablonsky, L. (1962): *The violent gang*. Macmillan, New York.
- Yablonsky, L. (1965): *The tunnel back: Synanon*. Macmillan, New York.
- Yablonsky, L. (1989): *The therapeutic community: A successful approach for treating substance abusers*. Gardner Press, New York
- Yalom, I. D. (2001): *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata*. Animula.

Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cowell, B. J., Rye, M., Scott, A. B. (1997): Religion and Spirituality. Unfuzzing the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 38. 412-423.

Žižek, Slavoj (1996): „A Valós melyik szubjektuma?” (ford. Csontos Szabolcs). In: Kiss Attila - Kovács Sándor sk., Odorics Ferenc (szerk.) *Testes könyv I.* Szeged: Ictus-Jate

Zizek, Slavoj (2011): *A törékeny abszolútum. Avagy: Miért érdemes harcolni a keresztény örökségért?* Typotex, Budapest.