

## **Előszó**

### ***Editorial***

Tisztelt Olvasóink!

2012-ben egy tematikus számmal jelentkezünk, amelyben a „Pszichoszociális változás és az átalakulás retorikája a tizenkét lépéses mozgalmakban” című kutatási projekt egyes, eddig még publikálatlan, reményeink szerint a jövőbe mutató eredményeit adjuk közzé. E kutatás 2007 nyaratól 2012 novemberéig zajlott az Országos Tudományos Kutatási Alap támogatásával.

A munka megkezdésekor a szerzők még nem láthatták előre azoknak a problémáknak az aktualitását, sürgető jellegét, amelyekre a kutatás keretei között keresték a lehetséges válaszokat. Az elmúlt néhány évben azonban a gazdasági válság nyomán bekövetkező forrás-szűkítések hatására az erőforrás-perspektívára alapozó, a poszt-traumatikus növekedés, fejlődés feltételeit kidolgozó, az intergenerációs transzmisszió mintázatait megváltoztató felépülési modellek egyre inkább előtérbe kerülnek.

A kutatás témavezetője, Kelemen Gábor egyetemi tanár az új felépülési modell legnevesebb hazai képviselője. E modell sajátossága, hogy szakít a korábbi deficit-alapú elgondolásokkal, és az egészségtanulás új szemléletére helyezi a hangsúlyt. A dialogikus közösségi térben zajló egészségtanulás folyamatának leírásával született meg az a közös nézőpont, új értelmezési keret, ami megteremti az öt éven át tartó kutatás egységét, koherenciáját, és összefűzi e tematikus szám tartalmait.

Kelemen Gábor az addikciók kezelési stratégiáinak változása mögötti tényezőket elemzi kritikai írásában. Megmutatja az új megközelítés, az egészségtanulás kapcsolódását a 12-lépéses közösségek gyakorlatához, értékeihez és hagyományaihoz. B. Erdős Márta és Kiss Szilárd a gondoskodás személyi konstrukciójának változásait vizsgálják felépülő szenvedélybetegek történeteiben. E tanulmány nemcsak elemzi a múlt század harmadának jövőt szinte gyarmatosító mentalitását, de olyan víziót is mutat, melyben a következő nemzedékkel való felelős, elkötelezett törődés a tágabb értelemben vett felépülés archimédeszi pontja. Márk Mónika és Brettner Zsuzsanna az alkohológia meghatározó személyisége, E. M. Jellinek életútjának hazai, sorsfordító vonatkozásaival, gyökereivel foglalkoznak. Madácsy József a józanodó függők életvilágának részletes vizsgálatára vállalkozik írásában. Mándi Nikoletta terápiás közösség, mint értelmező közösség komplex leírását adja tanulmányában. Molnár Dániel a kanadai Portage-ban tett szakmai látogatása eredményeit mutatja be.

A szerzők célja, hogy munkájukkal hozzájáruljanak az addiktológia aktuális szakmai dialógusához. Megmutatva és néha megkérdőjelezve egyes korábbi sarokpontokat, ezúton invitáljuk olvasóinkat a közös szakmai reflektálásra, a terület megújítására.

*Szerkesztők*

Pécs, 2012. november 27.

## **Az addikciók kezelésének változása a gazdasági világválság idején**

### *Change of the treatment of addictions in the era of global economic crisis*

KELEMEN GÁBOR

#### **Összefoglalás**

*Az ártalomcsökkentő kezelés mintegy 30 éves időszaka után egy új felépülési modell kezd kibontakozni az addikció közegészségügyének centrumában. A szerző áttekinti a hagyományos felépülési megközelítés és az ártalomcsökkentő szemlélet új felépülési modellhez vezető előzményeit. Úgy véli, hogy az életmód átalakulásán túl az identitás-változásnak és az intergenerációs átvitel módosításának - különös tekintettel a generativitásra – kiemelt jelentősége van az utazásként felfogott felépülésben.*

**Kulcsszavak:** *addikció – gazdasági világválság – a felépülés mint utazás*

#### **Abstract**

*After 30-years of the harm reduction treatment approach, a new recovery agenda has come back into the centre of the addiction public health arena. The author gives an overview of certain elements of the traditional recovery model and harm reduction approach as antecedents of the emerging field of the new recovery agenda. He reckons that in addition to the lifestyle change, identity reshaping and modification of intergenerational transmission with respect to generativity may have a paramount role in the recovery journey.*

**Keywords:** *addiction – global economic crisis – recovery journey*

A szenvedélybetegségből történő *felépülés új modelljének* az új évezred elején kibontakozó globális gazdasági-pénzügyi válsággal párhuzamosan felbukkanása feltehetőleg krízistermék. *Antonio Gramsci* ismert mondása szerint a krízis azért létezik, mert a régi haldoklik, az új pedig még nem tudott megszületni, s ebben az átmeneti időszakban beteges tünetek sokasága üti fel a fejét. (Gramsci, 2011) A II. világháború utáni európai fejlődés nagy vívmánya, a jóléti állam, illetve társadalom már az 1980-as évek elejének neoliberais fordulata idején megkezdte lassú visszavonulását. Az új évezred elején, 2008-ban beköszönő pénzügyi válságként induló globális krízis nagy ütemben felgyorsította a visszahúzóást. A hátrálás mértéke az addiktológiában kritikussá vált. A források tartós megcsappanása következtében az addiktológia kénytelen volt szakítani költséges szolgáltatást nyújtó tevékenységeinek jelentős részével, köztük a tartósabb bentlakásos terápiákkal és az ópiáthasználók életreszóló fenntartó kezelésének 1980-as évektől megszilárdult gyakorlatával. A feladás egyfajta „kitanulási” (felejtési) folyamatot indukált, mely a szakemberektől az immár diszfunkcionálissá vált sémák levetkőzését, elhagyását és meghaladását kívánja. Ám a régi ruha levétele csak első lépés az átalakulásban. A morbid reakciók kiváltására alkalmas lemeztelenedésből való menekülés egyik lehetséges útja a folyamatból való mielőbbi kilépés valamely új ruha felvétele által.

(A küzdelem megspórolása gyors kijavítás révén igen tipikus szenvedélybeteg magatartás.) Azonban az új ruhák irritálják a régi bőrt. Másfajta eshetőség az átalakulás folyamatának bátor kiteljesítése, melyben a ruha levételét a bőr levedlése követi. A művelet ezzel még nem ért véget: az új bőr kifejlesztése előtt – ami nagy találékonyságot kíván - szükség van az eddigi hitek, forgatókönyvek és szokások „elengedésére”.

Az itt következőkben nem a *kitanulási* folyamat patológiás fejleményeivel akarok foglalkozni (nem mintha hiány volna belőle), hanem az egészséges iránykeresés legmarkánsabbnak látszó tendenciájára, az új felépülési modellre és annak előzményeire koncentrálok. Az új felépülés túllép a tradicionális kezeléson. E fejlődési modellben a haladás alapvető lépéseit az *életmódváltás*, az *identitásváltás* és az *intergenerációs átörökítés* megváltozása jelenti.

A felépülés új, *kortársmentorálásra* támaszkodó *holisztikus* modellje újszerű megoldást, mondhatni egyfajta *tertium datur*-t kínál az addikciók kezelésének ama két nagy történelmileg kialakult gyakorlatához képest, melyek alkalmazása ugyan hatékonynak bizonyult a szenvedélybeteg populáció egy arányában kicsiny, de számában korántsem jelentéktelen része számára, ám nem volt képes a problémát maga totalitásában megragadni. Ahhoz, hogy a *12-lépéses spirituális programok* és az *ártalomcsökkentő megközelítés* értékeit megtartva, mégis ezekkel vitázva és ezeket meghaladva eredményt érhessünk el, szükségünk van a két irányzat beható ismeretére, nyelvezetének és gondolatkörének elsajátítására. A felépülés új modelljének nem véletlenül az aktív *utazás* az egyik kedvenc metaforája. Az aktív utazás nem elvagyódásból eredő turizmus, kóborlás és sodródó szemlélődés, hanem a mélyreható megismerés, az intenzív tapasztalatszerzés és a tanulás szellemi, illetve önismereti kalandja. A *felépülés-utazás* bizonyos fokig a járt utak járatlanért történő elhagyása, egyfajta határjárás, a határok kitapogatása. Az utazó nem társtalan, habár lépéseit önállóan kell megtennie. „Egyedül te vagy képes megtenni, de csak egyedül nem tudod megtenni” - fejezi ki ezt a tapasztalatot a mozgalom egyik közkeletű affirmatív szállóigéje (Vamos, 2011) A szinte zarándok felépülő személy utazásában előtte járó példákat követ és az úton számos útitársa akad.

A felépülés új modelljének kidolgozói többnyire elsajátították a spirituális önsegítés és az ártalomcsökkentés szemléletét és technikáit; megtanultak beszélni ezeken a nyelveken (ami nem jelenti azt, hogy hívévé is váltak ezeknek a mozgalmaknak). A mai változás előmozdítói nem elsősorban olyan fiatal forradalmárok, akik koruknál fogva érintetlenek a korábbi évtizedek hagyományaitól, hanem azok az érett szakemberek, akik átvergődtek az addiktológia kísérletekben bővelkedő ártalomcsökkentő korszakán és tapogatózva keresik a visszavezető utat az 20. század közepének morális attitűdöt feltételező terápiás ideáljaihoz. A visszaút nemcsak a régi értékes tartalékok iránti megbecsülés és lojalitás kifejezése, hanem egyúttal az utánunk jövő generáció iránti felelősség kifejezése is. E kettős feladatnak pedig nyilvánvalóan csak a jelen kihívásaival történő megküzdés, a kor fejleményeiben való élénk jelenlét révén felelhetünk meg.

A továbbiakban először az addiktológiai régi felépülési modelljét és annak pszichiátriával való kölcsönhatását veszem szemügyre. Ezt követően az ártalomcsökkentő irányzat kialakulásának körülményeire koncentrálok. Végül pedig röviden bemutatom a formáló új felépülési modell főbb sajátosságait.

## A felépülés tradicionális modellje

Az emberi *szolidaritás* újfajta, korábban nem létező intézményét létrehozó Alcoholics Anonymous (AA) 1935-ben történt megalakulását a múlt század legnagyobb gazdasági világválsága előzte meg. Az 1929-1933-ig tartó világválságra adott hathatós társadalmi válaszok egyike a hitleri (náci) és sztálini (kommunista) totalitárius diktatúrák elnyomó rendszere, a másik pedig a „cselekvő állam” kibontakozását eredményező amerikai New Deal volt. A totalitárius rendszerek hatalommegszilárdítási technikája a főellenség kijelölése és annak likvidálása. A rendszer létezésére halálos járványt hozónak tekintett „kórokozó” a náciizmus esetében a zsidóság, a sztálini kommunista rendszer esetében pedig az „osztályellenesség” volt. Az alkohol- és drogfüggőknek mindkét rendszerben megvolt az esélye arra, hogy az eredeti célcsoportok megsemmisítése után előbb-utóbb a főellenség rangjára emelkednek. Az alkoholizmussal és droghasználókkal kapcsolatos ellenséges attitűdnek az Egyesült Államokban is komoly hagyománya volt. Aligha lehet történelmi szükségszerűségnek nevezni e tendencia megváltozását. Az eleinte fundamentalista vallási befolyás alatt álló első tagok hatásának radikális felszámolása és ehelyett a tudománnyal való szövetségkötés irányába történő orientálódás mindenekelőtt az AA alapítójaként számon tartott Bill Wilson továbbá az első csatlakozó nő, a leszbikus Marty Mann kreatív teljesítménye volt. Bob Smith esetében sokat nyomott a latba az, hogy az AA társalapítója sebészorvos volt. Az „orvos, magadat gyógyítsd!” Lukács Evangéliumában (Lk 4.23) szereplő követelményét megvalósító Dr. Smith saját példájával a *megsebzett gyógyító* nézet teóriává emeléséhez adott nyomatékot. A teória nem arra utal, hogy a gyógyítók maguk is kezelésre szoruló „kóresetek”, hanem azt foglalja magában, hogy a lelki krízisből, patológiából talpraállók egy része – megfelelő képződés révén – mesteri gyógyítóvá válhat. (Illetve, amennyiben korábban kiégett, potenciálisan kártékony szakember volt, lehet jó gyógyító belőle.) Ebben az esetben a segítővé válás alapvető motivációja az önmagával való törődés, annak tudatában, hogy az öngondoskodás elválaszthatatlan a másik emberről való felelős gondoskodástól. „Ahhoz hogy megtartsd, tovább kell ajándékoznod” – fejezi ki a szállóige ezt a paradox igazságot. (Davidson, White, 2010) Ugyanezt az elgondolást mondja ki Böszörményi-Nagy Iván „adás révén kapni” elve. Böszörményi-Nagy klinikai munkája során arra a megállapításra jutott, hogy az adás lehetőségének nehezítése vagy egyenesen blokkolása a személyiségfejlődés egyik legdestruktívabb akadályja. (Friedman, 1989)

A 12-lépéses programok (melynek az AA az őstípusa) gyűlései a társadalmi kényszerűségeket időlegesen felfüggesztő *liminalitás* színterei. Viktor Turner szerint a státuszukban egyenlő, azonos értékeket és eszményeket osztó bajtársak által kialakított „anti-struktúra”, a *communitas* teszi lehetővé a domináns társadalmi kívánalmaktól és követelményektől (pl. időnyomás, teljesítménykényszer, pénzhajhászás, bürokratikus igényeknek, szerepelvárásoknak való megfelelés) átmenetileg mentesítő liminalitás együttes élményét. (Turner, 1969) Ezt az új tanulási tapasztalat szerveződésére alkalmas, időn kívüli, noha térben valóságos helyszínt – ami az uralkodó társadalmi berendezkedés szemszögéből a káosz térségének látszik – nevezi Michel Foucault *heterotópiának*. (Foucault, 1998) E befogadó, kölcsönös segítségnyújtásra orientáló társas térben, mely nem illeszkedik a napjaink univerzumát megosztó *online* vagy *offline* világok egyikébe sem, a résztvevők megosztják egymással erejüket, tapasztalatukat, találékonyságukat és reményüket. A

csoporttalálkozók liminális tereiben szó sincs rousseau-i civilizációkritikáról. Ellenkezőleg, a heterotópiák világa a civilizációba való felfrissült és belső integritást megőrző visszatérésre ad lehetőséget.

A vonatkozó kutatások azt mutatják, hogy a szenvedélybetegekkel kiépített hálózatban működés, a kölcsönösen segítő, törődő kapcsolat a felépülés legfontosabb tényezője. Azok körében, akik módszeres, aktív lelki segítséget nyújtanak valamely szerhasználó társuknak - miközben ők ugyanezt kapják valaki mástól – a felépülési arány 91%. (Cross at al., 1990) A szerhasználat abbahagyásában és a józan életmód folytatásában a legfontosabb támaszt az önsegítő mozgalomban való tevékeny részvétel jelenti. (Groh at al., 2008) A 12-lépéses programok eredményei cáfolják az emberi csoportok és eszmék versengésén alapuló természetes szelekciót az evolúció motorjaként felfogó szociáldarwinista tételt. Gondolatviláguk e téren inkább a kölcsönös segítséget az emberiség legfontosabb fejlődési tartalékának tekintő Pjotr Kropotkinhez áll közel, noha – szemben Kropotkinnal – egyáltalán nem fogalmaznak meg kritikát az állam által alkalmazott erőszakkal kapcsolatban. (Kropotkin, 1908).

A medicina nagy alakjai közül az AA alapítói a kezdeti időkben előszeretettel folyamodtak a megtérési élmény pszichológiáját vizsgáló William Jameshez, valamint a megsebzett gyógyító koncepcióját kidolgozó és a spiritualitás pszichológiájával foglalkozó Carl Junghez. Ez a figyelem azonban már nem terjedt ki a tudat többközpontúságával, „politeizmusával” számoló jungiánusokra. (Hillman, 1989) A freudi trauma-modell keretében folyó gyógyítást egyrészt szenvedélybetegek esetében nem tartották hatékonynak (különösen nem a felépülés kezdeti időszakában), másrészt nem volt céljuk alternatívát nyújtani a medicinális modellel szemben.

A 12-lépéses mozgalmak innovációja az öngondoskodásként felfogott spiritualitás intézményesített hatalom nélküli művelése. Nincs felvételi követelmény, nincs tagsági díj, nem kell megfelelni formális bürokratikus követelményeknek. A 12-lépéses programok a függőséget betegségnek monokauzális betegségnek tekintik, melyet azonban (legalábbis egyelőre) nem gyógyszerrel, hanem kapcsolati, kommunikációs eszközökkel lehet kezelni. A függőségnek e felfogás szerint nem a szer az oka, a kórok magában a személyben található.

Noha az AA a problémát az alkohollal szemben a személyre helyezte, az alkoholizmus és alkoholista fogalmát megőrző szóhasználata nem fejezi ki ezt a szemléletet. Az alkoholizmus fogalmát 1849-ben bevezető svéd Magnus Huss valószínűleg a botulizmus („kolbász-mérgezés”) mintájára nevezte a krónikus iszákosságot alkoholizmusnak. „Izmus” alatt a nagy francia forradalomtól fogva elsősorban a formabontó művészet majd a munkásmozgalom egyes áramlatait értették. Az alkoholizmus eredeti fogalmában kombinálódik a mérgezésre és a mozgalomra utaló jelentés. Ebben az értelemben tehát a kategória téves elnevezés, minthogy az AA sem külső okkal (mérgezés), sem pedig társadalmi tényezővel (pl. anómia, elidegenedés) nem magyarázza az alkoholizmust. Az AA szelleme alapján a szerhasználatot inkább rossz öngyógyítási kísérletnek lehet tekinteni, semmint a probléma okának. Az öngyógyítás aztán újabb, még nagyobb problémákat okoz, s ebben az esetben már a szövődményeket is kezelni kell, nemcsak az eredeti bajt.

A 12-lépéses programokban felépült személyek jelentős hányada a talpraállással járó életmódváltást egyben a karrierváltási lehetőségnek is tekintette és megpróbált elhelyezkedni a kibontakozó jóléti államok által újonnan kialakított szakterületeken, így a szociális munkával párhuzamosan formálódó tanácsadás terén.

Noha az alkoholizmus társadalmi, illetve morális és kriminális problematikából betegséggé történő átlényegítése nem volt előzmény nélküli a medicinában (ez történt például az I. Világháború során a fronton „gránátsokk”-ot kapó katonákkal, akiket hadbírórság állítás helyett kórházi kezelésre küldtek), az AA által megvalósított medikalizáció egyben szakmát (addiktológiai konzulens), sőt új szakmai viszonyulásmódot is életre hívott. Az *interdiszciplináris*nak nevezett konstellációban megjelenő *multiprofessionális* műhelyekben az orvosok (rendszerint pszichiáterek) feladata elsősorban a diagnózis és gyógyszerelés elrendelése, a nővéreké a gyógyszerelés végrehajtása és a módszeres ápolás-gondozás, a pszichológusoké a különféle funkciók tesztelése, a szociális munkásoké a lakással, gyermekelhelyezéssel és segélyezéssel kapcsolatos problémák megoldásának segítése, míg az addiktológiai konzulensek a kliensek felépülési programjának megtervezését és kivitelezését támogatták. Ezáltal bizonyos fokig megvalósult a múlt század közepe pszichiátriájának az az álma, hogy – akkor még hatékony pszichiátriai gyógyszerek híján - a mentális egészség tudományává fejlődjön. (Rose, 1996) Más szóval a politikai és társadalmi élet megreformálható a pszichiátria tudománya által.

### **Az ártalomcsökkentő irányzat kialakulásának előzményei és körülményei**

A jóléti állam architektúrájának elveit és elemeit meghatározó angol William Beveridge öt állami feladatot azonosított: az ingyenes egészségügyi ellátást, az oktatást, a társadalombiztosítást (beleértve a családtámogatási ellátásokat és a munkanélküli támogatást), az önkormányzati lakáshálózatot és a teljes foglalkoztatást. E javak általános elérhetősége, alanyi jogon biztosítása révén kívánt megküzdeni a betegség, a tudatlanság, a szükség, a nyomor és a tétlenség „öt gonosz óriásával”. (Beveridge, 1942) A minden állampolgárra „a bölcsőtől a sírig” kiterjedő Beveridge-program nyomán a pszichiátriát közösségi szolgálatként elgondoló pszichiáterek előtt a mentális egészségügy a „hatodik pillér” lehetőségeként jelent meg. Az 1920-as évek mentálhigiénéje még a kultúrából kiküszöbölendő kórokozóként tekintett az alkoholra, melyet a lelki betegségek egyik legáltalánosabb kórnevezőjének tartott. Lényegében osztotta a francia Bénédict Morel 19. század végén népszerűvé vált degenerációs tételét, mely szerint az alkohol és a drog vagy öröklődő és minden újabb generációban egyre súlyosabb formát öltő – a társadalmi rendet veszélyeztető - szellemi hanyatláshoz vezet vagy felerősíti az egyébként használatuktól független visszafejlődés folyamatát.

Az alkohológia, illetve addiktológia atyjának tekintett E. M. Jellinek, a pszichoanalízishez hasonlóan elutasította a degenerációs tant. Jellinek az alkohológia alaptudományaként a holisztikusnak elgondolt pszichiátriát tekintette. Jellinek éppen 1942-ben, a Beveridge-terv megszületésének évében fejtette ki először azt a tanítást, mely szerint az addikciók megelőzéséhez és kezeléséhez szükséges belátással, munkahipotézisekkel, vizsgálómódszerekkel és tudással az élettant, kísérleti lélektan és klinikai orvosi ágak ismeretanyagát magába szívó pszichiátria van felvértezve. (Jellinek, 1942) A genetikainak feltételezett konkrét kórokozó ismerete híján a diagnózis felállítására a *minta-felismerés*, a lefolyás mintázatának azonosítása látszott a járható útnak. Amíg Alexander Ferenc és Radó Sándor az akut alkohol-intoxikáció ciklikus szerkezetét írta le (gátlásoldás - fokozatos bénultság – másnaposság), addig Jellinek 1946-ban a krónikus alkoholizmus romlási tendenciájának fázisait azonosította. (Alexander & Selesnick, 1966; Jellinek, 1946) A

korabeli dinamikus pszichiátria két nagyhatású alakja az egyedfejlődést fázisokon keresztül zajló, progresszív, a szervezet és a szociokulturális környezet interakciójában formálódó folyamatnak definiálta. Erik Erikson az identitás, majd az intimitás kompetenciáinak elsajátításában látta a *generativitás* (a minket követő nemzedékről való gondoskodás) irányába haladó fejlődés közvetlen előfeltételeit. Szemben az eriksoni organikus, az egyszerűtől a bonyolult felé vezető fejlődéskoncepcióval, Harry Stack Sullivan a fejlődést ellentmondásos folyamatnak fogta fel, melyben az egyes fázisok nemcsak a következő építőkövei, hanem dialektikusan, többirányban áthatják egymást. Jellinek az alkohol-addikció progresszív és fázikus betegség- és felépülési folyamatával számoló – a differenciáció és integráció egymásba ágyazottságát elénk táró – teóriája egyfelől az eriksoni és a sullivanai nézetek ötvözése, másfelől viszont azzal a lakoff-i gondolattal egybeillő, mely szerint a metaforák inkább szerkezeti *koherenciát*, mintsem logikai *konzisztenciát* biztosítanak (Lakoff, Johnson, 1980). Az alkoholizmus különféle típusait a betegség-metaforában egyesítő Jellinek úgy vélte, hogy ez a felosztás szerves, mert az egész eleve meglévő strukturális artikulációját követi, s nem valamiféle fragmentumokat eredményező random szétvágás, vagy a belső természetet figyelmen kívül hagyó – favágásszerű - „felaprítás”, avagy absztrakt tulajdonságok (pl. a használt szer fajtája) alapján történő művi rendszerezés eredménye. (Jellinek, 1960) A koherenciát a konzisztencia fölé helyező hozzáállás a *komplexitás* növelése számára nyitott utat. Az 1960-as évektől egyre többféle függő szerhasználat kapott szenvedélybetegség besorolást, s megindult a „viselkedési addikciók” (szerencsejáték-szenvedély, szexaddikció, társfüggőség stb.) medikalizálásának folyamata is.

Az 1950-es végén megfogalmazott új egyensúlyelméletek (kongruencia, kognitív disszonancia) a nyitottság és befogadás szellemét sugározták. A felépülést - Gestalt-teória alapján - a károsult funkciók helyreállítása és új képességek kiépítése révén megvalósuló új, a részek összességétől minőségileg különböző egészben valóra váló egyensúlyként értelmezték. A közösségi pszichiátriával szemléleti kölcsönhatásban fejlődő addiktológia az 1960-as évektől fogva szinte a terápiás sokszínűség paradicsomává fejlődött. Gyakorlatában jól megfértek egymással a biológiai kezelések, a különféle innovatív, illetve társas aktivitások, a dinamikus, viselkedés és humanisztikus pszichoterápiák, a foglalkozásterápiák, a művészeti és zeneterápiák, a relaxációs kezelések, a pszichodráma, a testterápiák stb. Különösen az addiktológiai terápiás közösségek nyújtották a gyógy módok széles tárházát. Az 1980-as évekig a szakemberek csaknem egyöntetűen osztották azt a tézist, hogy a felépülés sosem jelenti a régi állapot teljes helyreállítását, valamiféle veszteség, fogyatéék mindig megmarad, ami a gyakorlatban annyit tesz, hogy a szenvedélybetegnek absztinenciát kell tartania. Eme axiomatikus felfogás szerint a szerhasználat abbahagyása a talpraállás szükséges, de nem elégséges feltétele. Absztinencia nélkül nincs felépülés, ám a felépülés önmagától nem indul meg egy pusztán negatív feltétel teljesítésével; nem spórolható meg a változás fáradtságos és szenvedéssel járó munkája. A poklokban való átkínálódás azonban immár nem az aktív szerhasználó időszak hideg izoláltságában, hanem a sorstársak támogató, elfogadó, meleg légkörében zajlik. Az átvergődés gyötrelme értelmes, reménytelős szenvedés. A felépülő ember társas és társadalmi helye nem magától értetődő, azt meg kell találnia; a talpraállás egész életre szóló feladat.

Az ember elsődleges, vágyai és motivációi által uralt ösztönös, elsődleges természetét kordában tartó civilizált szociális karakter, mint „második természet” nem funkcionált megfelelően a szenvedélybetegek esetében, akiknek emiatt egy második természetre folyamatosan reflektáló találékony, rugalmas, empátiás, figyelmes, gyengéd és hathatós „harmadik természet”-et kell felépíteniük és ápolniuk. Ez a harmadik természet nem a szenvedés teljes felszámolásával, hanem az értelmetlen szenvedés csökkentésével, az értelmes szenvedés vállalásával s annak törődéssel való kombinálásával jellemezhető. A rendszerszemléletű családterápiák eredményeit felhasználó addiktológia az 1970-es években szembeötlően orientálódott az értelmetlen szenvedés transzgenerációs gyökereinek, az ősök átörökített „befejezetlen ügyletei”-nek feltárására, s az átörökített minták megváltoztatására irányuló terápiák felé. Ez az érdeklődés azonban nem hozott irányváltást, nem vezetett a kezelésmód átütő változásához. A szenvedélybetegek kezelését az 1970-es években „befogadó” betegségbiztosítók kizárólag egyének és nem pedig családok vagy akárcsak családrészek (pl. szülő-gyerek, házaspár diád) terápiáját finanszírozták.

A jóléti növekedés határát jelző 1973-as olajválsággal egyfajta terápiás korszakváltás kezdődött, melynek eredményeképpen lényegesen megváltozott a deviancia társadalmi megítélése és deviáns magatartásokhoz viszonyulás. Az ezt megelőző három évtizedben a jóléti társadalom attitűdjét a normaszegők asszimilálásának törekvése jellemezte. A társadalmilag helytelenített viselkedésformák mind nagyobb köre esetében kezdtek a kriminalizálás és szankcionálás helyett terápiával megoldható problémaként kezelni a nehézségeket. Egyre elterjedtebbé vált a terápiás nyelvhasználat, teret hódított a szociális munka, a pszichológiai és pszichoterápiás beavatkozás gyakorlata. A deviánsok kulturális és gazdasági asszimilálásának célkitűzése a II. világháború utáni évtizedekben egy olyan társadalmi valóságra épült melynek a család, a munka, a nemzet fogalmi irányítóként funkcionáló alapvető értékek hordozói voltak. A család a törvénytisztelő viselkedésre, értékörzésre, munkaerőcsere és fegyelemre nevelés alapvető építőkövének számított. Ha a család kivetette, „kiokádta” magából deviáns tagját, akkor a társadalom korrekciós intézményei emészthetőbb, normalizáltabb formában igyekeztek visszajuttatni őt családjá körébe. A modernizmus – Jock Young kifejezésével élve – antropofágikus, mondhatni *kannibál* volt. A deviánsokat szinte felszívta, a bűnözőket rehabilitálta, a pszichiátriai és szenvedélybetegeket gyógyította, a serdülőket „beillesztette”, a diszfunkcionális családok számára pedig tanácsadást nyújtott a normálisshoz való visszatérés elősegítése érdekében. A jóléti társadalomban szocializálódott emberek rosszul tűrték a különbséget, az eltérést. A differenciát és diverziót megpróbálták devianciaként felfogni majd különféle szakértők, pszichiáterek, szociális munkások, kriminológusok stb. gondjaira bízni. Mindez a hetvenes évek közepétől fogva döntően más lett. Megszűnt az addigi biztonság és kezdtek dekonstruálódni az addig bizonyosnak tekintett értékek. Megrendült a jóléti korszak két tartópillérébe, az ésszerűség erejébe és a fejlődésbe vetett bizalom. Az emberek és családok növekvő hányada, mintegy harmada került a munkanélküli vagy szegény kategóriájába és további egyharmad feje felett lebegett a deklasszáció, a társadalmi lecsúszás veszélye. (Young, 1999).

A gazdasági bizonytalanság ontológiai bizonytalanságba torkollott, ami aláásta az élettörténetbe ágyazott identitás stabilitását kikezdte az emberi kapcsolatok erkölcsi erejét. Megváltoztak az ellenőrzés és felügyelet technikái, a „biztonságipar”



új vívmányai révén az emberek életének legapróbb részletei váltak folyamatos kontroll tárgyává. Mindez Zygmunt Bauman szerint fokozatosan a termelőiből fogyasztóivá váló társadalom egyik lenyomata, melyben a „szilárd” modernitás korszak „panoptikus” (egy figyel meg sokakat) uralmi mechanizmusait a *folyékony* modernitás korának új normalizáló, osztályozó banoptikus (kizáró figyelem) és szinoptikus (sokan ellenőriznek egyet) módszerei váltották fel. (Bauman, 2013) Immár totalitárius állam nélkül valósul meg a teljes körű ellenőrzés. Az ellenőrzés új módszerei a hatalomgyakorlás új formái talaján bontakoztak ki. A tradicionális hatalom élet és halál jogos uraként határozta meg önmagát. Ez a jog aszimmetrikus volt, amennyiben inkább jelentette az ölés, mint az élni hagyás jogát. Michel Foucault szerint a modern ipari társadalom *biopolitikájában* ez a viszony megfordult. A biopolitika az életre és az egészségre koncentrált és jogot formál annak eldöntésére, hogy mikor engedi meghalni az egyént. A totalitárius állam abszolutizálta az intoleráns biohatalmat, tudniillik átfogó és aprólékos rasszista halálpolitikával egészítette ki az élet feletti uralom jogát. (Snoek, 2010)

Az állami ártalomcsökkentő drogpolitika a biohatalom új, toleráns formája. A drogfüggőnek vagy a maladaptív szerhasználónak diagnosztizált számára – az élet megőrzése reményében - lényegében alanyi jogon tette lehetővé a biztonságosabb droghasználatot elősegítő ingyenes egészségügyi ellátást. Mentálhigiénének ezen a területén tehát szinte megvalósult a Beveridge-tervből kimaradt hatodik pillér. Az állam cserében nem várt érte absztinenciát, vagy különösebb erőfeszítést az egyéntől, sőt azt is megengedte, hogy anonim módon vegyen igénybe egyes szolgáltatásokat (pl. túcsere). A megkereső utcai munka révén pedig egyfajta toborzás is megvalósult a szolgáltatás igénybevevők számának növelése érdekében. Az időtényezővel nem törődő (a szerhasználó változását nem sürgető, nem siettető) ártalomcsökkentés akkor vert gyökeret, amikor az egészségügy minden más területén a beavatkozások idejének korlátozása, a határfok növelése került előtérbe.

Habár az 1980-as évektől máig domináns, a piaci vállalkozás elsőbbségét hirdető neoliberalizmus légkörében a progresszió (előrehaladás) fogalma jószerével a mennyiségileg mérhető, gazdasági, biotechnikai és műszaki fejlődésre redukálódott, a folyékony modernitás korszaka semmiképpen nem jellemezhető a nem mérhető minőségek, pl. az erkölcsi fejlődés stagnálásának időszakaként. Pozitívan változott az erőszak iránti érzékenység. Az erőszak számos olyan formája problematizálódott, amit az emberek korábban nem érzektek önkényként. Ezek közé tartozik a nők elnyomása és a családon belüli fizikai, érzelmi, spirituális bántalmazás. Pierre Bourdieu *szimbolikus erőszak*nak nevezi azt a jelenséget, amikor az erőszakot elszenvedő beletörődően egyetért és sorsszerűnek fogja fel a vele való embertelen, a másik hatalmát és hatalmaskodását biztosító bánásmódot. A hagyomány által átörökített, generációkon átívelő szimbolikus erőszak nem erőszakként, hanem természetes és legitím viszonyulásként jelenik meg. (Bourdieu, 2000)

A szenvedélybetegek kezelésével foglalkozó intézmények az 1970-es években a szerhasználatra vonatkozó „zéró tolerancia” mellett, az erőszak minden formájával (beleértve a szóbeli fenyegetést is) szembeni „zéró toleranciát” vezettek be. Mindamelllett a „zéró tolerancia” fogalmát ekkor még nem használták, a teljes tilalomra, s a tilalmat megszegők szankcionálására vonatkozó szabályokat más szavakkal fogalmazták meg.

A késő modern, illetve folyékony modernitás társadalma a korábbi időszakhoz képest intoleránsabb a nehézségekkel szemben. Young *bulimiásnak*

nevezi napjaink szinte mindent lenyelő, de a megemésztés helyett kiokádó, azaz egyszerre asszimiláló és kizáró hozzáállását. E bulimiás viszonyulás tipikus esete a droghasználókkal kapcsolatos bánásmód. Míg egyfelől a nyugati kormányok, élen az Egyesült Államokkal az 1970-es évek elejétől fogva szinte permanens drogháborút folytatnak az illegálisnak minősített drogok termelése, forgalmazása és fogyasztása ellen, addig az 1970-as évek végétől ezzel ellentétes, az illegális kábítószerfogyasztók kontrollált szerhasználatát támogató ártalomcsökkentő megközelítést is támogatnak. Az ártalomcsökkentő gyakorlat bevezetése részben az „áldozat nélküli bűncselekmény” képtelensége mellett érvelők aktivitásának eredménye. Érvelésük szerint a kábítószerfogyasztók magával a szerhasználattal közvetlenül senkinek sem ártanak, senki más szabadságát nem korlátozzák, cselekményüknek – önmagukon kívül – nincs áldozata. Az ártalomcsökkentés előretörésének kedvezett a biztosítói statisztikai szemlélet, az *aktuariális* módszer térnyerése. E közelítésmód nem törődik az okok feltáráásával, s az igazság problémájával, hanem a kockázat kérdésére összpontosít. Annak valószínűségét igyekszik kalkulálni, felbecsülni, hogy az ártalmas viselkedést valamely adott beavatkozás mennyire képes befolyásolni, s a károkat csökkenteni. Nem az kérdés tehát, hogy mi az erkölcsi értelemben vett jó és a rossz, hanem mi a valószínűsége annak, hogy az emberek megszegik a kérdéses szabályokat. Young szerint a kockázati mutatók szinte a demokrácia valutájává váltak. (Young, 1999) Ehhez hozzátehetjük, hogy a kockázati szemlélet haszonélvezői esetében a társadalom eddig nem kényszerítette ki elveik önmagukon való következetes alkalmazását; a költségek másra hárítása, a következmények felelőssége alóli kibújás magának a valutának a droggá válását segítette elő. (Schüll, 2012)

Az ártalomcsökkentő megközelítés születése egybeesett néhány 1980-as évek eleji, a pszichiátriát alapvetően átforgató változással. Az új korszak nyitányát a pszichiátriai betegségek osztályozásának új amerikai rendszerét bevezető DSM-III volt. Ez a pszichodinamikus és szociológiai gondolkodást kiiktató osztályozás a pszichiátria remedikalizációját eredményezte. Annak a várakozásnak adott hangot, hogy a DSM-III pszichiátriai diagnózisai ugyanúgy a terápia választását segítik, mint a másféle orvosi diagnózisok, s nem az alkalmazott terápia utólagos igazolását szolgálják. (Moncrieff & Cohen, 2005) A gyógyszeres terápiák pszichiátriai térhódításához nagymértékben hozzájárult az 1979-es Osheroff-ügy. A neves pszichoterápiás magánintézetben, Chesnut Lodge-ben szorongással és depresszív tünetekkel kezelt Osheroff doktor orvosi hanyagság címén pert indított az intézmény ellen, mert az megtagadta tőle a gyógyszeres kezelést, s csupán hosszadalmas egyéni pszichoterápiát alkalmazott. Noha a nagy port felvert, mindkét oldalon nevezetes pszichiátereket felvonultató ügy végül peren kívüli megegyezéssel zárult, ettől fogva az a hozzáállás vált általánossá, hogy a pszichiátriai betegetől nem lehet megtagadni a kutatásokkal igazoltan hathatós gyógyszeres terápiát. A gyógyszeradás ettől fogva az intézményt a perektől és azok következményeitől védő biztonsági kérdéssé vált. (Paris, 2004) Ezzel párhuzamosan a pszichiátriai és addiktológiai kutatások uralkodó trendjévé a genetika és a gyógyszeres terápia vált, anélkül, hogy az elmúlt három évtized alatt jelentősebb tudományos áttörés vagy előrelépés bekövetkezett volna ezen a téren. Ugyancsak erre az időszakra esett a pszichoterápia ún. kognitív fordulata, mely mind a dinamikus mind a viselkedésterápiás irányzatot szinte kiszorította az akadémikus tudományból. A kognitív nézet szerint a gondolkodás nem pusztán az érzelmek vagy a viselkedés eredménye. Az érzelmeket (és a

magatartást) a gondolatok generálják, a korábban hangsúlyos „érzelmi munka” szükségtelen; a kognitív sémákra, torzulásokra, nem pedig az érzelmekre kell összpontosítani a pszichoterápia során.

### **Az új felépülési modell főbb vonásai**

Bruce Alexander 1970-es évek végén folytatott állatkísérletei azt igazolták, hogy a kísérleti állatok – ha választhatnak - csak elszigetelt, stresszhatású körülmények közt folyamodnak droghoz, normális életkörülmények közepette inkább elfordulnak a használatától. Ezt a laikus és tudományos közvéleménynek ellentmondó eredményt, mely azt tükrözte, hogy maga a drog senkit nem tesz függővé, Alexander csak nehezen tudta publikálni tudományos folyóiratban. (Alexander, 2010) A vezető szaklapok rendre elutasították. Abból, hogy a drog nem okoz függőséget, semmiképpen nem következik az ellenkezője, az, hogy a függőség oka magában a szerhasználóban van. Az új felépülési modell egyaránt szakít a drogok demonizálásának és a függőséget a személybe helyező megközelítéssel. Bruno Latour nyomán azt vallja, hogy sem a drog nem tesz függővé, sem az egyén nem születik eleve annak (noha a vulnerabilitás terén jelentős genetikai különbségek lehetnek). (Latour, 1999) A testet mintegy rehabilitáló új felépülési modell kettős megtestesüléssel, a kultúra és a test reciprokkal viszonyával számol. (Mihaldinecz, Krajcsovics & B. Erdős, 2010) Más szóval meghaladja a vagy-vagy alternatívát. Az új irányzathoz egyik gyakran használt fogalma a *felépülési tőke* a felépüléshez és felépülésben maradáshoz szükséges erőforrások összessége. A felépülés során nem az egyén áll talpra, hanem a kapcsolatrendszere újul meg. A talpraállás tehát a kapcsolatok felépülése. E talpraállás során az egyén érzelmileg is elfogadja azt, amivel intellektuálisan már régóta tisztában volt. A felépülés az érzelmek rehabilitálása, beleértve az értelmes szenvedés fejlődésben betöltött nélkülözhetetlen szerepének elfogadását. Az aktív függőket a „ne érezz” és a „ne oszd meg az érzéseidet” (Roth, 2004) hozzáállás vezérli. A felépülő személy nemcsak érez, de reflektál az érzéseire, érzelmileg, értelmileg és a cselekvés szintjén egyaránt. A felépülés új modellje szerint cselekvő olyan proaktív személy, aki rangsorolja a feladatait (melyek sorában maga a felépülés az első), az életet feladatnak tekinti, előbb mások megértésére, mintsem önmaga megértetésére törekszik, kész a győztes-győztes típusú kompromisszum keresésre s a felépülés folyamatos, mindennapi tevékenységként éli. (Jha & Jha, 2012). Az egészséges „önfigyelmet” önfegyelmekkel ötvöző új felépülési modell, melynek gyakorlati terjedését világválság nyilvánvalóan felgyorsítja, sokat merít a foucault-i filozófia öngondoskodás és szubjektíváció koncepciójából. A sortársak irányító közreműködése nélkül elképzelhetetlen új felépülési irányzat az addikciót a szabadságot és az életet érintő, önálló, nem mással magyarázandó problémának tekinti, melynek kezelését a lehető legnagyobb mértékben függetleníteni akarja a politikusok kezétől. A világválság az idő egyfajta kizökkenése, ami a monologizálók számára „kárhozat”. Az új felépülési modell dialogikus terei, otthonai az életmódból, az önazonosságból és a történetiségéből kizökkenett idő helyretolásához szükséges találékonysággal és bátorsággal vértetik fel tagjaikat.

A tanulmány megjelenését az OTKA K68619. sz. (Pszichoszociális változás és az átalakulás retorikája a tizenkét lépéses mozgalomban) kutatási programja támogatta.

**Irodalom:**

- Alexander, B. K. (2010). *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford: Oxford University Press.
- Alexander F. G. & Selesnick S. T. (1966). *The history of psychiatry: an evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present*. New York: Harper & Row.
- Bauman, Z. & Lyon, D. (2013). *Liquid Surveillance*. Malden: Polity.
- Beveridge, W. (1942). *Social Insurance and Allied Services*. London: HMSO.
- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian Meditations*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Cross, G. M., Morgan, C. W., Martin, A. J. & Rafter, J. A. (1990). *Alcoholism Treatment: A Ten-year Follow-up Study*. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 14, 169-173.
- Davidson, L. & White, W. (2010). Enabling or Engaging? The Role of Recovery Support Service in Addiction Recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28:391-416.
- Foucault, M (1998): *Aesthetics, Method, Epistemology* (Essential Works Vol.2). ed. James D. Faubion. New York: New Press
- Friedman, M. (1989). Martin Buber & Ivan Boszormenyi-Nagy: The Role of Dialogue in Contextual Therapy. *Psychotherapy*, 26:402-409.
- Gramsci A. (2011). *Prison Notebooks*. New York: Columbia University Press
- Groh, D. R., Jason, L. A. & Keys, C. B. (2008). Social Network variables in Alcoholics Anonymous: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 28, 430-450.
- Hillman, J. (1989). *A blue fire: Selected writings by James Hillman*. Thomas Moore (Ed.). New York: Harper Collins.
- Jellinek, E. M. (1942). *Alcohol addiction and chronic alcoholism*. New Haven: Yale University Press.
- Jellinek, E. M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholism. Analysis of a survey conducted by the official organ of Alcoholics Anonymous. *Quart. J. Stud. Alc.*, 7: 1-88.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Brunswick: Hillhouse Press.
- Jha, A., Jha M. (2012). The seven habits of recovery-oriented psychiatrists: a non-clinical guide for personal growth and development. *The Psychiatrist*, 36:345-348.
- Kropotkin, P. A. (1908). *A kölcsönös segítség mint természettörvény*. Budapest: Atheneum Irodalmi és Nyomdai Rt.
- Lakoff, G., Johnson, M. (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago.
- Latour, B. ed. (1999). *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mihaldinecz, Cs., Krajcsovics, B. B. Erdős, M. (2010). A test feltámadása: A test, mint jel a színházterápia kontextusában. *Addictologia Hungarica*, 9:16-33.
- Moncrieff, J., Cohen, D. (2005). Rethinking Models of Psychotropic Drug Action. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74:145-153.
- Paris, J. (2005). *The Fall of an Icon*. Toronto: University Press of Toronto.

- Rose, N. (1996). Psychiatry as a Political Science: Advanced Liberalism and the Administration of Risk. *History of Human Science*, 9:1-23.
- Roth, J. D. (2004). *Group Psychotherapy and Recovery from Addiction*. New York: Haworth Press.
- Schüll, N. D. (2012). *Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas*. Woodstock: Princeton University Press.
- Snoek, A. (2010). Agamben's Foucault: An Overview. *Foucault Studies*, 10:44-67.
- Turner, V (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-structure*. Chicago: Aldine.
- Vamos, P. (2009). *Freedom from Addiction: Residential Manual*. Montreal: Portage
- Young, J. (1999). *The Exclusionary Society: Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*. London: Sage.

## A gondoskodás jelentésének változása a felépülés során

### *Transformations in the meaning of care in recovery*

B. ERDŐS MÁRTA – KISS SZILÁRD

#### Összefoglaló

*A szenvedélybeteg kapcsolati hálózat egy fontos jellegzetessége a gondoskodással kapcsolatos személyi konstrukciók alapvető torzulása. E szélsőségek a személyes élettörténetben gyökereznek, kialakításukat a szociokulturális tényezők is erőteljesen támogatják, legyen szó függőségről, vagy társfüggőségről. A felépülés folyamán ez a torz mintázat megváltozik, a kölcsönösség, és a jövőért vállalt felelősség a függőségből kivezető úttá válhat, amelyen végighaladva a teljes kapcsolati rendszer rekonstrukciója történik meg.*

Kulcsszavak: *felépülés, kodependencia, generativitás, kapcsolati háló*

#### Abstract

*Addicted persons' and concerned others' personal constructs on care are distorted. Distortions – polarized meanings, producing a destructive split – are rooted in the life story of the addict. Such distortions, however, are reinforced by shared cultural constructions of consumer societies: both for dependence and codependence. These destructive constructions change substantially during the process of recovery. Reciprocity and generativity – care for the future generations – are essential factors in the reconstruction of the entire social network.*

Keywords: *recovery, codependence, generativity, social network*

“...láthatjuk, hogy a probléma, amit a másik megjelenít, saját problémánk, és a vonal, ami elválaszt bennünket a többiektől, ugyanaz a vonal, ami elválaszt bennünket önmagunktól: mert végül bármilyen történetet mondanak is majd el, az rólunk fog szólni. Ez a fajta tudatosság olyan toleranciát teremt, ami már nem csupán másoknak szóló ajándék, adomány, vagy elismerés - ez nem volna több holmi moralista ügynél – hanem konstitutív az érvelésre, és saját megváltásunkra nézve. Nem csupán arról van szó, hogy kerüljük a másokkal szembeni erőszakot, hanem arról is, hogy megváltjuk önmagunkat a bennünk lévő erőszaktól.”

(Gargani, 1998, pp. 121-122.)

#### Bevezető

Erikson az érett felnőttkor legfontosabb fejlődési feladatának a generativitás megvalósítását tekintette. A generativitás – mint a fenntartható fejlődés pszichoszociális vetülete – a következő nemzedék sorsával, jólétével és jóllétével való törődés, az erre irányuló elköteleződés és felelősségvállalás (Erikson, 1959). Megélése nem csupán személyes preferenciák és döntések kérdése, a generatív viselkedés érvényre jutását erőteljesen befolyásolják a társadalmi és kulturális

elvárások. (Penezic és mtsai., 2008) Tanulmányunkban a gondoskodás mintázatainak változásait diszkurzív-narratív keretben, a szenvedélybetegségből való felépülés egy történetén keresztül vizsgáljuk.

Az elméleti kiindulópontok tisztázását követően röviden kitérünk a társadalmi-kulturális tényezők szerepére, és a generativitással kapcsolatos elméleti és empirikus eredményekre. A kodependenciát, mint a generativitás egy ellenpontját, a gondoskodás torzult formájaként tárgyaljuk. Végül egy felépülő szenvedélybetegtől származó interjú-részlet kvalitatív tematikus tartalomelemzésén keresztül mutatjuk meg a gondoskodás konstrukciójának átalakulását és ennek hatását a személy és környezete életére.

### **Elméleti kiindulópontok**

A szociális konstrukcionista terápiás irányzatok későbbi fejlődésére nagy hatással volt Kelly 1955-ben publikált műve, „A személyi konstrukciók elmélete”. (Neimeyer & Raskin, 2000) Kelly szakított a korabeli pszichoanalitikus és behaviorista irány emberképével: azzal a koncepcióval, hogy a személy önmaga számára felismer(het)etlen külső erők terében sodródik, és szabad, felelősségteljes választásokra, döntésekre jórészt képtelen. Kelly szerint a hozzáállás tekintetében nincs meghatározó különbség ember és tudós között: életünk során mindannyian folyamatosan hipotéziseket alkotunk, ezeket teszteljük, majd levonjuk saját következtetéseinket; s tesszük mindezt annak reményében, hogy a jövő eseményeit minél hatékonyabban ellenőrizzük és befolyásolhassuk. Észleléseink, és verbalizálható vagy hallgatólagos értelmezéseink fontos szerepet játszanak személyiségünk, identitásunk alakulásában. Következtetéseink sajátos rendszerbe szerveződnek, és meghatározzák a társas környezethez való viszonyunkat. Személyi konstrukcióink megalkotása során kétféle törekvés vezethet bennünket: konstrukcióink kiterjesztése vagy a korábbinál jobb, pontosabb meghatározása. (Kelly, 1955; Boeree 1997)

Személyi konstrukcióink bipoláris természetűek. Egy tulajdonság értelmezhetetlen annak ellentettje nélkül: ez az, ami kiemeli az adott minőséget annak háttéréből. (Boeree, 1997) A konstrukció manifeszt pólusával szemben tehát mindig ott a kontraszt-pólus. „Gondoskodóként”, „törődőként” akkor észlelhetünk egy személyt, ha szereztünk már tapasztalatokat a nem-gondoskodóról, a nem-törődőről. Megeshet, hogy ezek a tapasztalatok alámerülnek („elfojtódnak”): ebben az esetben az illető kiegyensúlyozatlanul fogja észlelni és értelmezni a gondoskodás, törődés emberi viszonyait. A viselkedés szintjén ez a korlátos értelmezés közönyt, egoizmust, rivalizálást, vagy éppen ellenkezőleg, túlgondoskodást von maga után.

A súlyosan függő személy viselkedését a komplementer, azaz a kölcsönös függőségi rendszereket (interdependenciát) elfogadó hozzáállás hiánya jellemzi. (Bateson, 1972) A komplementaritás az egyén szintjén nem, de a kapcsolati rendszerben mégis megjelenik: az árnyék-pólust, a kontrasztot a függő karakterrel a túlhasznolt gondoskodás megvalósítása révén ellen-azonosulni próbáló kodependens képviseli.

Weinreich (2004) Kelly elméletének egyes kiindulópontjait megtartva, ám annak továbbfejlesztésére, korszerű kiegészítésére törekedve fejlesztette ki saját elméletét és az ehhez kapcsolódó kutatási módszerét, az identitás strukturális analízisét (ISA). Módszerével azonosítani kívánja a személyiség általános vonásait,

ugyanakkor törekszik sajátos egyediségének megismerésére, és a változások feltérképezésére. Az ISA a szelf relacionális és narratív felfogásából (Gergen, 1990) indul ki: ebben az elméleti keretben a személy a kapcsolati hálózat csomópontjaként jelenik meg. Kapcsolatait eltérően értékeli, így más-más módon, más-más intenzitással azonosul velük.

Az ISA módszere bőven merít a narratív pszichológia eszköztárából: beépítésre kerülnek az átélt események, helyzetek, a személy élettörténetének szereplői, és megélt, felvett szerepei. Weinreich megközelítésében – s e megközelítés alapján érvelünk majd a továbbiakban – *a személy identitását az fejezi ki, ahogyan a társas világot, annak jelentőségét értékeli*. Ennek az értékelésnek van egy sajátos folyamatosága: nem tetszőleges és változékony módon lépünk be a szituációkban, diskurzusokban adódó pozíciókba, hanem tartós, idioszinkratikus, ránk jellemző mintázat szerint. Identitásunk újra-definiálható, ám alapvető folytonosság jellemzi. (Weinreich, 2004; Stapleton & Wilson, 2004)

Az újra-definiálás („kiterjesztés”) és folytonosság („jobb meghatározás”) dialektikája több korábbi, az identitás mélyreható változására vonatkozó elméletben is megjelenik. (Seltzer M, Seltzer W, Homb & Midstigen, 2001) A felépülés során hasonló gyökeres identitás-változás, egészségtanulás zajlik, mert az aktív függőségtől a józan függő identitás eléréséig kell eljutni. (Kelemen, 2007)

### A diszkurzív mező

Tapasztalatainkat, ennek megfelelően identitásunkat egyrészt személyes élettörténetünk alakítja, megértésük így autobiorafikus hozzáállást feltételez. Másfelől azonban fontos szerepet játszik az a társadalmi-kulturális tér, amelyben e tapasztalatok értelmezése, a diszkurzív pozíciók kijelölése zajlik, és amelyhez az élettörténet illesztése megtörténhet. A személyes történet és a társadalom között a szöveg, mint értelmezhető jelek együttese közvetít. Van Dijk (2009) ezt a sajátos kapcsolatot egy háromszöggel szemlélteti, amelyet – tekintettel kultúránk értelmezési csapdáira, a kettős kötés<sup>1</sup> alap-élményként jelentkező helyzeteire – e tanulmányban egy paradox háromszöggé alakítottunk:



<sup>1</sup> Kettős kötés: olyan hatalmi forrásból érkező paradox utasítás, amely el nem kerülhető, teljesítése azonban komoly szankciókat von maga után – mégpedig ugyanabból a hatalmi forrásból. Bővebben: B. Erdős & Kelemen, 2011.



Társadalmi környezetünk meghatározó vonása a fogyasztóiség. Mélyülő válságát, fenntarthatatlanságát évtizedekkel előre jelezték az egyre súlyosbodó ökológiai konfliktusok, ezzel párhuzamosan gazdasági, társadalmi problémák, érték-torzulások is megjelentek. Egyes számítások szerint a globális gazdaság működtetéséhez csupán a világ népességének egyötödére van szükség: a többiek „feladata”, hogy pusztán létezésükkel ezeken a munkavállalókon folyamatosan fenntartsák a nyomást. (Martin & Schumann, 1997) Megélhetésük legfőbb alapja így a passzivitásra kárhóztató, kiszolgáltatott állapotot fenntartó több-kevesebb segély lesz. A fogyasztás bővítését e társadalmakban megalapozatlan hitelnyújtással próbálják biztosítani, ami kezdeti látszat-növekedést követően előbb-utóbb összeomláshoz vezet. A gazdasági értelemben vett kettészakadást kulturális hasadék kíséri, a tömegek számára a fogyasztói társadalom a „tittytainment”-et, az olcsó, sablonos szórakoztató műsorokat kínálja. Az identitás is eladó: megvásárolhatjuk pótlékait, az előre gyártott kvázi-identitásokat. (Lash, 1984; Kopp & Skrabsky é. n.; Ryan & Deci 2001; Kasser & Ryan 1993) A szenvedélybeteg e társadalom értékrendjének maximalista követője: kultúrája aligha nevezhető ellenkultúrának, hiszen maga is azonnali könnyebbséget hozó, megvásárolható megoldásokra vágyik, érzelmi-kapcsolati túlköltekezését a szer nyújtotta további „hitelekkel” próbálja kiegyensúlyozni. A társadalmi-kulturális környezet bizarr terméke: *a fenntartható fogyasztó*: „Az ökonómiai gondolkodás érvényesülése az addiktológiai kommunikációban a „fenntartható fogyasztó” parafrázisszerű fogalmával ragadható meg. A fenntarthatóság középpontjában (...) a „fogyasztó ember” áll, szünni nem akaró fogyasztás körüli konfliktusaival, jó/rossz kompromisszumaival, örökös igyekezetével külső/belső egyensúlya fenntartására.” (Simon, 2012, p. 305.)

A kodependens személyt ebben a mértéket nem ismerő kultúrában gyakran hőssé avatják, elfeledve, hogy beteg az a társadalom, amelynek a hétköznapi helyzetekben felmerülő problémák megoldásához folyamatosan hősökre és hőstettekre van szüksége. (Hankiss, 1983)

E kultúrákban a fiatalság már nem az emberiség jövőjének záloga, inkább megvehető dekorációjává, státusz-szimbólummá degradálódik. A következő nemzedékről való gondoskodás helyett az életükhöz szükséges alapvető források kizsákmányolása folyik, a jelen generációk a jövő forrásait élék fel. Ez a destruktív és öndestruktív tendencia a hetvenes évek óta egyre határozottabb formát ölt, és az emberi élet minden szférájára kiterjed, olyan konkrét, a felszínen eltérő, de azonos gyökerű tünetekkel, mint az energiaválság, a globális felmelegedés, a gyermekszegénység megjelenése és súlyosbodása, vagy éppen az életnegyedkori (kapunyitási) krízis. (Gál, Gulyás & Medgyesi 2011; Kotre, 1996; Robbins & Wilner, 2001) A kérdés, hogy aktuálisan mely társadalmi problémák miféle formában tematizálódnak, az érdekek alakította hatalmi térben dőlhet el. (Szöllösi, 2012)

Összességében elmondható, hogy *a múlt század harmadik harmadában a jövőről való gondoskodás mintázatai radikálisan megváltoztak, a fogyasztói társadalom a gondoskodás torzult konstrukcióinak kialakítását támogatja.*

Bakan 1966-ban vezetett be két, a generatív viselkedéssel összefüggő fogalmat, amelyek azóta is egyes kutatások középpontjában állnak. (Grossbaum & Bates, 2002; McAdams 2001) Az ágencia (agency) a személy egyénként való működésére helyezi a hangsúlyt, míg a közösségvállalás (communion) arra utal, hogy

az egyén valamilyen nagyobb szerveződés részeként cselekszik és gondolkodik. Az ágencia az én védelmét, kiterjesztést jelenti, a közösségvállalás a másokkal való egység megvalósulását. Az ágenciához tartozik az önhatékonyság, a győzelem, a teljesítmény, a felelősségvállalás, és az erőssé tétel (empowerment). A közösségvállalás arcai: a szeretet, a barátság, a dialógus, a gondoskodás, és az egység.

Ezek a látszólagos ellentétpárok a felépülő függők alternatív kultúrájában feloldódnak, ahol a győzelem a megadás útján érhető el, az önhatékonyság és a kontroll gyakorlása pedig a kontroll feladásának sikerétől függ. Az ágencia és a közösségvállalás a domináns kultúra nézőpontjából értelmes, magyarázó erejű dichotómia, a 12-lépéses közösségek szemszögéből azonban egyazon minőség hasítása: hiszen e kultúrában az „önmagának hasznos” és a „másoknak hasznos” nem állítható szembe. Davis és Jansen (1998) hívják fel tanulmányukban a figyelmet arra, hogy nem érdemes a 12-lépéses közösségek kultúráját a domináns kultúra terminusaiban olvasni, mert ennek individualizmusa nem tud mihez kezdeni a kölcsönös függőséget, interdependenciát hangsúlyozó alternatív világképpel. Ehelyett, saját értelmezési keretének megfelelően, rendszerszemléletű látásmódját függőségre és függetlenségre, dependenciára és independenciára hasítja. Kapcsolataink, érzelmi világunk komplexitásának leírására alkalmasabbnak tűnik az „ellentétesnek” látszó minőségeket integráló nézőpont. Egy ilyen differenciált szemlélet, kidolgozott és kiegyensúlyozott konstrukció nem ad teret a szélsőségeket erényre torzító gondolkodásnak és viselkedésnek.

### **A kodependencia, mint torzult gondoskodás<sup>2</sup>**

A gondoskodás egyes esetekben a függőség szintjéig torzulhat. Az alkoholisták családtagjainak vizsgálatáról már a 30-as években is jelentek tanulmányok. E tanulmányokban a szerzők arra világítanak rá, hogy sok esetben a feleségek domináns szerepet töltenek be és patológiás kötődési mintákkal próbálják fenntartani férjük szenvedélybetegségét állandó követelések, vádaskodások és önbizalmat aláásó akciók révén. Ezen az egyoldalú, hibáztató képen némiképp változtatott Berne és Steiner elmélete az alkoholisták játszmáiról. Később, a hetvenes években divatos fogalomná vált az alkoholológián belül az „enabler” (jogcímet szolgáltató). Az elmélet szerint az enabler túlzottan védő és gyámkodó, azaz túlgondoskodó viselkedésével szolgáltatókat a vele egy háztartásban élő alkoholbetegnek az ivás folytatásához. (Kelemen, 1994)

A kodependencia, mint viselkedéses addikció fogalma a nyolcvanas években alakult ki, az Anonim Alkoholisták használták először a szenvedélybetegek hozzátartozói kapcsolati viselkedésének leírására. Ennek fényében a jelenséget csak az alkoholizmusra szűkítették le, a kodependenciát társalkoholizmusnak neveztek el. Később a koncepció kiterjedt az addikciók egyéb területeire is. (B. Erdős & Kelemen, é. n. ) A fogalmat többféleképpen határozhatjuk meg. Subby az 1980-as években megalkotja a koalkoholista fogalmát: azt az embert nevezik koalkoholistának, „akinek élete egy alkoholistával való elkötelezett kapcsolat, s együttélés következtében vált irányíthatatlanná.” (id. Kelemen, 1994, p. 16) Cermak kevert személyiségzavarként definiálja, kritériumai között a következőket adja meg:

---

<sup>2</sup> Ez a fejezet Kiss Szilárd szociális munka mesterszakos hallgató munkája

mások szükségleteinek kielégítéséért vállalt felelősség, a saját igények egyidejű elhanyagolása; intimitásprobléma; összefonódott kapcsolat egy személyiségzavarban, narkomániában és/vagy kodependenciában szenvedő személlyel. Small úgy véli, hogy a kodependens személy képtelen képviselni saját érdekeit, érzelmi igényeit, és ezért, ehelyett, mások kontrollálására törekszik. E lehetetlen feladattal vívódó viselkedés gyökerei a gyermekkori elutasításban, elhagyatásban és megszegésben kereshetők. A kodependens személy egy szimbiotikus kapcsolatban találja meg önmagát, itt keres elismerést, biztonságot és önbecsülést, tehát saját szükségleteit alárendeli a másik egyén szükségleteinek. (Erdős és Kelemen, é. n.; Kozma, 2009)

A kodependencia, mint kapcsolati magyarázó elv elterjedését követően megfogalmazódott az elmélet feminista kritikája: eszerint maga a kategória – melyet főleg a nőkre vonatkoztatnak – erősen medikalizált: egyrészt patologizálja a nők passzív és gondoskodó magatartását, másrészt alkoholisták társukhoz való viszonyulását. Egy másik feminista megközelítés úgy írja le a kodependenciát, mint a nők férfiak általi újra-elnyomását. A kodependenciából való felépülés így hozzájárulhat ahhoz, hogy a nők megtalálják saját identitásukat. (Cotrell & Harkness, 1997)

A kodependencia tünetei Kelemen (1994) és Kozma (2009) nyomán a következők:

- a) túlgondoskodás – felelősségvállalás mások érzéseikért, gondolataikért, cselekményeikért és választásaiért. A kodependens személy ürességet érez, ha nem részese valamilyen válságos helyzetnek, és büntudatot, ha ő kap segítséget
- b) alacsony önértékelés – gyakran hibáztatja önmagát, elhárítja a dicséretet. A személy retteg a hibázás lehetőségétől, mindent tökéletesen szeretne csinálni
- c) elfojtások – fél megismerni önmagát
- d) kényszerek – nagyfokú aggodás mások problémái iránt. Állandóan másokat ellenőriz. Hosszan foglalkoztatják a legapróbb dolgok is
- e) kontrollálás – a kodependens személy úgy véli, hogy ő tudja a legjobban, mire van szüksége másnak, ezért a kontroll érdekében a legkülönbözőbb eszközöket is beveti, mint például a büntudatkeltés, kényszerítés, manipulálás és fenyegetés
- f) tagadás – nem vesz tudomást a problémákról
- g) függőség – a társfüggők félnek az elutasítástól és attól, hogy egyedül maradnak. Az elhagyatottságtól való félelem következtében a kodependens személy képes eltérni bármit a másiktól
- h) kommunikációs zavar – ez elsősorban abban nyilvánul meg, hogy nehezen tud rögtön a tárgyra térni, illetve nem tudja kimondani, amit gondol. További jellemző, hogy nem képes nemet mondani
- i) határok gyengesége – sokszor mondja, hogy a másik megnyilvánulását már képtelen elviselni, mégis hagyja, hogy mások megsértsék
- j) bizalomhiány – nem bízik sem önmagában, sem másokban
- k) harag – gyakran érez haragot, de fél más emberek haragjától. Félt attól, hogy hátat fordítanak neki, ha kimutatja haragját

- l) szexuális problémák – haragját a szexualitásban próbálja feloldani, szex közben is gondviselő szerepet próbál játszani. A kodependens személy nehezen mondja meg partnerének, hogy mi esne jól neki a szexben
- m) lojalitásproblémák – diszfunkcionális családból származik, melyhez ambivalens viszony fűzi
- n) progresszivitás – egy idő után a kodependens személy elfásul, ennek következtében depressziós lehet, elhanyagolja magát. Fennáll a veszély, hogy alkoholtól vagy egyéb szertől válik függővé.

A kodependencia kialakulása a családi szocializáció keretei között megy végbe: itt válik személyiségvonássá, szereppé, vagy akár az identitás központi szervező elemévé. Kialakulásában szerepet játszhat az impulzuskontroll és önreguláció zavara: „az elfojtott agresszió mások kontrollálása révén történő kiélésének legveszélytelenebb helye a felnőttek számára a család.” (Kelemen, 1994, p. 27.) Az egyik családtag viselkedése stresszforrás a többiek számára, s ehhez a veszélyhez különböző módokon alkalmazkodnak: menekülésre, küzdelemre, vagy alkalmazkodásra készíti őket.

A kodependenciát definiálhatjuk foglalkozási szerepként is. Ha egy kodependens személy hivatásos segítővé válik, akkor már professzionális keretek között folytathatja a magánéletében előforduló játszmákat. Esetükben a segítő kapcsolatot a tanácsadó belső problematikája fogja meghatározni, nem pedig a közös pozitív cél. Ezen csak az változtathat, ha a kodependens személy rájön arra, hogy önmaga is segítségre szorul. Saját gondoskodás-konstrukciója megváltoztatása során mindenesetre rendelkezik azzal az előnnyel, hogy már átélte azt a szenvedést, amit a kliense. (Kelemen, 1994)

A kodependens magatartás egyik fő jellemzője a kényszeres segíteni akarás. Normális és kényszeres segítség között számos különbség van. Normális segítség esetén az ember megfelelő időt képes szentelni mind magára, mind a segítséget igénylő emberre. Kényszeres segítség esetében ez teljesen másképp van: a kényszeres segítő nem koncentrálna saját életére; csupán a másik emberen való segítségre összpontosít.

A kényszeres segítői magatartás nem csak a segítőre nézve káros. A kényszeres segítők hisznek saját elképzelésük helyességében, és azt mindenáron rá akarják erőltetni másra. A segítségnyújtást ezek a személyek azután is folytatják, amikor arra már nincs szükség. Gyakran megtörténik, hogy szenvedélybetegek és kényszeres segítők egymásra találnak. Az egyik szempontból nézve kapcsolatukat egy „win-win” szituációnak minősíthetjük, hiszen a szenvedélybeteg talál egy társat magának, aki meghallgatja és elnézi a zűrös ügyeket, a kényszeres segítő pedig egy olyan személy mellett lehet, akinek megmentéséért naponta küzdhet. A fennálló kapcsolat azonban csak látszólag ilyen nyereséges, valójában igen veszélyes szituációról van szó, hiszen mindketten a másik viselkedésének csapdájába kerülnek, romlik az állapotuk. A kényszeres segítők mindenáron kerülni akarják a konfrontációt, mert félnek, hogy ellenséges reakciót váltanak ki. A kényszeres segítség az egyik fő oka a szenvedélybetegek visszaesésében. (Lefever, 2007)

Előfordulnak olyan esetek, amikor az egyén valamilyen elsődleges addikciója mellett kényszeres segítő is egyben. Ebben az esetben fennáll a veszély, hogy a szenvedélybeteg annyira akar segíteni másokon, hogy saját magára már nem

marad ideje, energiája, és ő maga esik vissza. Jellemző esetükben, hogy erős szakmai kudarcként élük meg, ha segítettjük visszaesik a szerhasználatban.

A kényszeres segítő viselkedését megváltoztatni nehéz. Ők maguk nem akarnak segítséget elfogadni, ha szembesítik őket viselkedésükkel, kifogásokkal védekeznek. Tovább nehezíti a kezelés lehetőségét, hogy a kényszeres segítői viselkedés teljesen ésszerűnek és értékesnek tűnik. A kényszeres segítői viselkedést általában támogatja az adott kultúra. „Dicsérjük azokat az embereket, akik feláldozzák magukat mások szolgálatában. Ritkán állunk meg, hogy feltegyük a kérdést: vajon az általuk nyújtott »segítés« valóban az elfogadó fél önállóságát, s nem egy függő viszony megteremtését mozdította-e elő.” (Lefever, 2007, p. 113.) A kényszeres segítők esetében is érvényes az az elv, hogy könnyebben szembesülnek önmaguk betegségével, ha hagyják őket megtapasztalni a fájdalmat, melyet függőségük okoz. Azt kell megtanulniuk, hogyan válhatnak normális mértékben, konstruktív módon gondoskodó és egyben önmagukról gondoskodó emberré. (Lefever, 2007)

### **A generativitás**

A gondoskodásnak számos olyan formája van, ami egy kapcsolati hálózat tagjai számára egészséges kötelekeket és fejlődési forrásokat biztosít. A generativitás a gondoskodás egy olyan sajátos módja, amelyben a törődés valamilyen személyes ajándék, érték átadása révén a jövőre, a következő nemzedékre irányul: ehhez azonban hinni kell a jövőben, ami az önpusztító életformával, a függőséggel összeegyeztethetetlen.

A generativitás, mint életfeladat a személyes fejlődés egy időben meglehetősen elhúzódó, akár negyven évet is átfogó szakaszában kerül előtérbe. Megvalósításához kevés a szülői elköteleződés nélküli biológiai anyaság vagy apaság. Az értékek hagyományozására különböző utak kínálkoznak: az új nemzedék tanítása, mentorálása, a vezetői szerepek vállalása, a tág értelemben vett kulturális kreativitás és a gondoskodás. (Erikson 1959; McAdams 2006)

Számos vizsgálat támasztotta alá a generativitás és a jóllét, az étellel való elégedettség, valamint a szubjektíve értékelt sikeresség között összefüggéseket. A magas generativitással jellemezhető személyek kevésbé szoronganak, nem jellemző rájuk a depresszió, és összességében érettebb megküzdési stratégiákkal rendelkeznek. Így ellenállóbbak a stresszel szemben, és jól alkalmazkodnak a kihívásokhoz. (Van Hiel és mtsai. 2006; de St. Aubin & McAdams, 1995; Bauer, McAdams & Sakaeda 2005; Bauer, McAdams & Pals, 2008; Bauer & McAdams, 2004; Grossbaum & Bates, 2002; Morfei, Hooker, Carpenter, Mix & Blakeley 2004; Huta & Zuroff 2007) Saleebey (2006) meta-elemzésében a reziliencia-kutatások három közös, kiemelkedő tényezőjét emeli ki: a szerető, törődő kapcsolatokat, a közösségi elköteleződést, és a magas szintű elvárásokat: mindhárom a generativitás jellemző összetevői közé tartozik. E vizsgálatok tanúsága szerint így a generatív viselkedés az önmagunkról való gondoskodást is jelenti egyben.

McAdams és de St.Aubin 1992-ben alkotta meg a generativitás fogalmi modelljét. McAdams, Diamond, de St. Aubin és Mansfield (1997) több szerző munkájára alapozva megállapítják, hogy az élettörténetet megalkotható a személyi konstrukciók mintájára, elméleti modelljük kialakítása során ezt az elvet követik. A

modellben hét olyan pszichoszociális tényező együttes előfordulását határozzák meg, amelynek fontos szerepe van a jövő nemzedékekkel való törődésben:

- kulturális igény az életkornak megfelelő viselkedésre
- belső vágy a szimbolikus „halhatatlanságra”
- tudatos törődés a következő nemzedék sorsával
- hit abban, hogy az emberi létnek értelme van
- minderre való tekintettel a generatív elköteleződés vállalása
- generatív cselekvés, amelynek eredménye valamilyen ajándék a jövő nemzedéknek
- generatív narratíva, amely a személyes létezés meghaladó örökségről, és az új, a személy életén túlmutató kezdet lehetőségéről szólhat.

### **A generativitás empirikus vizsgálata**

A generativitás empirikus vizsgálatára McAdams és munkatársai (1997) több mérőszöveget alkalmaznak, így a Generative Behavior Checklist-et, a Loyola Generativity Scale-t, és egy félig strukturált interjú-protokollt, a Foley Longitudinal Study of Adulthood-ot (FLSA).

Az FLSA fontosabb elemei a következők:

- Első lépésként arra kéri a vizsgált személyt, hogy gondoljon úgy saját életének történetére, mintha az egy könyv volna. Adjon a könyvnek címet, és határozza meg az egyes fejezeteket is.
- Ezt követően jelöljön meg nyolc olyan témát (ún. nukleáris epizódot), amely a történetben kulcsfontosságú szerepet játszik: ez a legjobb élmény, a legrosszabb tapasztalat, a fordulópont, a legkorábbi emlék, a jelentős gyermekkori/serdülőkori/felnőttkori emlék, és egy általa választott egyéb jelentős élmény, tapasztalat.
- Ezután arra kéri, részletesen írja le, mi történt, kik voltak az esemény szereplői, mikor történt az esemény, mit érzett pontosan, és mit mond az adott epizód róla, mint személyről.
- Ezt követően arra kéri, meséljen arról a négy személyről, akik a legfontosabb szerepet játszották az életében. Megkérdezi tőle, van-e személyes példaképe.
- Végül sor kerül a történet jövőbeni fejezeteinek előrevetítésére, különös tekintettel arra, hogy ez a jövő milyen lehetőségeket tartogat a kreativitásra, a másokkal való törődésre.
- Az interjúvázlat további elemei: az aktuálisan konfliktusos terület megjelölése, és a személyes ideológiák, hitek kérdése.
- Zárásképpen az interjú alanya visszagondol az interjú folyamatára, és meghatározza, mi a saját története legfontosabb üzenete.

McAdams és szerzőtársai (1997) empirikus vizsgálatukban a generativitást megélt személyeknél a narratíva egy sajátos, általános szerveződési mintázatát mutatták ki, amelyet a „megváltás történeteinek” (stories of redemption) neveztek el, szemben a kevésbé generatív személyek „romlás” (contamination) történeteivel. Az előbbi, progresszív történetsszerveződés főbb elemei a következők:

- kezdetben jelen van valamilyen családi erőforrás, „áldás”, amely megjelenhet, mint korai tehetség, vagy biztonságos kötődés („a világ olyan hely, ahol az emberek törődnek egymással”);

- a személy már a korai években fogékonyvá válik mások szenvedésére;
- világos és kényszerítő erejű személyes meggyőződése vezet, amely az idők során állandó marad;
- élete rossz eseményeit jóra váltja;
- és olyan célokat tűz ki, amelyekkel közösségi célokat szolgál.

A megváltás történeteinek affektív színezete nem feltétlenül pozitív. Ami a döntő, az a szekvencia: a kezdeti rosszból később jó származik. Ezek a progresszív narratívák így alkalmasak arra, hogy az élet értelmeként jelenítsék meg megalkotójuk számára. (Gergen, K, Gergen, M., 1983)

### **A generativitás megélése a felépülés folyamán: empirikus kutatási előzmények**

Saját kutatásunkban (B. Erdős és mtsai., 2011; Molnár és mtsai., 2011) a 12-lépéses közösségek (AA, NA) és az államszocializmusban létrehozott Alkoholizmus Ellenes Klubok (AE) szövegeinek elemzése során két eltérő felépülési kultúrát vizsgáltunk. Az elemzésben főként kvalitatív módszereket alkalmaztunk (résztevéő megfigyelés, közösségi dokumentumok elemzése, kvalitatív interjúk kvalitatív és a szekvenciális-transzformatív modell /Ehmann, 2002/ szerinti, statisztikai eljárásokat is bevonó tartalom-elemzése). Az interjúk az FLSA-protokoll nyomán készültek, azonban praktikus okokból az eredetileg háromórás interjút jelentősen lerövidítettük. 18 12-lépéses józanodó, és 8 AE klubtag vett részt a vizsgálatban.

Az eredmények feldolgozását követően két eltérő modell bontakozott ki: A 12-lépéses közösségek nagyobb hangsúlyt fektetnek a végbemenő tanulási folyamatra, a személyesen megélt igazság keresésére, a kontroll reális, rendszerszinten értelmezett, a kölcsönös függőséget tekintetbe vevő formáinak elsajátítására. Gyakran említik társaikat, utalnak a beszélgetőpartnerre, és folyamatosan reflektálnak önmagukra. A dialogikus jelleg és a szelf-reflektivitással kapcsolatos eredmények arra mutatnak, hogy ezekben a közösségekben a tagok az élettörténetek újramondásával, az autobiografikus hozzáállás kialakításával, az empátiás-mentalizációs képesség (Fonagy, Gergely, Jurist & Target 2002) fejlesztésével segítik a felépülés folyamatát.

Az AE tagjainál gyakoribb a versengés jeleként értelmezhető hasonlítás. A szövegekre jellemzőbb az „abszolút” típusú kognitív szűrők, ugyanakkor az általánosítások és a beszélgetés töltelék-elemeinek alkalmazása. A józanság fogalma helyett az absztinencia megtartására esik a hangsúly. Fontosak az oksági magyarázatok, ezek a koherencia megteremtésének legfőbb eszközei. Előtérbe kerül a spiritualitás vallásos, a domináns kultúrával konform értelmezése, emellett gyakoribbak a felépülő családi kapcsolataira tett utalások. Az AE tagjai számára a legfontosabb erőforrásnak a sorstársakba vetett bizalom, a spiritualitás vallásos formája, valamint a hagyományos, tekintélyelvű orvoslásra támaszkodó „spiritualitás” bizonyult.

A felépülés közös tényezői, erőforrásai vizsgálatunk eredményei szerint a következők:

- a sorstársi közösség: hasonló élményekkel, tapasztalatokkal, és az egymás szolgálatára való készséggel,
- a bármely értelemben vett spiritualitás,
- a törekvés, hogy értelmezzék saját tapasztalataikat, és újrendezzék saját történeteiket.

Ezek a közös faktorok egyrészt Antonovsky (1987) koherencia-érzék koncepciójához, mint a lelki egészség egy modelljéhez kapcsolhatóak, amennyiben az egyes komponensek megfeleltethetők az értelemteliség, jelentésteliség, és kezelhetőség kritériumainak. Másrészt közvetlen kapcsolatba hozhatóak a generativitással: az értelmesként megélt élet, a transzcendencia (spiritualitás) iránti igény, és a másokkal való törődés, mint közös tényezők révén.

### **A generativitás megjelenése egy interjú nukleáris epizódjában**

A jövő, a jövőről való gondoskodás és gondolkodás az öndestruktív életforma folytatása mellett nem értelmezhető. A felépülés során azonban – még akkor is, ha a józanság „csak a mai nap” – a jövő értelmezhető, értelemmel telített és előrevetíthető tartománnyá válik.

A 12-lépéses csoportok a kontrollhoz való viszonyulás megváltoztatásában látják a felépülés döntő mozzanatát. Lehet-e egyes esetekben döntő a generativitás megélése, s ha igen, miképpen megy végbe a változás? A 26 interjú elemzésének eredményei alapján látható a konceptuális kapcsolat a felépülési és a generativitás-modellek között: a továbbiakban ezt a képet az egyik interjú, mint prototipikus eset kvalitatív tartalomelemzésével árnyaljuk tovább.

Az egyik AE klubtaggal készített interjújában a nyolc éve tartó józanodáshoz vezető döntő mozzanat, a fordulópontra nem a kontroll feladásához, hanem bizonyos értelemben éppen annak kiterjesztéséhez kötődik; sőt, az absztinens közösséghez csatlakozás is csak három évvel az adott esemény után történik meg. A másodfokú, sorsfordító, az identitást gyökeresen átalakító változás bekövetkezik, és a tartomány, amelyből kiindul, a generativitás dimenziója:

(...) azért az utolsó négy-öt év, szóval az azért keményen a családi élet rovására ment ki. Aztán volt egy sorsforduló, ami megváltoztatta, és sikerült lemondanom róla. (...) Van három gyerekem, és a legidősebb fiannak az első...khm ...gyermekáldás várása volt. Ikerterhessége volt a menyemnek, és hét hónapra megindult a szülés. És hát ez nagyon megrémített bennünket. Akkor már külön éltem a feleségemtől, és ez összehozott bennünket. És...leültem egy este így magammal, hárman ültünk az asztalnál, én, az alkoholizmusom, és a Jóisten. És akkor megbeszéltük egymással, hogy mit lehet tenni. Én mondtam a Jóistennek, hogy nagyon szeretném, ha meghagyná az unokáim életét. Mivel hogy az nem csak a közvetlen család, hanem a szélesebb család szétesését is okozná, hogyha ez így... járnánk, hogy meghalnak. Viszont nincs semmim, csak a barátom, az alkoholizmus, de én szívesen lemondok róla egy életen keresztül, ha ez segítene. És úgy tűnik, hogy ez, eddig nagyon szépen működik ez az egyezés. Az unokáim most szintén nyolc évesek lesznek, én is nyolc éve szoktam le, októberben lesz nyolc éve pontosabban. És iskolások, gyönyörűek, okosak.”

Az áldozat felemelő, és – ismerve a függőség sajátosságait – ijesztő is egyben. Az interjúalany maga is tudatában van saját vállalása súlyának... „viszont egy nem várt mellékhatása van a dolognak, az, hogy nálam, az szóba se jön, hogy én visszaessek. Más a minőség akkor, akkor öngyilkosságot követnék el.” Az Istennek tett ígéretet nem lehet megszegni: a kontroll kiterjesztését az interjúalany szükségesnek, és – az



öngyilkosság és kontroll közötti összefüggésekre vonatkozó ismereteink szerint teljesen megalapozottan<sup>3</sup> – veszélyesnek éli meg. Miképpen lehet mégis nyolc éve boldog józan?

A fordulópont az interjúban egyrészt egy fontos előzményhez kapcsolódik, amelyet McAdams és munkatársai (1997) is említenek a magas generativitású személyek élettörténeti eseményei között: ez a korai családi áldás. Szerintük az ilyen korai tapasztalat arra taníthatja a személyt, hogy saját életében is keresse a lehetőséget a gondoskodásra. Az interjúban világosan felismerhető a két eltérő időskorban megjelenő szerep-konstrukció (Isten az, aki megmenti a gyermekek életét) stabilitása, kontinuitása: „...szép gyerekkorom volt, a Jóisten a tenyerén hordozott, egy jó párszor megmentette az életemet.”

A későbbiekben az interjúalany arról beszél, hogy az áldozat, amit unokáiért hozott, őt is megváltotta:

„...lelki életet nem tud élni egy alkoholista. Az sokkal komolyabb...a házasságom is sokkal szilárdabb, egymás iránti toleranciánk, az nagyon nagymértékben megváltozott, ilyen szempontból...azelőtt szinte nem is volt, most pedig szinte bármiben számíthatunk egymásra, bármilyen tekintetben” (... ) a gyermeki tisztelet is eljutott egy olyan szintre (... ) tudják hasznosítani azt az élettapasztalatot, amit én 60 év alatt összeszedtem.”

Unokáinak a megbízhatóságot, a nyitottságot, a szeretetet és az optimista életszemléletet próbálja átadni.

Az interjúalany életében a generativitás megélése jelentős változás hozott, ez a változás láthatóan elmélyült, és kiterjedt kapcsolati rendszereire is (család, AE-közösség, szomszédság). A generativitás felé tett lépés a felépülés döntő mozzanata, az élettörténet egy fordulópontja, ahol a „mélypont” szokatlan módon nem az alkoholizmushoz kapcsolódik. A megajánlott áldozat nem a teljes megadásról szól (ebben az esetben mindegy lenne, mi történik később, mindenképpen elengedi az alkoholizmusát), de nem is egyértelműen alku: inkább feltételekhez kötött alázatos kérés. A generativitás megvalósítására még félig-meddig függő módjára tett kezdeti törekvés vezet el azután a későbbiekben az interdependencia megélésehez, annak felismeréséhez, hogy amikor a személy másokkal tesz jót, annak eredményeképpen az ő sorsa is jobbra fordul. A sorsfordító fogadalmat követő élmények és felismerések vezetnek el a teljes kapcsolati hálózat átalakulásához: a függőség eszkalálódó pusztítása átadja helyet a pozitív szinergiáknak.

A tanulmány megjelenését az OTKA K68619. sz. (Pszichoszociális változás és az átalakulás retorikája a tizenkét lépéses mozgalmakban) kutatási programja támogatta.

## Irodalom:

- Antonovsky A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey – Boss Publishers.  
B. Erdős M. (2006). *A nyelvben élő kapcsolat*. Budapest: Typotex

---

<sup>3</sup> Erről bővebben: B. Erdős, 2006

- B. Erdos M. & Kelemen G. (2011). The Finite Universe: Discursive Double Bind and Parrhesia in State Socialism. *History of Communism* (2). 281-308.
- Bateson G. (2000 [1972]). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bauer J. J. & McAdams D. P. (2004). Growth Goals, Maturity and Well-Being. *Developmental Psychology* (1). 114-127.
- Bauer J. J., McAdams D. P. & Pals J. L. (2008). Narrative Identity and Eudaimonic Well-Being. *Journal of Happiness Studies*. (9). 81-104.
- Bauer J. J., McAdams D. P. & Sakaeda, A. R. (2005). Interpreting the Good Life: Growth Memories in the Lives of Mature, Happy People. *Journal of Personality and Social Psychology* (1). 203-217.
- Boeree, C. G. (1997). George Kelly. in: *Personality Theories* <http://www.ship.edu/~cgboeree/perscontents.html>. Letöltve: 2012. november 8.
- Cotrell G. & Harkness D. (1997). The Social Construction of Co-Dependency in The Treatment of Substance Abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (5). 473-479. [www.sciencedirect.com/science/journal/07405472/14/5](http://www.sciencedirect.com/science/journal/07405472/14/5) Letöltve 2011. november 9.
- Davis D. R. & Jansen G. G. (1998) Making meaning of Alcoholics Anonymous for social workers: myths, metaphors, and realities. *Social Work* 43 (2). 169-182.
- De St. Aubin E. & McAdams D. P. (1995). The relations of generative concern and generative action to personality traits, satisfaction/happiness with life and ego development. *Journal of Adult Development* (2). 99-112.
- Ehmann B. (2002). *A szöveg mélyén*. Budapest: Új Mandátum
- B. Erdős M. & Kelemen G. (é. n.). *A kodependencia és az enabling viselkedésminták a családban és az iskolában*. [www.szocialismunka.hu/menu/40/23](http://www.szocialismunka.hu/menu/40/23) Letöltve 2011.november 8.
- Erdos M. B., Madacsy J., Mucsi G., Molnar D., Csurke J., Mandi N., Kelemen G., Brettner Zs. (2011). The power of 12-step fellowships and Anti-alcoholism Clubs in Hungary. A comparative qualitative study. (pp. 109-146). In: Erdos M. B., Kelemen G. Csurke J. , Borst J. (szerk.). *Reflective Recovery*. Budapest: Oriold.
- Erikson E. H. (1959). *Identity and the Life Cycle. Growth and Crises of the Healthy Personality*. New York: International Universities Press.
- Fonagy P., Gergely Gy., Jurist E. L. & Target M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Gál R. I., Gulyás A. & Medgyesi M. (2011) *Intergenerációs alkotmány*. Nemzeti Fenntartható Fejlődési Tanács, Műhelytanulmányok No. 5. Budapest: TÁRKI. [http://www.nfft.hu/dynamic/NFFT\\_muhelytanulmanyok\\_5\\_TARKI\\_intergen\\_alkotmany\\_2011.pdf](http://www.nfft.hu/dynamic/NFFT_muhelytanulmanyok_5_TARKI_intergen_alkotmany_2011.pdf) Letöltve: 2012. április.10.
- Gargani A.(1998). Religious Experience as Event and Interpretation. (pp. 111-134). In: Derrida J. & Vattimo G. (szerk.). *Religion*. Stanford University Press, Stanford.
- Gergen K. J. & Gergen M. M.(1983). Narratives of the Self. (pp. 254-273). In: Sarbin T. R & Scheibe K. E. (szerk.) *Studies in Social Identity*. New York: Praeger.
- Gergen K. (1990). If Persons Are Texts. (pp. 28-51) In: Messer S., Sass, L. & Woolfolk, R. (szerk.). *Hermeneutics and Psychological Theory*. New Brunswick and London: Rutgers University Press.

- Grossbaum M. F. & Bates G. W. (2002). Correlates of psychological well-being at midlife: The role of generativity, agency and communion, and narrative themes. *International Journal of Behavioral Developments* 26 (2). 120-127.
- Hankiss E.(1983). *Társadalmi csapdák. Diagnózisok*. Budapest: Magvető.
- Huta V. & Zuroff D. C. (2007). Examining mediators of the link between generativity and well-being. *Journal of Adult Development* (1-2). 47-52.
- Kasser Tim & Ryan R. M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology* 65 (2). 410–422.
- Kelemen G. (1994). *Az addikciók széles spektruma*. Budapest: Országos Alkohológiai Intézet-
- Kelemen G. (1999). Alkoholizmus, szenvedélybetegség és erőszak a családban. (pp. 169-189.). In: Koltai M. (szerk.). *Családorientált gyógyítás az alapellátásban*. Pécs: POTE TK.
- Kelemen G. (2007). Egészségtanulás és rehabilitáció. *Lege Artis Medicinae* (17). 250-253.
- Kelly, G.A. (1955) *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Kopp M. & Skrabsky Á. (é. n.). *Magyar lelkiállapot az ezredforduló után*. [http://www.tavlatok.hu/86/86kopp\\_skrabski.pdf](http://www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf). Letöltve: 2012. április 17.
- Kozma N. (2009) Kodependencia a szenvedélybeteg párkapcsolatban. *Psychiatria Hungarica* 24 (6). 388-413.
- Kotre J (1996). *Outliving the self: How we live on in future generations*. New York: Norton.
- Lasch C. (1984). *Az önimádat társadalma*. Budapest: Európa.
- Lefever R. (2007). *Kényszeres segítség*. Komló: Leo Amici 2002 Alapítvány.
- Martin H.-P. & Schumann H. (1997). *The Global Trap: Globalization and the Assault on Prosperity and Democracy*. New York: St. Martin's Press.
- McAdams D. P. (2001) *Coding Autobiographical Episodes for Themes of Agency and Communion*. <http://www.sesp.northwestern.edu/foley/instruments/agency/> Letöltve: 2012. november 3.
- McAdams D. P., Diamond A. & de St. Aubin E., Mansfield E. (1997). Stories of commitment: The psychosocial construction of generative lives. *Journal of Personality and Social Psychology*. (72). 678-94.
- McAdams D P. & de St. Aubin E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology* (62). 1003–1015.
- McAdams D. P. (2006). The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology* 19 (2). 109-125.
- Molnar D., Erdos M. B., Mucsi G., Csurke J., Brettner Zs., Kelemen G. (2011) Alternative recovery models: A sequential-transformative content analysis. (pp. 147-166.) In: Erdos, M., B., Kelemen, G. Csurke, J., Borst, J. (szerk.) *Reflective Recovery*. Budapest: Oriold.
- Morfei M. Z., Hooker, K., Carpenter J., Mix C. & Blakeley, E. (2004). Agentic and Communal Generative Behaviour in Four Areas of Adult Life: Implications for Psychological Well-Being. *Journal of Adult Development* 11 (1). 55-58.
- Penezić, Z., Lacković-Grgin K., Tucak I., Nekić M., Žorga S., Poljšak Škraban O & Vehovar U. (2008). Predictors of generative action among adults in two transitional countries. *Social Indicators Research*, 87 (2). 237-248.

- Neimeyer R. A. & Raskin J. D. (2000) (szerk.): *Constructions of Disorder*. Washington: APA.
- Robbins A. & Wilner A. (2001). *Quarterlife Crisis: The Unique Challenges of Life in Your Twenties*. New York: J. P. Tarcher/Putnam.
- Ryan R. M. & Deci L. E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology* (52). 141–46.
- Saleebey, D. (2006). *The Strength Perspective in Social Work Practice*. Boston: Pearson
- Simon M. (2012) Addiktív állapot/kommunikatív állapot. Szempontok és szemelvények az addiktológiai kommunikáció tárgyköréből. (pp. 301-308.) In: Bajnok A., Korpics M., Milován A., Pólya T. & Szabó L. (szerk.) A kommunikatív állapot. *Diszciplináris rekonstrukciók*. Budapest: Typotex.
- Stapleton K. & Wilson J. (2004). Grounding the discursive self: A case study in ISA and discursive psychology. (pp.195-212) In: Weinreich P. & Saunderson W. *Analysing Identity. Cross-Cultural, Societal and Clinical Contexts*. New York: Routledge.
- Seltzer M, Seltzer W., Homb N. & Midstigen, P. (2001). Eposz, közös szövegalkotás és "kívülállóság". *Pszichoterápia* 9 (2). 98-109.
- Szöllősi G. (2012). *A társadalmi problémák konstrukcionista elméletének alapjai*. Budapest: Z-press.
- Van Dijk T. A. (2009). Critical discourse studies. A sociocognitive approach. (pp.62-85) In: Wodak R & Meyer M (szerk.) *Methods of Critical Discourse Analysis*. London: Sage.
- Van Hiel A., Mervielde I. & De Fruyt F. (2006). Stagnation and Generativity: Structure, Validity and Differential Relationships with Adaptive and Maladaptive Personality. *Journal of Personality* (74). 543-574.
- Weinreich, P. (2004). Identity structure analysis. (pp. 7-76.) In: Weinreich P. & Saunderson W. *Analysing Identity. Cross-Cultural, Societal and Clinical Contexts*. New York: Routledge.

## **Jellinek anti-hagiográfiája**

### ***Jellinek's anti-hagiography***

MÁRK MÓNIKA – BRETTNER ZSUZSANNA

„A tapasztalt utas mögött nem marad nyom.”  
(Lao-ce)

### **Összefoglalás**

A korszerű addiktológia alapelvei döntően az alkoholizmussal kapcsolatban alakultak ki. Modern addiktológiai tudás pedig aligha képzelhető el az alkoholológiát önálló tudományág rangjára emelő E. M. Jellinek és a nevéhez fűződő betegségkoncepció ismerete nélkül. A jelen tanulmány az alkoholológia „atyjának” nevezett Jellinek tudományos-szakmai és csupán részben ismert személyes élettörténetének vázlatos ismertetése.

Egyfajta „work in progress”, amely egy folyamatban lévő kutatás aktuálisan elért eredményeit igyekszik röviden bemutatni. Prof. Kelemen Gábor és munkatársa Márk Mónika 2012-ben kutatási projektbe kezdett Jellinek magyarországi történetének feltárása érdekében (Kelemen & Márk, 2012). E kutatásba kapcsolódott be később Brettner Zsuzsanna. 2012 előtt tudásunk szerint egyetlen magyar kutató foglalkozott az alkohológus Jellinek budapesti életével, Hárs György Péter.

Az 1990-es évek végén az amerikai Ron Roizen (2000) fedte fel Jellinek életének dicstelen budapesti epizódját. Jóllehet ezt bizonyítani nem tudta, igen valószínűnek látszott, hogy E. M. Jellinek azonos a legismertebb magyar szerencselovagok egyikével, Jellinek Mortonnal. Ezt támasztotta alá Jellinek lányával, Ruth Surry-vel az 1960-as évek közepén készített interjú is, amelyben – ha érintőlegesen is – de utalt apja budapesti pénzügyi botrányára.

Nem tudjuk továbbá azt sem, honnan ered Jellinek alkoholológiai és 12-lépéses programok iránti érdeklődése. Azt feltételeztük, hogy budapesti múltjában – amely „fehér folt” az addiktológia történetében – lehettek olyan mozzanatok, intellektuális és érzelmi hatások, amelyek megalapozták ilyen irányú érdeklődését.

**Kulcsszavak:** E. M. Jellinek magyarországi gyökerei, alkoholológia, az alkoholizmus medicinális modellje

### **Summary**

*The principles of modern addictology are rooted in alcoholology. The development of the field is inseparable from E. M. Jellinek's contribution. The scientific-medical agenda of alcoholology has apparently been created by him. This paper provides a brief overview of Jellinek's professional and personal history.*

*The paper is a sort of „work in progress”. Authors opened the project to study those episodes of Jellinek's life story that are not yet known to the public. At the end of the 1990s Ron Roizen revealed an infamous episode of Jellinek's past. Although Roizen's presumption was not proved, the hypothesis that E. M. Jellinek was the same as the Hungarian fraud named Jellinek Morton has some grounding. The supposition was confirmed in an interview with Jellinek's daughter, Ruth Surry*

*in the mid-1960s, in which she asserted that his father had become involved in a post-World War I currency speculation.*

*Presently, we do not have any information about the origins of Jellinek's interest in alcohol studies and 12-steps conception. Authors assume that his past in Budapest - an unknown terrain in the story of addictology - might explain for this turn in his life. What were the intellectual and emotional influences which inspired him to enter the field of alcohol studies?*

Keywords: *E.M.Jellinek's Hungarian roots, alcoholology, medical model of alcoholism*

### **Az alkohológia kezdetei**

Noha az alkoholizmus betegségmodellje *Jellinek* nyomán vált teljesen elfogadottá és terjedt el széles körben a segítő szakmák körében is, a koncepció már jóval korábban, a 19. század fordulóján felbukkan. *Benjamin Rush* amerikai orvos és a skót *Thomas Trotter* - egymástól függetlenül, de közel egy időben (1784 és 1804) - a krónikus részegséget akarattbetegségként definiálják, amelyből teljes absztinencia révén lehetséges a kigyógyulás. A kóros vágy, a tüneti ivás és kontrollvesztés fogalmai már ekkor feltűnnek, a figyelem azonban magára az alkoholfogyasztásra irányul, így az alkohol okozta problémák megoldását az alkohol tiltásában és a fogyasztó morális befolyásolásában látták (Kelemen, 1994). A morális és kriminális modell az iszákosokkal szembeni előítéleteket táplálta, akik megbélyegzésnek és kiközösítésnek voltak kitéve. A szakember által legitimált beteg-szereppel társadalmi státuszuk és a köztudat általi megítélésük is némiképp javult.

Paradox módon az alkoholizmus betegségkoncepciója az Alcoholics Anonymous (AA) sikerei nyomán bontakozott ki. A betegségparadigma a morális modell ellenében jött létre, s a mozgalom felépülési programot is kínált a magukat alkoholistának vallók részére. Az AA eredményei újra ráirányították a kutatók figyelmét az alkoholizmus kérdéskörére. *Norman Jolliffe* (New York-i Bellevue Kórház) és *Howard W. Haggard* többek között úgy vélték, hogy a tudományt segítségül hívva jobb eredmények érhetők el, mint az AA által kínált módszerrel. Számos szakterület foglalkozott az alkoholizmus kutatásával, de az eredmények szintézise még váratott magára. Az interdiszciplináris megközelítés sajátos felkészültséget kívánt, többféle tudományterület magas szintű ismeretét tételezte fel. A választás a worcesteri állami kórház szkizofrénia kutatásában részt vevő biostatistikus *E. M. Jellinek*re esett, aki jóllehet az alkoholizmus kérdéskörével mindaddig nem foglalkozott, ellenben széleskörű statisztikai, botanikai, élettani, pszichiátriai, nyelvészeti és irodalmi ismeretekkel bírt. Az európai műveltségű, rendszerszemléletű tudósként ismert *Jellinek* elismertségét az is növelte, hogy 1908-1914 között német (Berlin, Lipcse) és francia (Grenoble) egyetemeken tanult.

A hirtelen témaváltás a körülmények szerencsés összjátékának is köszönhető. A *Research Council on Problems of Alcohol* (RCPA) - a tudományos kutatást a morális modellel szemben preferáló amerikai alkoholizmus-ellenes mozgalom meghatározó szervezete - 1938-ban Washington DC-ből New Yorkba költözött. A szemléleti váltást kezdeményező New York környéki tagok aktivitásának eredményeképpen az alkoholizmus tudományos kutatása önálló céllá vált, ennek köszönhetően a tudomány az alkoholfogyasztás ellen küzdő pedagógiai

mozgalom mellékszereplőjéből főszereplővé léphetett elő. A RCPA New Yorkba költözése és *Jolliffe* meghívása mellett *Haggard* (a Yale Egyetem alkalmazott élettani laboratóriumának vezetője) „színrelépése” volt a harmadik mozzanat. *Jellinek* javaslatára az egyetemi intézmény aktív közreműködésével támogatták meg az új alkoholizmus koncepciót.

A nagynevű Yale-t képviselő *Haggard* és *Jellinek* munkakapcsolata igen termékenynek bizonyult. A cél az alkoholológia kritériumrendszerének és szaknyelvének megteremtése volt, amely alkalmas a kutatási tapasztalatok rendszerezésére, az alkoholizmus jelenségeinek leírására és értelmezésére, irányt és keretet szab a megelőzéshez és befolyásoláshoz. Elméleti kiindulópontként *Jellinek* a következőket jelölte meg: orvosi kórélettan, pszichiátriai kórtan, a kanti filozófia és az AA ideológiája. Nagy lendülettel kezdett neki az addig felgyűlt szakirodalom feldolgozásának és rendszerezésének az RCPA New York-i Orvosi Akadémia könyvtára mellett bérelt irodájában. *Haggard* laboratóriumi kutatómunkája mellett az alkoholizmus tárgykörében végzett ismeretterjesztő tevékenységével is hírnevet szerzett magának. Azt is felismerte, hogy egy új folyóirat megalapítása folyamatos megjelenési lehetőséget biztosítana a *Jellinek* által összegyűjtött alkoholkérdéssel foglalkozó cikkek absztrakcjainak. A QJSA (Quarterly Journal of Studies of Alcohol) nem kevesebb, mint 12 ezer *Jellinek* által átnézett közlemény katalogizált absztraktját adta közre.

### **Az alkoholizmus betegségkonceptiója**

Amikor *Jellinek* 1939-ben *Jolliffe* felkérésére a Yale Egyetemre érkezett, már jelentős kutatói tapasztalattal rendelkezett természettudományi területeken (biológia, biometria és endokrinológia), amely ötvöződött humán szakterületeken való jártasságával (filozófia, nyelvészet, antropológia, teológia). *Jolliffe* választását vélhetőleg a fent említett mozzanat határozta meg. Maga *Jellinek* is hangsúlyozta az átfogó szemlélet és a tudományos módszertan alkalmazásának jelentőségét, különös tekintettel a reflektív hozzáállás fontosságára (Bowmann&Jellinek). Az alkoholizmus kutatásában alapvető tudományágként jelölte meg a szociológiát, antropológiát, pszichiátriát, neurológiát, klinikai pszichológiát, élettant és kísérleti pszichológiát (Jellinek, 1942). Azzal érvelt, hogy bár maga is alapvetőnek tartja az egyénre összpontosító kezelést – elismerve az AA alkoholizmust dekriminalizáló tevékenységét –, a társadalmi szintű megelőzésre való törekvést is ezzel egyenértékű célként kezeli. Úgy vélte, hogy a kitűzött cél megvalósításához elengedhetetlen az alkoholszcéna szereplőinek szemléletváltása. Az új szemléletmód terjesztésére már 1943-ban elindították a Yale alkoholtanulmányok nyári egyetemét, amelyen AA tagok is részt vettek (Jellinek, 1943), 1944-ben előadóként szerepelt a programban *William Wilson*, az AA társalapítója is. A „két Yale-i tudós” Az AA 1944-ben alapított folyóirata - a *Grapevine* - *Haggard* és *Jellinek* bevezető soraival indul útjára.

1945-ben a folyóirat egyik alapítója, *Marty Mann* (az AA-ban talpra állt alkoholista nő) 36 kérdésből álló kérdőívet küldött ki a lap 1600 olvasójának (Big, 1945). Ezt azért tette, mert újra és újra azzal a kritikával találkozott, hogy az AA útmutatásai mindenféle tudományos alapot nélkülöznek. A kérdőívvel egy olyan adatbázis létrehozását kívánta megalapozni, amely alkalmas a tudományos

vizsgálódásra. A kérdőívekből azonban mindössze 158 érkezett vissza, az elemzésre felkért *Jellinek* pedig csupán 98-at talált megfelelőnek. A vizsgálat legfőbb hiányosságai a mintavétel elégtelensége (csak felépülőben lévő alkoholistákra terjedt ki), valamint a kontrollcsoport hiánya volt. A vizsgálat eredményeként született meg a híres *Jellinek*-diagram, amely az alkoholizmus progresszív folyamatában négy fázist különböztet meg: a prealkoholista, a prodromális, a kritikus és krónikus ivás szakaszait. Minden fázis sajátos tünetcsoporttal írható le. A kontrollvesztés jelzi a prodromális és kritikus szakasz közti átmenetet. *Jellinek* ezt követően egy jóval nagyobb mintán is elvégezte a vizsgálatot (2000 fő férfi alkoholista) (*Jellinek*, 1952). Tekintve, hogy a vizsgálat körülményeiről sem itt, sem későbbi tanulmányiban nem közöl részleteket, *Robin Room* (1978) e kutatás megbízhatóságával kapcsolatos kételyeinek ad hangot.

*Jellinek* 1946-ban kapott először megbízást eredeti kutatás folytatására. Nem ismerjük azonban a kutatás hátterét, a megbízót, a helyszínt, a vizsgálatban résztvevő személyek kiválasztásának módszerét, demográfiai jellemzőiket. E hiányosságokat maga *Jellinek* is elismerte és pótlásukra ígéretet tett. Az ígéret - úgy tűnik - ígéret maradt csupán, a *Journal of Psychology*-ben nem leltünk ezen írása nyomára. A kutatás maga egy háromkomponensű fejfájás csillapítóval kapcsolatos tesztelés. Azt vizsgálták, csökken-e a szer hatásossága, ha az egyik hatóanyagot (a nehezen beszerezhető komponensét) eltávolítják. *Jellinek* 200 gyakori fejfájásban szenvedő vizsgálati személyt vont be a kísérletbe (egy személy abbahagyta a kísérletet), akiket négy csoportba osztott. Négyféle, más-más hatóanyagokat tartalmazó tesztgyógyszer kombinációt állított össze. Az „A” típus mindhárom hatóanyagot tartalmazta, a „B” típusból kimaradt a nehezen beszerezhető hatóanyag, a „C” típus két hatóanyagból állt (amelyek egyike a nehezen beszerezhető volt), a „D” típus pedig kizárólag tejport tartalmazott. Ezt a negyedik tesztgyógyszert *Jellinek* *placebonak* nevezte. E fogalom akkor még kevésbé volt elterjedt.

*Jellinek* négy kísérleti csoportot alakított ki. A kutatás nyolc hete során minden csoport minden tesztgyógyszert kipróbált. A páciensek és az orvosok sem tudták, hogy mit kapnak, illetve adnak („kettős vak” próba, bár a kifejezést *Jellinek* nem használta). A 199 vizsgálati személyből 120 pozitívan reagált a placebóra, 79 személy esetében viszont hatástalannak bizonyult a placebo. A hatásos kezelés aránya azokban az esetekben, amikor valamilyen „igazi” hatóanyag kombinációt kaptak a vizsgálati személyek - „B” és „C” típus esetében - 80 % volt, az „A” szer esetében pedig 84 %. A placebo az esetek 52 %-ban hozott javulást. Ez alapján úgy tűnt, hogy a nehezen beszerezhető szer hatástalan.

Ám *Jellinek* számolt azzal a lehetőséggel, hogy az eredmény téves, s a szer mégis csak hatásos. Az újraelemzés során kivette az analízisből a placebóra reagáló személyeket, s kizárólag a 79 placebo non-responder személyt vizsgálta. Az eredmény ekkor már egészen más volt: akik nem kapták a nehezen beszerezhető komponenst, a legkevésbé mutattak javulást. Az eredmény alapján azt a következtetést vonta le, hogy a placebóra reagálókat ki kell szűrni a vizsgálatból. Mindez tehát a kérdéses komponens nélkülözhetetlenségét erősítette meg (*Jellinek*, 1946).

*Jellinek* további variációkat próbált ki. A kísérleti személyek eltérő gyakorisággal tapasztaltak fejfájást (3 és 10 alkalom között két hetes periódust vizsgálva). *Jellinek* a teljes mintából kiválasztotta azokat, akik összesen öt alkalommal szedtek be placebót olyankor, amikor fejfájásuk volt (59 ilyen esetet



talált). Az 59 esetet megvizsgálva azt találta, hogy volt, aki mindig pozitívan reagált a placebóra, volt aki, soha, s akadtak, akik néha igen, néha nem. Azt is megfigyelték, hogy a placebóra minden esetben reagálók és az egyáltalán nem reagálók többen voltak, mint azok, akik hol reagáltak, hol pedig nem. *Jellinek* ezzel kapcsolatos megjegyzése, hogy egy másik vizsgálatot is végzett, ahol 62 egyént vizsgált, s ugyanezt az U alakú görbét mutatta a placebóra reagálók és nem reagálók eloszlása. (Erről a másik vizsgálatról részletesebb felvilágosítást nem adott közre.)

*Jellinek* a placebóra reagálókkal kapcsolatos felismerése - nem tudjuk, hogy e felismerésnek volt-e empirikus alapja - kijelölte a következő mintegy két évtized placebo kutatásainak irányát. A *Jellinek* nyomain elinduló *Henry K. Beecher* (1955) legfőképp a befolyásolhatóság kutatására helyezte a hangsúlyt. Ám *Jellinek* placebóra mindig azonos választ adó csoportjának eredményét nem sikerült reprodukálnia, s így a placebo válaszra hajlamosító személyiségjegyek meghatározása is elmaradt. A placebo kutatásnak ez az iránya zsákutcának bizonyult.

*Jellinek* kutatói pályáját megvizsgálva azt látjuk, hogy elsősorban szakirodalmi áttekintésen alapuló elemzése és nem eredeti vizsgálatai alapján vált elismert kutatóvá. Erre reflektív gondolkodói módszere tette képessé, amely feltételezi a tapasztalatok újraértékelésének és a perspektíva-váltások képességét. A híres *Jellinek-diagram* tesztelése például – vélhetőleg forrás hiányában – elmaradt, s *Jellinek* annak elismertetésében sem vett részt. Mindezek ellenére a modell az alkoholizmus fázisainak legismertebb leírása maradt hosszú évtizedekre, s e modell nyomán az alkoholizmus *Jellinek-betegségként* is feltűnik a szakirodalomban (Fitzgerald, 2003).

Az alkoholizmus betegségkonceptióját *Jellinek* először 1942-ben fogalmazza meg, s az egészségtől való eltérésről, az egyénnek és társadalomnak egyaránt károkat okozó még kidolgozatlan fogalomról beszél. Ebben az időben határozzák meg *Jolliffeval* közösen az epidemológiai felmérésekben mai napig alkalmazott *Jellinek-formulát*. A forgalmas *Bellevue Kórházban* előforduló új májcirrózis eseteket vizsgálva azt találták, hogy az 6,7-szer nagyobb mértékben fordul elő iszákosok körében, mint az alkoholt nem vagy mérsékelten fogyasztók esetében. Az 1941-ben felismert összefüggés matematikai-statisztikai formuláját csak jó egy évtized múlva alkotta meg *Jellinek*. 1952-ben adja közre nagyhatású tanulmányát (*Az alkoholfüggőség kialakulásának fázisai*), amelyben kizárólag a kontrollvesztő alkoholizmusban szenvedőket sorolja az alkoholbetegek körébe. A betegségfogalom végleges formáját 1960-ban megjelenő könyvében írja le (*Az alkoholizmus betegségfogalma*). Felsorolja és értelmezi az alkoholizmus típusait, de a fogalom pontos definiálására nem kerül sor, azzal indokolván, hogy az csupán körbeírható és elmagyarázható. A pszichoszomatikus betegségekhez hasonlóan az alkoholizmus definiálása is problematikus, egyik sem magyarázható monokauzálisan, egységes tünettannal és lefolyással. Miután az addikciót ily módon nem sikerült meghatározni, a DSM II 1968-ban történt publikálását követően kikerült a diagnosztikai kategóriák közül. *Jellinek* végül az általa megadott öt alkoholizmus típusból kétfélét tekintett betegségnek: az egyik a kontrollvesztő sóvárgásról, a másik a mindennapos alkoholfogyasztás abbahagyásának képtelenségéről ismerszik meg. Az alkoholdependencia bináris modellje a mai napig tudományos kutatások és vizsgálódás tárgya.

Miután *Haggard* 1948-ban kutatói állásáról lemondott, *Jellinek* egy texasi egyetemen folytatta kutatói tevékenységét csekély anyagi támogatottsággal. 1950-

ben meghívást kapott a WHO mentálhigiénés bizottságába, ahol 1958-ig tevékenykedett. Itt adta közre az alkoholizmus prevalenciájának mérésére kidolgozott képletét is. Utolsó éveiben fiatalokra kedvenc témájára terelődött figyelme, posztumusz megjelenő cikkeit az alkohol szimbolikájáról írta (Jellinek, 1976, 1977). A WHO-ból 1958-ban távozó *Jellinek* a Stanford Egyetem Alkoholprobléma Enciklopédiája nevű programjának informális vezetőjeként érte karrierjének csúcsára, ahol 1961-től 1963. október 22-én bekövetkező haláláig dolgozik.

### **Jellinek budapesti gyökerei**

„*Róheimmel kapcsolatban folytonosan fölbukkan egy név, egy rejtélyes alaké, Jellinek Mártoné vagy Mortoné, azaz Elvin Morton Jellineké*” – írja Hárs György Péter (2009), aki azt feltételezi, hogy a *Róheim* és *Jellinek* családok ismerték egymást, de legalább tudtak egymásról. Annyi bizonyos, hogy *Ferenczinél* történő bejelentkezésekor *Róheim* barátjaként említik *Jellinek*et, aki 1916 októberében kezdi meg pszichoanalitikus kezelését (Falzeder, Brabant&Giampieri-Deutch, 1996). *Róheim Gézával* szövődött barátsága *Jellinek* tudományos érdeklődését is jelentősen befolyásolta (statisztikai módszerek alkalmazása az antropológiában, pszichoanalízis). *Jellinek* 1917-ben publikált néprajzi tárgyú könyvében (*A sarú eredete*) „legmelegebb baráti” köszönetét fejezte ki *Róheim*nek, továbbá az 1918 szeptemberében rendezett V. nemzetközi pszichoanalitikus kongresszuson a barátság és szövetségkötő szertartások kapcsolatáról ad elő (*Róheim*, 1918). *Jellinek* induló pszichoanalitikus karrierje azonban egy illegális, máig nem teljesen tisztázott cselekmény miatt kisvártatva megszakad.

A történelmi kontextus rövid áttekintése: az első világháború az erőforrások teljes kimerülését, a gazdaság hanyatlását és az infláció ütemének gyorsulását idézte elő. A gazdasági nehézségek politikai instabilitással párosultak, amelyet jól szemléltet a kormányok gyors, egymás utáni váltakozása: az 1918. október 23-án lemondó a Wekerle-kormányt az ugyanazon nap éjszakán megalakult Magyar Nemzeti Tanács, majd az október 31-én megalakult Károlyi Mihály kormánya követte. A Tanácsköztársaságot (1918. március 21 - augusztus 1.) követően a Peidl-kormány került hatalomra, majd az ország kormányzását rövidesen Friedrich István vette át (Romsics, 2010). 1920. március 1-től Horthy Miklós Magyarország kormányzója.

Az 1919-es Párizs környéki békeszerződések rendszere utat nyitott az Osztrák-Magyar Monarchia kisebbségei számára a nemzetállamok megalakítására: létrejött Csehszlovákia és Jugoszlávia, valamint megszűnt Románia és Lengyelország korábbi tagoltsága. Magyarország területeinek jelentős része a szomszédos államok fennhatósága alá került.

Az első világháborút követő Saint-Germain-en-Laye-i (1919. szeptember 10.) békeszerződés intézkedik arról is, hogy az Osztrák-Magyar Monarchia területén létrejövő új államok a területükön lévő bankjegyeket lebélyegezzék és tizenkét hónapon belül saját pénzükre cseréljék. A felülbélyegzések időpontjai a következőképpen alakultak: Jugoszlávia (Horvát – Szlavón – Dalmát államszövetség) 1918. október 30-tól, Csehszlovákia 1919. március 3-tól 9-ig, Ausztria 1912. február 11-től és 1920. október 4-től, Lengyelország 1919. március 26-tól, Románia 1919. június 16-tól július 15-ig, Erdély június 10-től július 19-ig,

Olaszország 1919. március 18-tól március 27-ig bélyegzett. Magyarországon 1920. március 18-tól kétszeri meghosszabbítással április 11-ig tartott a lebélyegzés. Noha a felülbélyegzéssel többé-kevésbé a magyar kormány is egyetértett, az intézkedést Magyarországon foganatosítják legutoljára. A Tanácsköztársaság kikiáltását követően a Forradalmi Kormányzótanács azonban az egyetlen elfogadható megoldásnak a pénzügyi újjászervezést és új valuta megteremtését tekintette.

*Jellinek* azt tudta kihasználni, hogy a magyarországi infláció mértéke meghaladta az Osztrák-Magyar Monarchia más utódállamainak inflációját. Az átmenetileg érvényben lévő felülbélyegezetlen régi osztrák-magyar koronát nagy mennyiségben juttatta ki külföldre és váltotta át a győztes Antant hatalmak pénzemére. Erre egyrészt azért volt lehetősége, mert Magyarország az utódállamok közül utolsóként kezdte meg a régi közös valuta felülbélyegzését, másrészt az egyébként is megkésve induló felülbélyegzést a Tanácsköztársaság kikiáltása után leállítják. Az 1920. június 4-i Trianoni békeszerződést követően *Jellinek* a rábízott pénzek átváltását már nem tudta teljesíteni. Valutaspekulációs ügylete megbukott, s a budapesti magyar királyi büntetőtörvényszék csalás és sikkasztás alapos gyanúja miatt elfogatóparancsot adott ki ellene. *Jellinek* 1920. június 4-én tudomásunk szerint végleg elhagyta Magyarországot. Ettől fogva a ponyvairodalom legismertebb kalandorai között tartották számon (Frank, 1966).

*Jellinek* aligha gondolhatta, hogy dolgozatának témája (ti. a lányomok eltüntetésére készített saruk) nem sokkal később saját menekülésében és múltjának „nyomtalantításában” bukkan fel újra. A szökését követő Afrikában és Latin-Amerikában töltött tíz évet utólag etnográfiai érdeklődésével magyarázta, s erről az időszakról több adattal nem is rendelkezünk. Jóval később, worcesteri letelepedését követően 1933-ban kerül ismét kapcsolatba a pszichoanalízissel, az erdélyi származású *Angyal András* révén. *Angyal* Worcester állami kórházában szkizofrénia kutatóként tevékenykedett. Amikor aztán *Róheim Géza* 1938-ban elhagyni kényszerül Magyarországot, Amerikába érkezését követően szintén a worcesteri kórházban kap munkát. *Jellinek* és *Róheim* itt ismét egymásra talál (Hárs, 2009). *Róheim* sem tér vissza többé Magyarországra.

Míg a közeli munkatársak által csak „Bunky”-nak szólított *Jellinek* tengerentúli élettörténete részben ismert, addig életének magyar és európai időszakáról meglehetősen kevés információ áll rendelkezésünkre: életének mintegy fele szinte teljes mértékben feltáratlan. *Jellinek* magyar származásáról szóló legendáját a saját magáról alakította kép aligha támasztja alá, sem önéletrajza, sem művei nem tartalmaznak magyar vonatkozást, illetve érdeklődést. *Ron Roizen* az 1990-es évek végén ellentmondásokat fedezvén fel *Jellinek* Yale-n regisztrált adataiban, gyanút fogott és kutatásba kezdett. A Yale Egyetem adatbázisa szerint *Jellinek* 1914-ben szerzett diplomát a Lipcsei egyetemen. A Lipcsei Egyetem nyilvántartása szerint *Jellinek* 1911 és 1914 között filozófiai, nyelvészeti és kultúrtörténeti kurzusokat látogatott, diplomát azonban nem szerzett. Nem látogatván az órákat, az egyetemről 1914-ben kizárták (Roizen, 1997).

A diploma megléte vagy hiánya – véleményünk szerint – a tudományos teljesítményt sem alá nem támasztja, sem kétségbe nem vonja. Úgy véljük azonban, hogy a dolgok tisztességes megvizsgálása, illetve az arra irányuló törekvés a tudományos vizsgálódás alapvető feltétele. *Roizennel* ellentétben nem célunk *Jellinek* morális megítélése, csupán tudományos és személyes élettörténete szét- vagy éppenséggel összetartó szálainak megvizsgálása. *Miért is volt olyan híres és nagyra*

*becsült figurája az alkoholológiának Jellinek Morton?*” - teszi fel a kérdést írásában *Ron Roizen*. Két legismertebb tudományos eredménye okán bizonyosan: az alkoholizmus fázisainak leírása és a Jellinek-formula. Ismertsége és elismertsége mindazonáltal nem csupán tudományos eredményeinek tudható be. *Penny B. Page* találó megjegyzése szerint „*valóságos impresszáriója volt egy születőben lévő új tudományterületnek*”. *Griffith Edwards* (1979) egy csokor anekdotikus történetet tesz közzé az alkohológia valóságos ikonná vált alakjáról. Néhányan zseninek látták. *Robert Strauss* *Jellinek* személyiségének kettősségét, gondolkodásának szellemi mélységét és intellektuális játszmázásra való hajlamát emelte ki. Személyiségének ellentmondásosságából következhet élettörténetének ambivalenciája is: míg *Jellinek* tudományos tevékenységének állomásai részben ismertek, személyes élettörténetének mintegy felét - budapesti múltját – egész életén keresztül eredményesen titokban tartotta.

*Penny B. Page* hivatkozik egy publikálatlan forrásra, mely szerint *Jellinek* 1914-1916 között posztgraduális biológiai tanulmányokat folytatott a Budapesti Egyetemen (Page, 1997). Átnéztük 1908-tól 1920-ig terjedően az Budapesti Egyetem hallgatói névsorát, de *Jellinek Morton* névvel nem találkoztunk. Találtunk azonban valami mást. A Magyar Néprajzi Társaság 1912. évi tagjegyzéke szerint *Jellinek Márton* bölcsészhallgató, Budapest V., Nádor u. 31. hsz. alatti lakos tagja volt a társaságnak. A következő lépésben átnéztük a közeli elemi iskolák és gimnáziumok nyilvántartásait. *Jellinek Morton* (sz: 1890. augusztus 15. New York, Egyesült Államok) az elemi iskolát a Budapest VI. kerületi Váci úti iskolában végezte. Vallása ev. református. Apja, *Jellinek Marczell*, foglalkozása mérnök. *Jellinek* a gimnázium első évét a VII. kerületi Barcsay utcai Főgimnáziumban végezte, a többi osztályt az V. kerületi Királyi Állami Főgimnáziumban. Itt is érettségizett 1908-ban, az érettségi vizsgálatról szóló kimutatás szerint jelesre (Budapest Főváros Levéltára, 1908). A kutatás során megtaláltuk az 1939. december 3-án elhunyt *Jellinek Marczell* végrendeletét, aki általános örököséként lányát, Ednát jelöli meg, fia Morton kizárásával (Budapest Főváros Levéltára, 1940). *Jellinek Morton* édesanyja *Rosalinda Marcella Jacobson* a Michigan állambeli Kalamazoo-ban született 1867-ben (Bierly, 2006). Sem *Marczell* emigrálásának, sem a család hazatérésének évét nem ismerjük. *Jellinek Morton* apai nagyanyjának, *Jellinek Mórné* született *Fuchs Johanna* végrendelete szerint gyermekei a következők: *Hermína* (sz. 1850), *Arthur* (sz. 1852), *Henrik* (sz. 1853), *Lajos* (sz. 1855) és *Marczell* (sz. 1858) (Budapest Főváros Levéltára, 1912, 1919). Temetését római katolikus szertartás szerint kérte. *Jellinek Morton* apai nagyapja *Jellinek Mór* (1824-1883), aki Ungarisch-Brod-ban született, testvére volt *Jellinek Adolfnak*, a híres bécsi főrabbinak és *Jellinek Herman* filozófusnak, akit *Windischgrätz* a bécsi forradalom leverése után agyonlővetett. *Jellinek Mór* a magyar kapitalizmust megteremtő polgári generáció meghatározó alakja (a budapesti közúti ló-vaspálya alapítója, az első magyar biztosítótársulat társalapítója, a gabonatözsde újjáalakítója, számos közgazdasággal foglalkozó tanulmány szerzője). A Pesti Hírlap így emlékezett meg róla: „*Budapest ipari és kereskedelmi köreinek egyik legkiemelkedőbb férfia hunyt el ma... a budapesti közúti vaspálya társaság sínei behálózzák az egész fővárost, sőt lehetővé teszik a közeli falvakba való könnyű és olcsó közlekedést is. Jellinek kétségkívül nagy érdeme az is, hogy a közúti vaspálya társaság hivatalnoki kara a magyarságot illetőleg kereskedelmi és iparvállalataink közül a legelső helyen áll*” (Pesti Hírlap, 1883). Egyébiránt *Jellinek Mór* és *Fuchs Johanna* *Henrik* és *Marczell* nevű gyermekeik

születési anyakönyveit a zsidó levéltárban is felleltük. Nem találtuk meg ellenben ez idáig sem itt, sem más felekezetenél *Jellinek Edna* (sz. Budapest, 1901.), *Jellinek Morton* hűgának születési anyakönyvét. Nem leltünk rá továbbá *Jellinek Morton* házassági anyakönyvi kivonatára sem, noha házasságára mind Frank László (1966), mind a Budapesti Hírlap (1920) közleménye is utal: „A valutacsempész dolgában ma nyilatkozatot adott ki Vándor Mihály dr. Jellinek Morton dr. jogi képviselője. Nyilatkozatában az ügyvéd többek között azt mondja, hogy Jellinek Morton üzleteiről a családja előzetesen mit sem tudott, mert felesége és családja előtt Jellinek Morton és a vele állandóan összeköttetésben lévő üzlettársaik féltő gonddal titkolták közös üzleteiket.”

A múltját meghamisító, gyökértelességet választó *Jellinek* az alkoholizmus normalizálásával mintegy saját fiatalkori „botlásának” normalizálását hajtja végre. Tudományos és személyes élettörténete - véleményünk szerint - nem választható el teljes mértékben, s mint ahogy két fent említett kutatása sem teljes mértékben átlátható és megismételhető, úgy életútja sem transzparens. A lassan kibomló szálak végül mégis összetartani látszanak.

A tanulmány megjelenését az OTKA K68619. sz. (Pszichoszociális változás és az átalakulás retorikája a tizenkét lépéses mozgalmakban) kutatási programja támogatta.

#### Irodalom:

- Ambrus B. (1979). *A Magyarországi Tanácsköztársaság pénzürendszere*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Bierley, P. E. (2006). *The incredible band of John Philip Sousa*. Champaign: University of Illinois Press
- Big Light Can Be Shed On Alcoholism If A.A.s Fill This And Return To Grapevine. 1945 *Grapevine*, 1(11) p1.
- Beecher H. K. (1955). The powerful placebo. *JAMA*
- Bowman, K. M. & Jellinek, E. M. (1941). Alcohol addiction and its treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* vol. 2 p.98-176
- Budapest Hírlap (1920) Közlemények – június 19.
- Edwards G. (1979). Addictions: Personal influences and scientific movement. London: *British Journal of Addiction*
- Falzeder, E. Brabant, E. & Giampieri-Deutch, P. (1996). *The Correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi*. (2.th edn.) Cambridge (MA) – London: The Belknap Press of Harvard University Press
- Fitzgerald, K.W. (2003). *Jellinek's Disease: The New Face of Alcoholism*. Friday Harbor: Whales Tale Press
- Frank L. (1966). *Szélhámósok - kalandorok*. Budapest: Gondolat
- Hárs Gy. (2009). A „vörös Róheim”. *Thalassa* 20(4) p.45-74
- Jellinek, M. (1917). *A sarú eredete*. Budapest: Dick Manó
- Jellinek, E. M. (1942). An outline of basic policies for a research program on problem of alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 3 p.103-124.
- Jellinek, E. M. (1943). The first (1943) summer session of the School of Alcohol Studies, Yale University. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 4 p.187-194

- Jellinek, E. M. (1946). Clinical test on comparative effectiveness of analgesic drugs. *Biometrics Bulletin*, 2(5) p.87-91
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction, by E. M. Jellinek. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 13 p.673-684
- Jellinek, E. M. (1976). Drinkers and Alcoholics in Ancient Rome. *Journal of Studies on Alcohol* vol.37 P.1718-1741.
- Jellinek, E. M. (1977). The symbolism of drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 38 p.849-866.
- Kelemen G. (1994). *Az addikciók széles spektruma*. Budapest: Országos Alkohológiai Intézet p.243-252
- Kelemen G. & Márk M. (2012). E. M. Jellinek, a “szabadon lebegő” alkohológus. *Psychiatria Hungarica*, 27(5) p.304-319
- Page, P.B. (1997). E. M. Jellinek and the evolution of alcohol studies: a critical essay. *Addiction* 92(12) p.1919-1637
- Pesti Hírlap (1883). Halálózás - június 14.
- Róheim G. (1918). Az V. nemzetközi pszichoanalitikai kongresszusról. *Ethnographia* XIV p.316-31.
- Roizen, R. (1997). *Jellinek's Phantom Doctorate*.  
<http://www.roizen.com/ron/rr11.htm> Letöltés: 2012. július 1.
- Roizen, R. (2000). *E. M. Jellinek and All That! A Brief Look Back at the Origins of Post-Repeal Alcohol Science in the United States*.  
<http://www.roizen.com/ron/jellinek-pres.htm> Letöltés: 2012. július 12.
- Romsics I. (2010). Az Osztrák-Magyar Monarchia felbomlása és a trianoni békeszerződés. *Rubicon* 20(4-5) p.4-29
- Room, R. (1978). *Governing images of alcohol and drug problems: The structure, sources and sequels of conceptualization of intractable problems*. PhD Dissertation. Berkeley: University of California
- Vasárnapi Újság (1920). Közgazdaságtan – hírek - május 16.  
[http://epa.oszk.hu/00000/00030/03437/pdf/VU\\_EPA00030\\_1920\\_10.pdf](http://epa.oszk.hu/00000/00030/03437/pdf/VU_EPA00030_1920_10.pdf)  
Letöltés: 2012. 11. 15.
- Budapest Főváros Levéltára. VII. 502.d. 1908
- Budapest Főváros Levéltára. VII. 6.a. 1940.
- Budapest Főváros Levéltára. VII. 151. 1912.
- Budapest Főváros Levéltára. VII. 12.b. 1919.

## **Alkoholkarrier, józanodás, életvilág. A Magyarországi Anonim Alkoholisták egy a Közösség 2009-es pécsi országos találkozásán készült kérdőíves vizsgálat tükrében**

*Drinking career, sobriety and life-world. Alcoholics Anonymous in Hungary - results of a survey at the 2009 National Convention*

MADÁCSY JÓZSEF

### **Összefoglalás**

*A tanulmány célja egy az Anonim Alkoholisták 2009-ben Pécsen tartott országos találkozásán készült kérdőíves vizsgálat egyes eredményeinek ismertetése. A tanulmány kitér a Közösségben mért demográfiai adatokra, az aktív alkoholkarrier során tapasztalható olyan jelenségekre, mint az A.A.-ba lépés előtt igénybe vett segítségmódok, az ivás abbahagyására tett sikertelen kísérletek és e sikertelenségek okai, az A.A.-ba jutás különböző útjaira, az A.A. program tényleges megvalósításának mikéntjére, illetve ennek a botlásokkal/visszaesésekkel kapcsolatos összefüggéseire, a tagság világnézetével és életvilágával kapcsolatos kérdésekre.*

*Kulcsszavak: Anonim Alkoholisták, alkoholkarrier, visszaesés, józanodás, spiritualitás*

### **Abstract**

*Major results of a survey made at a National Convention of Alcoholics Anonymous (Pécs, 2009) are discussed. In addition to demographic data, themes include assistance received before joining AA during the drinking career; failed attempts to quit drinking together with the explanations for the failures; the different ways to join AA; the actual realization of the program and its interrelations with lapse/relapse; and other issues concerning members' world-views and life-worlds.*

*Keywords: Alcoholics Anonymous, drinking career, relapse, sobriety, spirituality*

### **Az Anonim Alkoholisták (A.A.) Közössége**

Az Anonim Alkoholisták saját meghatározásuk szerint „olyan férfiak és nők közössége, akik megosztják egymással tapasztalataikat, erejüket és reményüket azért, hogy megoldhassák közös problémájukat, és segíthessenek másoknak felépülni az alkoholizmusból. A tagság egyetlen feltétele az ivással való felhagyás vágya. Az A.A.-tagság nem jár illetékkal vagy díjjal, mi önellátók vagyunk saját hozzájárulásainkból. Az A.A. nem szövetkezik semmiféle szektával, felekezettel, szervezettel vagy intézménnyel, nem politizál; nem kíván semmiféle vitába bocsátkozni, nem támogat, és nem ellenez semmilyen ügyet. Elsődleges célunk józannak maradni, és segíteni más alkoholisták józanodását.” (Alcoholics Anonymous, 2007)

A Közösség 1935-ben jött létre az USA-ban, alapítói az alkoholista Bill és Bob, akik alkoholproblémájuk leküzdésére társultak, miután úgy találták, hogy az orvostudomány csődöt mondott problémájuk kezelésében. Az A.A. felépülési programja sikeresnek bizonyult, azóta világszerte elterjedt, s mintává vált más szenvedélybetegségekből való felépülést célzó önszorgító közösségek számára is – kialakítva az ún. „pszichospirituális felépülési kultúrát” (Arminen, 1998, p. 16) Mint a Közösség neve is mutatja, tagjait névtelenség rejti, ebből következően az A.A. tagok létszámáról nincs pontos adat. A new yorki Általános Szolgálati Iroda legfrissebb becslése szerint az A.A. világszerte 2.133.842 tagot számlál, akik 114.070 csoportot alkotnak. (Alcoholics Anonymous, 2012) Egy-egy csoport tehát átlagosan 18 főből áll.

Magyarországon a Közösség első csoportjai a demokratikus átalakulás időszakában kezdhettek el megjelenni. (Kelemen 1994) A magyarországi csoportok száma az utóbbi években 120-130 körül mozgott, mely a magyarországi meetinglistából (Anonim Alkoholisták, 2010) származó viszonylag megbízható adat – a taglétszám becslését illetően azonban ajánlatos óvakodni a 18-as szorzó mechanikus alkalmazásától. Óvatos becsléssel a taglétszámot 1000 és 2000 fő közé tehetjük.<sup>1</sup>

Az A.A. elsőként kezdte hirdetni azt a mára általánossá vált nézetet, hogy az alkoholizmus nem morális fogyatékoság vagy jellemgyengeség, hanem gyógyíthatatlan és fokozatosan súlyosbodó betegség, amely azonban teljes abstinencia révén tünetmentessé tehető (Kelemen & Gál 1990). Az A.A. tagok közös tapasztalata szerint az, akiben az alkoholizmus egyszer már kialakult, soha többé nem lesz képes a kontrollált, szociális ivásra, a visszaesés terhe mellett a legkisebb mennyiségű alkohol elfogyasztásától is tartózkodnia kell. Az A.A. program célja ugyanakkor nem csupán a nem ivás negatív állapotának elérése, melyet „szárazságnak” nevez, hanem a „józanág”, a szabad és boldog élet megvalósítása. Az A.A. szerint az, aki valóban alkoholista, önerőből általában legfeljebb csak a szárazság görcsös állapotáig juthat el – amely előbb-utóbb valószínűleg visszaeséshez vezet. A józanág ezzel szemben kegyelmi állapot, egy mély belső átalakulás, metanoia függvénye, mely egy spirituális fordulat révén, egy Felsőbb Erő (melynek egyik anyagi manifesztuma az A.A. Közössége) segítségével lehetséges, éspedig nem a nagy fogadalmak fantáziavilágában, hanem mindig „Csak a mai nap.”-ra koncentrálván.<sup>2</sup> A józanág megőrzése és az üzenetátadás az A.A. egyedüli

---

<sup>1</sup> Mivel az A.A. magyarországi Általános Szolgálati Irodája nem rendelkezik a taglétszámra vonatkozó adatokkal, e becslésben személyes megfigyeléseimen és informális közléseken kívül semmi egyébre nem támaszkodhatom. 2005 óta veszek részt az A.A. pécsi nyitott gyűlésein és területi, illetve országos találkozóin. Magyarországon kizárólag városokban, szám szerint 51 városban található A.A. csoportok. Pécsen és más nagyvárosokban a gyűléslétszám átlaga az egyszerre több csoportot is látogató tagok révén keletkező átfedések leszámításával is elérheti a 18 főt, ez azonban a közepes és kisebb városok esetében a népesség létszámának csökkenésével egyre kevésbé valószínű.

<sup>2</sup> Az A.A. tagjai itt csupán saját tapasztalataikra hivatkoznak, mely szerint a program lelkiismeretes folytatása esetén valóban működik. Az A.A. nem állítja ugyanakkor, hogy az általa javasolt „módszer” a mindenki számára alkalmazható egyetlen lehetséges út.



célja, semmilyen más üggyel nem foglalkozik<sup>3</sup>. Mint mondják, „Ez egy önző program.”, utalva arra, hogy az alkoholista saját józansága megőrzését helyezi élete középpontjába, s minden egyebet ennek rendel alá, ha ui. ez nincs meg, akkor élete széthullik, minden más is elvész – így nem lesz képes a felépülés szempontjából oly fontos *önzetlenségre*.

Az A.A. nézeteinek legalapvetőbb elemeit Norman Denzin (1987) etnográfiai leírása a következőkben foglalta össze:

1. Az alkoholizmus háromszoros betegség: fizikai, érzelmi és spirituális üresség jellemzi.
2. Az alkoholizmus megszállott sóvárgással és fizikai allergiával jár.
3. Az alkoholista nem képes ivását kontrollálni.
4. Az ivás csak tünet, melynek mélyén lelki fogyatékoságok találhatók: a büszkeség, az önámítás és a tagadás (további központi jelentőségű fogyatékoságként említhetjük az önzést, az önsajnálatot, a haragot (vádaskodás), a büntudatot és a félelmet.
5. Az alkoholizmus családi vagy kapcsolati betegség (tehát az egyénnél nagyobb rendszerekben képződik).
6. A felépülés teljes absztinenciát igényel, és nem lehetséges visszatérni a szociális iváshoz. (A teljes absztinencia követelménye természetesen a kémiai függésben szenvedőkre vonatkozik: a viselkedési addikciók, pl. a vásárlási mániá vagy szexfüggőség esetében nem a viselkedéstől való teljes tartózkodást, hanem a helyes mérték betartását kívánják meg a 12 lépés programok.)
7. A felépülés megköveteli az alkohollal szembeni tehetetlenség beismerését, és azt, hogy az egyén hajlandó legyen életét egy nála felsőbb erőnek átadni (a Felsőbb Erőt az A.A. tagok szabadon értelmezhetik, nem feltétlenül kell transzcendens lénynek lennie, többek között lehet maga az A.A. Közössége is).
8. A felépüléshez szükség van az alkoholista ego lerombolására (ez szintén az önátadáshoz kapcsolódik).
9. Az önátadás spirituális életvitellel teljesedik ki (melynek elemeit a felépülés 12 lépés programja foglalja össze).

### **A kutatás célja és előzményei**

A következőkben az Anonim Alkoholisták 20 éves magyarországi fennállását ünneplő, 2009. július 10-12-én Pécsen rendezett XV. Országos A.A. Találkozón végzett kérdőíves vizsgálat egyes eredményeit ismertetjük. A vizsgálat célja az volt, hogy alapvető információkat gyűjtsön a magyarországi A.A. tagságról a következő kérdésekben:

---

<sup>3</sup> Az A.A. akkurátus elvhűségére vall többek között az is, hogy megfigyeléseim szerint azokat a tagokat, akik a meetingen eltérnek a tárgytól (ami ritkán fordul elő), az ülést levezető társ rendszerint emlékezteti, hogy a csoport kizárólag az ivással és a józanodással kapcsolatos tapasztalatok megosztására ült össze.

1. aktív ivási időszak és leállási kísérletek, egyéb addikció;
2. az absztinencia és az A.A. tagság időtartama;
3. az A.A.-ba jutás útja;
4. az A.A. ajánlásainak tényleges megvalósítása;
5. vallásosság és spiritualitás;
6. a józanodás kezdetét meghatározó esemény;
7. botlások, visszaesések az A.A. tagság alatt;
8. józanodást elősegítő tényezők;
9. el nem fogadott elem az A.A. programjában;
10. sorstársakkal és „normikkal” való kapcsolatok;
11. demográfiai adatok.

Jelen tanulmány keretei között nem érintjük az összes fenti területet. Kitérünk a demográfiai adatokra, az aktív alkoholizmussal kapcsolatos kérdésekre, az A.A.-ba jutás közvetítő elemeire, a program ajánlásainak megvalósítására, illetve ennek a visszaesésekkel való összefüggéseire, a világnézeti változások kérdésére, a sorstársakkal, illetve a „normikkal” fenntartott kapcsolatokra és a meetingeken kívüli közösségi aktivitásokra.

A 2., 3., és 11. kérdéscsoport kapcsán rendelkezésünkre állnak előzetes információk, jelesül a magyarországi A.A. Általános Szolgálati Irodájának (ÁSZI) a 2008-ban végzett kérdőíves vizsgálata.<sup>4</sup> Az A.A. ÁSZI 2008-as Kérdőíve ezenkívül a honi csoporttal és szponzorral rendelkezést, illetve az A.A.-ba lépés előtt igénybe vett segítségüket is mérte. Felhasználtuk emellett az A.A. General Service Office 2007-ben végzett vizsgálata, az A.A. 2007 Membership Survey (Alcoholics Anonymous, 2008) eredményeit is.<sup>5</sup> Ahol összehasonlítható adatok rendelkezésre állnak, a továbbiakban saját kutatásunk eredményeit az A.A. ÁSZI 2008-as Kérdőív és az A.A. 2007 Membership Survey eredményeivel összehasonlítva mutatjuk be.

Az Anonim Alkoholisták magyar tagságára nézve a többi kérdéskörben nem állt rendelkezésünkre előzetes információ.

### Vizsgálati módszer és minta

A vizsgálat önkitöltős, önkéntes és anonim kérdőív segítségével zajlott. A találkozón a szervezők közlése szerint körülbelül 600 fő vett részt, közülük összesen 127

---

<sup>4</sup> Az A.A. ÁSZI 2008-as Kérdőívének adatfelvétele során minden A.A. csoport megkapta postai úton a kérdőíveket, illetve az abban az évben Szolnokon tartott országos A.A. találkozón is kihelyezésre kerültek. Az így visszakapott összesen 252 kérdőív kisebb része postai úton érkezett, zöme a találkozón került kitöltésre. Az adatgyűjtés az A.A. közössége és a nyilvánosság tájékoztatása céljából történt. A vizsgálat eredményei egyelőre publikálatlanok, kézirat formájában léteznek. Köszönettel tartozunk az A.A. ÁSZI-nak, hogy rendelkezésünkre bocsátotta a felmérés eredményeit.

<sup>5</sup> Az A.A. 2007 Membership Survey egy az USA és Kanada területén élő tagság körében, 8000 fős reprezentatív mintán végzett kutatás eredményeit összegzi.

válaszadó vállalkozott a regisztrációs pultnál hagyott kérdőívek teljes vagy részleges kitöltésére. A kitöltött kérdőívek közül egy kizárásra került.<sup>6</sup> A vizsgálati minta az A.A. Közösségének egészére nézve nem reprezentatív, az eredmények nem tesznek lehetővé a válaszadók körén túlmutató, a teljes magyarországi tagságra kiterjedő általánosításokat. Az eredményeket valószínűleg befolyásolja, hogy a mintában szereplő válaszadók többségükben a Közösség vélhetően aktívabb, az országos találkozón megjelent tagjai, illetve ezen belül is a nagyobb válaszadói hajlandósággal rendelkezők közül kerültek ki. Ugyanakkor a nyert adatok kellő óvatossággal kezelve erős közelítésekre és hipotézisgenerálásokra szolgálnak lehetőséget, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy a szóban forgó 126 fő a becsült teljes magyar tagság 5-10%-a közötti hányadát teszi ki, illetve azt, hogy az eredmények egy része összevethető az A.A. ÁSZI 2008-as kutatásának eredményeivel.

A kérdőív révén nyert adatok egy a célra kialakított Excel 2007 adatbázisban kerültek rögzítésre, feldolgozásuk részben ugyancsak az Excel 2007, valamint az SPSS 17 szoftverek segítségével történt.

A vizsgálat eredményeit helyenként kiegészítjük az A.A. meetingjein és találkozóin 2005 óta végzett több száz órányi résztvevő megfigyelés tapasztalataival.

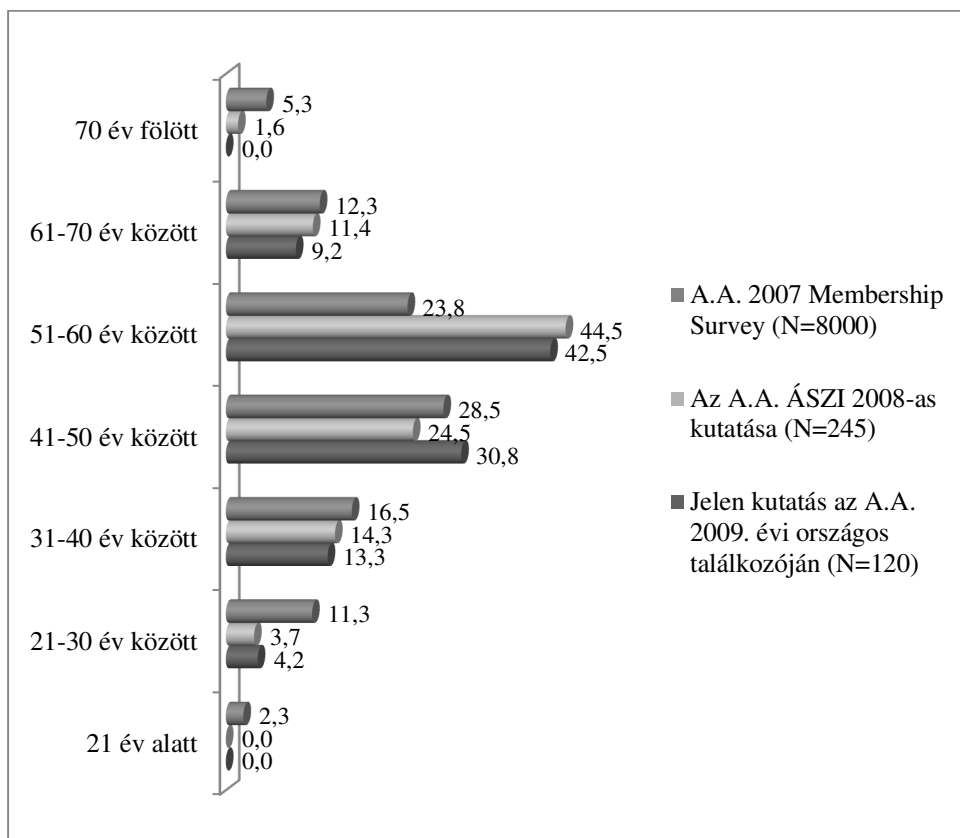
### **Demográfiai adatok**

A 2009-es pécsi találkozón a kérdésre válaszolók (N=120) életkora átlagosan 49,38 év volt. Decimális beosztásban, az A.A. *2007 Membership Survey*, illetve az A.A. *ÁSZI 2008-as Kérdőív* eredményeivel összevetve az 1. ábrán látható adatok rajzolódhatnak ki. A két magyar minta között nincs lényeges eltérés. Közös jellemzőjük az észak-amerikai mintával szemben az 51-60 év közöttiek kiugróan magas aránya. Az észak-amerikai A.A. tagságra a 20 év alattiak és a 70 év fölöttiek magasabb aránya, s ezzel a különböző életkorúak relatíve egyenletesebb eloszlása jellemző.

---

<sup>6</sup> A válaszadó nem az A.A., hanem más 12 lépéses közösség tagja.

1. ábra. Decimális beosztású életkor adatok összehasonlítása (%)



Mint az 1. táblázat adataiból látható, a magyar mintákban – némileg meglepő módon – a nők aránya valamelyest magasabb, mint az észak-amerikai mintában. Utóbbiban a női tagok éppen egyharmados arányban vannak jelen.

1. táblázat. A nemek arányának összehasonlítása (%)

Nemek	Jelen kutatás az A.A. 2009. évi pécsi országos találkozóján (N=122)	A.A. ÁSZI 2008-as kutatás (N=233)	A.A. 2007 Membership Survey (N=8000)
Férfi	62	61,5	67
Nő	38	39,5	33

Családi vagy kapcsolati állapotát tekintve (2. táblázat) az A.A. mintában szereplő házások aránya némileg elmarad a 2009-ben mért 45,8%-os országos aránytól. Az elváltak száma, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy a „kapcsolatban van” kategóriába tartozók egy része is elvált, ugyanakkor meghaladja a 10,7%-os országos arányt.

2. táblázat. Családi/kapcsolati állapot megoszlása (%)

	Jelen kutatás az A.A. 2009. évi pécsi országos találkozóján (N=122)	A.A. 2007 Membership Survey (N=8000)
Házias	38,6	35
Élettársi kapcsolatban van	15,6	n. a.
Kapcsolatban van	9,8	n. a.
Egyedülálló	12,3	34
Elvált	13,9	23
Özvegy	9,8	n. a.

A válaszadók (N=122) több mint háromnegyedének van gyereke, és pedig az alábbi megoszlásban:

- egy háztartásban élő 25,4%,
- külön élő 41,8%,
- egy háztartásban élő és külön élő 9,8%;

míg a fennmaradó 23%-nak nincs gyereke.

3. táblázat. A válaszadók lakhely szerinti megoszlása megyénként összegezve

Megye (Ország)	Egy hétre eső A.A. meetingek száma 2010-ben Magyarországon, megyénként (db)*	Az A.A. 2009. évi pécsi országos találkozóján megjelentek száma (fő) (N=122)
Pest	43	21
Baranya	21	38
Bács-Kiskun	11	9
Somogy	9	12
Győr-Moson-Sopron	7	1
Tolna	7	5
Zala	6	6
Borsod-Abaúj-Zemplén	5	3
Csongrád	5	7
Hajdú-Bihar	5	2
Jász-Nagykun-Szolnok	5	5
Fejér	3	2
Heves	3	3
Veszprém	2	1
Békés	1	3
Komárom-Esztergom	1	
Nógrád	1	1
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1	
Vas	1	

Egyesült Királyság		1
Olaszország		1
Románia		1

\* Forrás: <http://www.anonimalkoholistak.hu/hu/gyulesek> Letöltés: 2010. október 12.

A 3. táblázat segítségével nyomon követhető, hogy az ország – illetve az Európai Unió – mely területeiről hány fő érkezett az Anonim Alkoholisták 2009. évben Pécsen rendezett országos találkozájára. A táblázat összehasonlítóképpen tartalmazza az országban hetente tartott összes A.A. meeting megyénkénti számadatait is, melyekből a Közösség lokális elterjedtségére következtethetünk. Az adatsorok összevetéséből jól látható a dél dunántúli régióból érkező tagok korántsem meglepő felülreprezentáltsága, a két adatsor összességében azonban mégis inkább korrelál.

4. táblázat. A foglalkoztatottság típusa szerinti megoszlás (%)

	Jelen kutatás az AA 2009. évi pécsi országos találkozájában (N=122)	AA ÁSZI 2008-as kutatás (N=248)	AA 2007 Membership Survey (N=8000)
Teljes munkaidő	50% (61 fő)	59,3% (147 fő)	65%
Részmunkaidő	9% (11 fő)	6,45% (16 fő)	
Alkalmi munka*	5,7% (7 fő)	n. a.	n. a.
Munkanélküli	11,5% (14 fő)	6,45% (16 fő)	8%
Nyugdíjas**	14,7% (18 fő)	26,6% (66 fő)	16%
Rokkantsnyugdíjas	6,6% (8 fő)	n. a.	n. a.
Tanuló	2,5% (3 fő)	1,2% (3 fő)	4%

\* Bár az alkalmi munkavállalók és a munkanélküliek kategóriája közel áll egymáshoz, összevonásuk mégsem lenne teljességgel indokolt.

\*\* Azokat a válaszadókat, akik egyszerre nyugdíjasként és teljes- vagy részmunkaidőben dolgozóként is megjelölték magukat, csak nyugdíjasként szerepeltetjük. A 2008-as és a 2009-es kérdőív struktúrája eltér, s ez okozhat mérési különbségeket. Míg a 2008-as kérdőívben a „Nyugdíjas” a választható opciók egyike volt, addig a 2009-es kérdőívben a „Nyugdíjas” nem választható opció volt, hanem „Egyéb” válaszlehetőségként a válaszadók maguk nevezhették így magukat. Így lehetséges, hogy a 2009-es mintában azok egy része, akik alkalmi munkavállalóként vagy munkanélküliként jelennek meg, valójában nyugdíjasok.

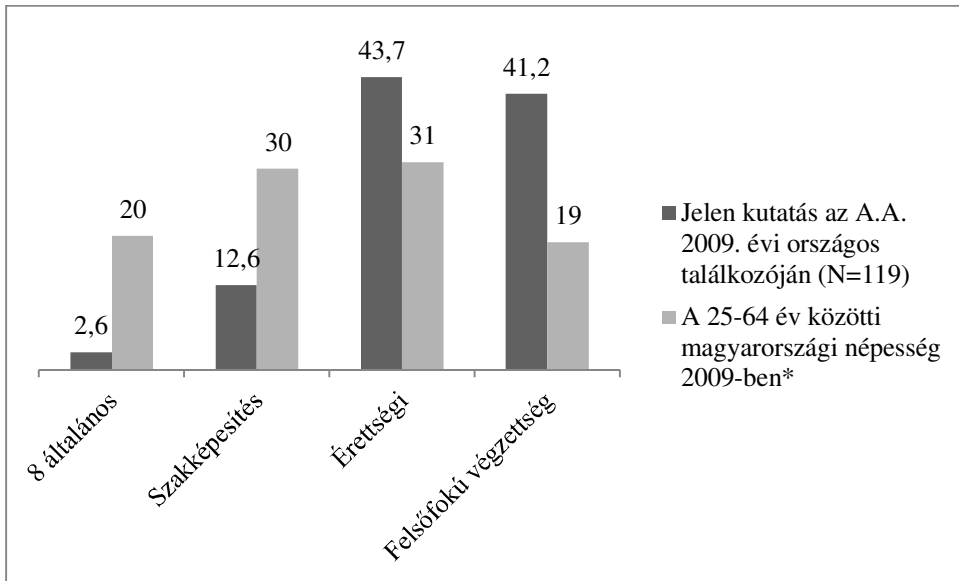
Az országos felmérések szerint 2009-ben a 15-64 év közötti magyar népesség foglalkoztatottsági rátája, melybe a teljes- és részmunkaidőben foglalkoztatottak egyaránt benne foglaltatnak, 55,4% volt. A részmunkaidőben foglalkoztatottak ebből 5,2%-ot tettek ki. (KSH, 2010, p. 13) Ahhoz, hogy ezeket az adatokat összehasonlíthassuk az AA-ban kapott adatokkal (3. táblázat), az AA-s mintákból ki kell vonni a már nem munkavállalási korúakat, azaz az öregségi nyugdíjban részesülőket. A teljes munkaidőben foglalkoztatottakra vonatkozóan így a 2009-es

(N=104) és 2008-as (N=182) magyar AA mintában rendre 58,7% és 80,8%, a részmunkaidőben foglalkoztatottakra pedig 10,6%, illetve 8,8% jön ki. Ezeket a foglalkoztatottság-típusokat összeadva 2009-re 69,3%-ot, 2008-ra 89,6%-ot kapunk. Miután a 2009-es találkozóhoz Pécs város adott otthont, s a Pécsen és környékén élők így természetesen felülreprezentáltak 2009-es AA mintában, elképzelhető, hogy a két minta közötti különbség részben a térség országos viszonylatban alacsony foglalkoztatottságával magyarázható. A foglalkoztatottak AA-n belüli aránya mindkét minta esetében messze meghaladja az országos átlagot. Ez részben abból adódik, hogy az AA mintákban az országwide zömmel még tanuló 15-20 év közöttiek egyáltalán nem jelennek meg. A munkanélküliségi ráta 2009-ben országosan 10,1% volt. (KSH, 2010, p. 14) A 2008-as AA mintában nem tudjuk elválasztani az öregségi és a rokkantsági nyugdíjasokat (a két magyar minta adataiban látható különbség feltehetően részben ebből az összevonásból származik). A 2009-es AA mintában, a fentiekhez hasonlóan, az öregségi nyugdíjasok nélkül (N=104) 13,5%-os munkanélküliségi rátát kapunk, míg a 2008-as mintában (N=182) 8,8%-ot. Ha a két minta átlagát vesszük (11,1%), a munkanélküliségi ráta csekély mértékben meghaladja az országos átlagot. A magyar népességen belül 2009-ben több mint 1 millió 700 ezer öregségi nyugdíjast és mintegy 750 ezer rokkantsági nyugdíjast számláltak. (KSH, 2010, p. 20) Mivel az AA-s mintákban nem szerepelnek gyermekkorúak, az országos adatokkal való összehasonlíthatóság érdekében a teljes népesség számából le kell vonnunk a gyermekeket. Ha a közelítőleg 10 milliós teljes magyarországi népességből levonjuk a mintegy 1,5 millió 15 év alatti (KSH, 2010, p. 9), akkor az öregségi nyugdíjasok esetében 20%-ot, a rokkantsági nyugdíjasok esetében pedig 8,8%-ot kapunk. A táblázat adataival összevetve látható tehát, hogy átlagolva az AA mintákban szereplő nyugdíjasok számát, arányuk az országos átlag körül mozog, míg a rokkantnyugdíjasok aránya valamivel csekélyebb.

Összességében a magyar AA minták átlagát alapul véve a válaszadók között jelentős mértékben több foglalkoztatott és csekély mértékben több munkanélküli, nagyjából egyező számú öregségi nyugdíjas, és valamivel kevesebb rokkantsági nyugdíjas található, mint a magyar népesség körében.

Az A.A. Közösségből vett mintákban tapasztalható kedvező foglalkoztatottsági ráta minden bizonnyal összefügg az ugyancsak magas iskolai végzettséggel (2. ábra).

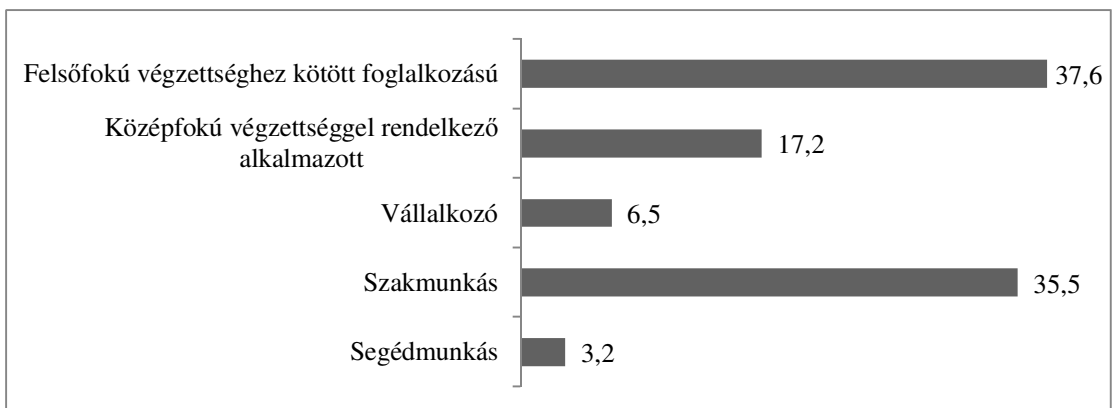
2. ábra. Legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlás (%)



\* Forrás: KSH 2010: 37. old.

Az országos átlaghoz képest elenyésző a 8 általánost végzettek, s rendkívül magas a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya, amely együttesen nagymértékben kedvez a magas foglalkoztatottsági aránynak. Az ábra adataiból látható, hogy a mintában szereplő tipikus A.A. tag legalább középiskolai – vagy magasabb – végzettséggel rendelkezik. Ehhez hozzávehetjük, hogy a válaszadók 5%-a jelenleg felsőfokú tanulmányokat folytat, így az érettségivel rendelkezők csoportjából át fog kerülni a diplomával rendelkezők közé.

3. ábra. Foglalkozás szerinti megoszlás (%) (N=93)



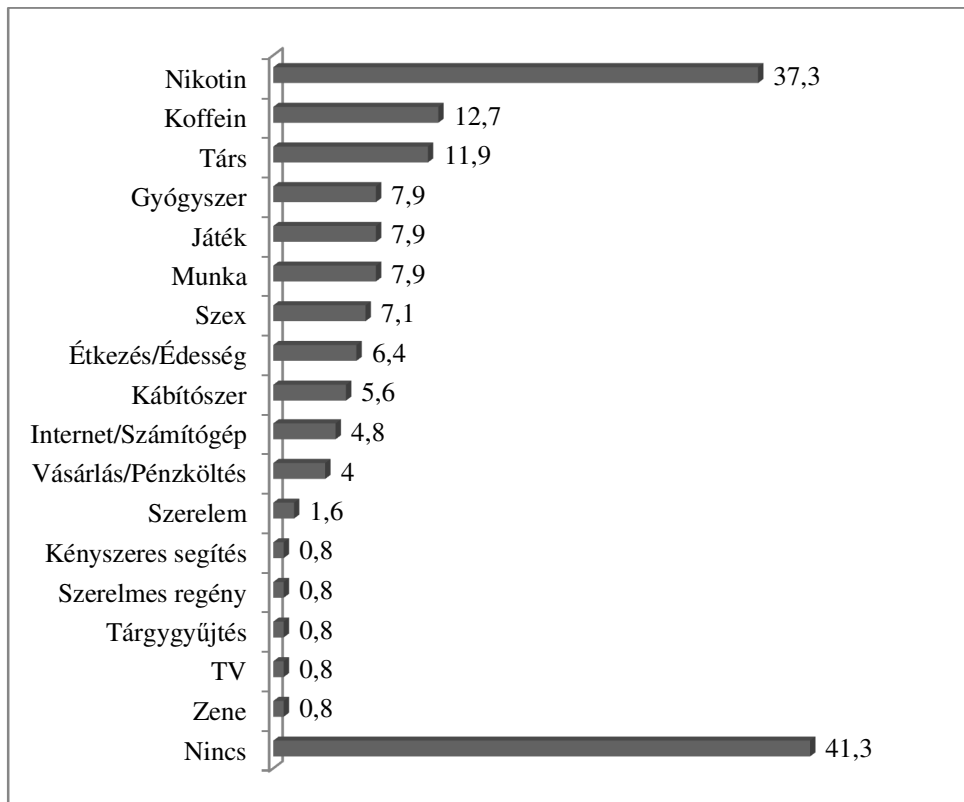


A 2. és a 3. ábra összevetésével láthatóvá válik, hogy míg a felsőfokú végzettséggel rendelkező többsége el tud helyezkedni a végzettségének megfelelő szakmákban, addig az érettségizettek közül némelyek vállalkozókként próbálnak megélni, sokuk pedig alacsonyabb végzettséget igénylő szakmukát vállal.

#### **Az addikcióra és az ivás abbahagyásának sikertelen kísérleteire vonatkozó adatok**

A válaszadók (N=122) aktív alkoholista időszaka átlagosan 19,7 évig tartott. A kérdőív azt is vizsgálta, hogy a válaszadóknak saját bevallásuk szerint milyen egyéb függőségeik vannak alkoholizmusuk mellett. Az eredmények szerint a válaszadók (N=126) közül 74 fő (58,7%) jelezte, hogy egyéb addikciója is van. Ezek típusának megoszlása a 4. ábrán látható.

4. ábra. Egyéb függőségek arányának megoszlása (%)\* (N=126)

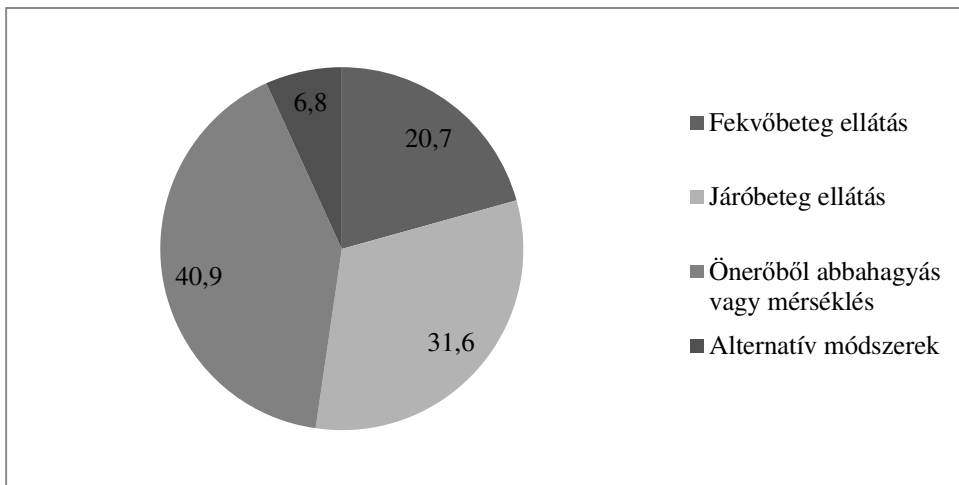


\* Az egyéb addikció típusára vonatkozó nyitott kérdésre a válaszadók több választ is adhattak (összes = 150), így az egyéb addikciók 126 válaszadón belüli százalékarányainak összege meghaladja a 100%-ot.

A fentiekén túl 4 fő olyan jellegű választ is beírt, hogy „bármí” vagy „stb.”, mellyel többszörös függőségeikre utaltak, illetve arra, hogy lényegében bármilyen szertől vagy viselkedéstől függőségbe kerülhetnek. Ezeket a válaszokat nem tüntettük fel a megoszlást mutató ábrán, ugyanis ezt valószínűleg csak azért nem válaszolták többen, mert evidensnek tekintik. A 12 lépéses közösségekben a „függő személyiség” elterjedt fogalom, s a tagok gyakran mondják magukra, hogy „Bármitől függőségbe tudok kerülni, amit egynél többször csinálok.” Mint az ábrán látható, a szerek között a nikotin, a koffein, a gyógyszer és a kábítószer dominál, míg a kényszeres viselkedések között a kodependens viselkedés, a szerencsejáték, a munka, a szex, az internetezés/számítógépezés, az étkezési zavarok és a vásárlási vagy pénzköltési mánia. A legnagyobb gyakoriságot mutató nikotinfüggőség kis mértékben, mintegy 4%-kal meghaladja a dohányzás 15 év fölötti magyar népesség körében különböző években (1994, 1995, 2000, 2002) mért prevalenciájának 33,2%-os átlagát (Urbán és mtsai, 2005, p. 13).

A Közösségbe lépésük előtt a mintában szereplő A.A. tagok 88,8%-a (N=125) tett sikertelen kísérlete(ke)t az ivás abbahagyására. Az említettek összesen 193 említést tettek arról, hogy milyen módszert alkalmaztak sikertelen kísérleteik során. Az említéseket tipizálva az 5. ábrán látható eredményeket kaptuk.

5. ábra. Az ivás abbahagyására tett sikertelen kísérletek módszerei (%)



A fekvőbeteg ellátásra tett tipikus említések: kórház, addiktológia, belgyógyászat, pszichiátria, terápia, rehabilitáció, Szigetvár, Dömös (Kékkereszt) etc.

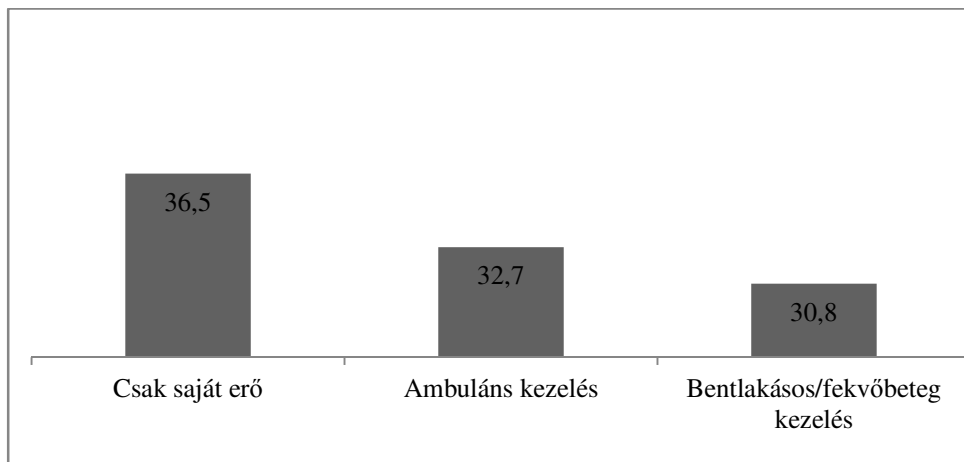
A járóbeteg ellátásra tett tipikus említések: mentálhigiénés gondozó, alkoholgondozó, ambuláns kezelés, gyógyszeres kezelés (Antetil, Campral, Disulfiram, Esperal) orvos, ideggyógyász, pszichiáter, pszichológus etc.

Az önerőből abbahagyásra vagy mérséklésre tett tipikus említések: önerő, akaraterő, mérséklés, italváltoztatás, italozási szokás változtatása, szerváltás, ígéret, fogadkozás, határidő, életmódváltás etc.

Az alternatív módszerekre tett tipikus említések: agykontroll, akupunktúra, természetgyógyászat, vallás, egyház, jóga, reiki, gyógynövény.

Az alternatív módszerek többségét lényegében az önerőből tett kísérletek közé sorolhatjuk. Az *önerő – járóbeteg ellátás – fekvőbeteg ellátás* spektrumon jól kirajzolódik a csökkenő tendencia, ami érthető, ha egy olyan stigmatizáló problémáról van szó, mint az alkoholizmus. Alkoholizmusa súlyosságának függvényében ki-ki a lehető legkisebb segítséggel kívánja problémáját megoldani. A legtöbben először saját erejükből próbálkoznak, majd ambuláns segítségért folyamodnak, s csak ezután vállalják a hosszabb idejű, bentlakásos kezelési módszereket. Alátámasztja mindezt, ha megnézzük a válaszadók megoszlását a legmagasabb igénybe vett segítség szintjének vonatkozásában (6. ábra).

6. ábra. Az A.A.-ba lépés előtt igénybe vett legmagasabb segítség szint megoszlása (%) (N=107)

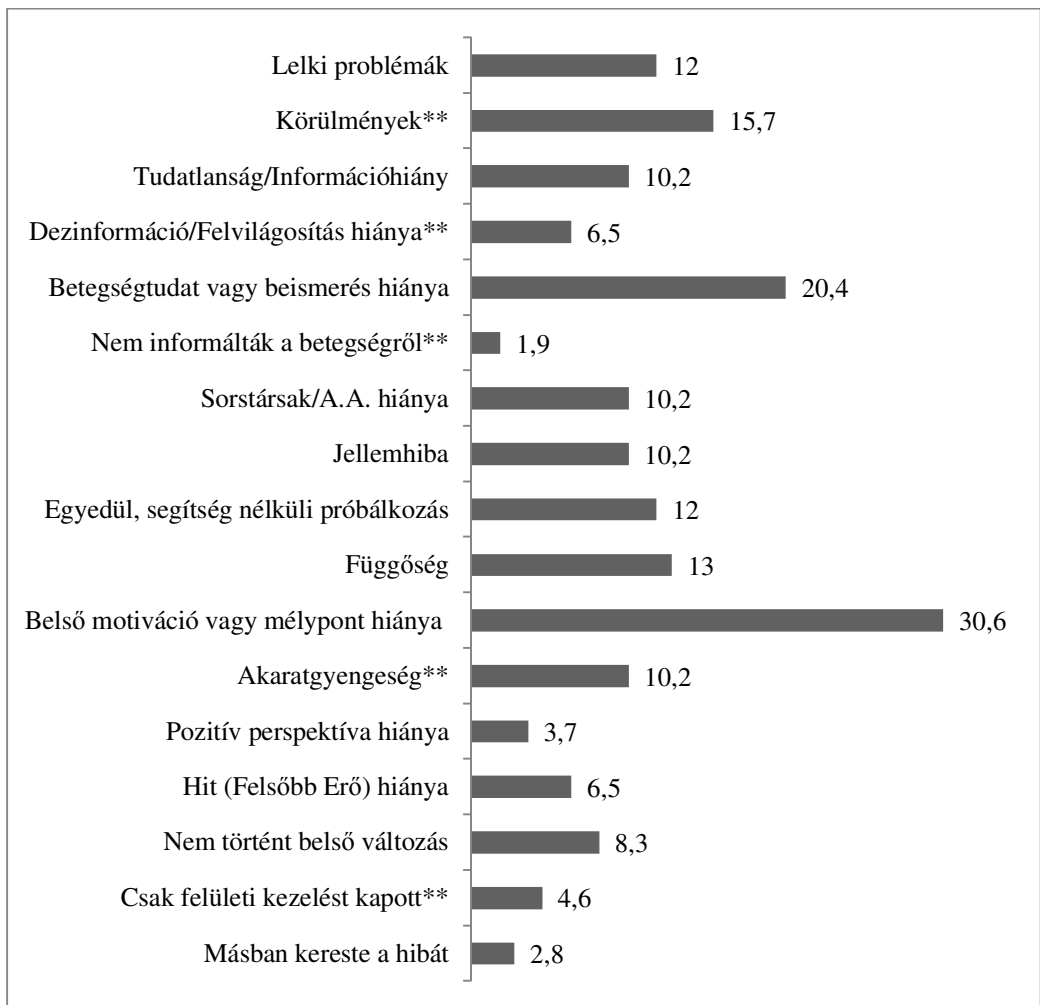


Az ábrán látható, hogy a válaszadók által igénybe vett legmagasabb segítség szint az alacsony szinttől a magasabb szint felé fokozatosan csökken. Az eltérések nem kiugróak, de ha figyelembe vesszük, hogy az aktív ivási periódus átlaga – amelynek során a vizsgált sikertelen próbálkozások történtek – közel 20 év, s a különböző segítség szintű próbálkozások száma ez alatt sem egyenlítődt ki, akkor a tendencia már jelentősnek mondható.

Kérdésként vetődik fel, hogy milyen okok húzódnak meg ezen kudarccal végződő próbálkozások hátterében. A válaszadók ezzel kapcsolatos retrospektív vélekedéseinek megoszlása a 7. ábrán látható. A \*\* szimbólummal jelölt okokat nem tekintjük „ortodoxnak”, az A.A. irodalmában kifejtett elképzelésekkel összhangban lévőknek. Az „akaratgyengeség” mint ok megjelölése azért „heterodox”, mert az A.A. betegségkonceptiója igyekszik elkerülni az alkoholizmus mint akaratgyengeség moralizáló elképzelését. A további okok „heterodoxiája” abból adódik, hogy a válaszadók önmaguk helyett valamilyen külső körülményben vagy valaki más hibájában, mulasztásában jelölik meg a sikertelenség okát. Különösen meglepő a „körülményeket” (például család, munkahely, társaság etc.) okként említők magas száma. Az A.A. elképzelései szerint a mindenkor körülmények vagy megváltoztathatók, vagy elfogadhatók, így nem tekinthetők az ivás okainak. A

körülmények mint okok megnevezésével szemben az „ortodox” válaszok, mint a különböző jellemhibák (makacsság, ego etc.), a belső változás elmaradásának vagy a mások hibáztatásának említései, a saját felelősséget hangsúlyozzák. Azok esetében, akik – egyébiránt minden bizonnyal a tényeknek megfelelően – azt állítják, hogy orvosuk dezinformálta őket, például azzal, hogy a mértékletes ivást ajánlotta nekik, jellegzetesek a „nem mondták, hogy...” kezdetű mondatok. Az ilyen típusú állításoknál sokkal inkább a saját tudatlanságra, tapasztalatlanságra, vagy az alkoholizmus beismerésének elmaradására való utalás felel meg az A.A. nyelvezetének. Hasonlóan, az A.A. elveit elmélyültebben ismerő józanodó nem a kapott gyógyszeres kezelés önmagában elégtelen voltára hivatkozik, hanem a saját belső munkájának, változásának elmulasztására.

7. ábra. Az ivás abbahagyására tett korábbi kísérletek sikertelenségének okai a válaszadók szerint (%)\*(N=108)



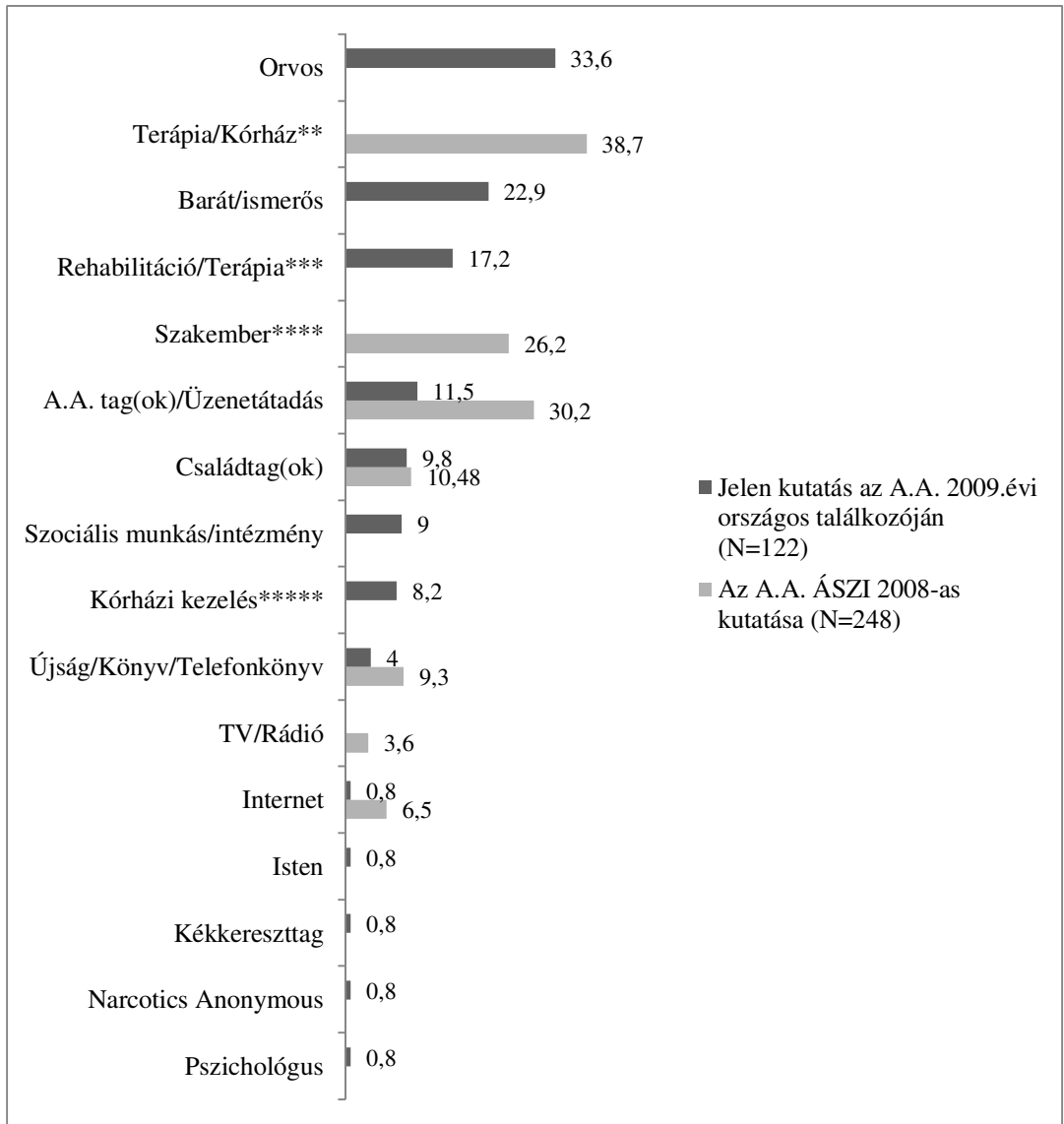
\* Mivel a válaszadók e nyitott kérdésre több választ is beírhattak (összes = 193), a százaléértékek összege meghaladja a 100%-ot.

Megítélésünk szerint ugyanakkor ezen egyébként kisebbségben lévő heterodox választípusok előfordulásának a jelentőségét indokolatlan lenne eltúlozni. Amíg az alapelképzelésektől elhajló megfogalmazások kisebbségben vannak, addig természetesnek mondható, hogy a Közösségnek a józanodás és lelki fejlődés, az enkulturáció és „nyelvelsajátítás” különböző stádiumaiban lévő tagjai vannak. A válaszadók igen nagy hányada az A.A. „mainstream” nyelvezetének megfelelő belső motiváció vagy mélypont hiányát, illetve a betegségtudat vagy a betegség beismerésének hiányát említette. Az addiktológiai szociális munka szemszögéből nézve úgy tűnik, hogy a megnevezett okok közül elsősorban a lelki-és élethelyzeti problémákkal való megküzdésben és az információátadásban lehetséges közvetlen segítséget nyújtani. A mielőbbi változáshoz alapvetően szükséges motivációit inkább az hozhatja meg, ha az alkoholista vagy problémaívó szembesül ivása következményeivel.

### **A Közösségbe vezető közvetítő utak**

Mint az 8. ábrán megfigyelhető, a szociális munkások és intézmények az alkoholbetegek A.A.-ba jutásában játszott közvetítő szerepük szerint a középmezőnyben helyezkednek el. Figyelembe véve azonban, hogy a KSH (2009) meglehetősen óvatos becslése szerint 2008-ban Magyarországon az alkoholisták száma 539 ezer, a nyilvántartott (kezelt) alkoholisták száma alig több mint 20 ezer volt, az A.A. tagság létszáma pedig jelenleg 1000 és 2000 fő közé tehető, a szociális intézményrendszer fokozottabb közvetítő tevékenysége kívánatosnak tűnik az alkoholbetegek, a szociális, egészségügyi és rehabilitációs intézmények, illetve az öngyógyító csoportok között. Az a felismerés, hogy az egészségügyi intézmények nem alkalmasak az akut problémakezelésen lényegesen túlmutató, hosszú távú követésre, s ebben az öngyógyító csoportok jelenthetnek hatékony megoldást, elvben már létezik (Tringer, 2005). Sajátos körülmény azonban, hogy az ábra adatai szerint több alkoholbeteg kerül az A.A.-ba szociális munkások révén, mint a „hagyományos” kórházi kezelőhelyekről, ami a pszichiátriai és addiktológiai osztályok, illetve a laikus felépülési mozgalom közötti kontinuitás megteremtésének, s ezen belül az egészségügyi szociális munkának a szükségességére utalhat. Ez az áttörés a jelen kihívásai közé tartozik.

8. ábra. Milyen közvetítéssel jutott el az A.A.-ba?(%)\*



\* A válaszadók mind az A.A. ÁSZI kutatásban, mind a jelen kutatásban több választ is megjelölhettek, így a százaléktételek összege meghaladja a 100%-ot.

\*\* Az A.A. ÁSZI kutatás összevonta a terápia és a kórház fogalmait.

\*\*\* A rehabilitáció és terápia fogalmaiba beleértendők a Minnesota modell szerint működő kórházi addiktológiai osztályok is (a mintában Szigetvár és Debrecen).

\*\*\*\* A szakember fogalmával az A.A. ÁSZI kutatás összevontan kezeli a háziorvost, lelkészt, szociális munkást etc.

\*\*\*\*\* Kórházi kezelés alatt itt a „hagyományos”, nem Minnesota rendszerű pszichiátriai és addiktológiai osztályokon nyújtott kezelést értjük.

Óvakodnunk kell ugyanakkor attól, hogy a fenti adatok alapján a szociális munka jelenlegi közvetítő szerepét teljes bizonyossággal a pszichiátriai és addiktológiai osztályok elé helyezzük. Egyrészt elhanyagolhatóan kis különbségről van szó, másrészt a válaszadók „orvos” válasza esetenként valójában kórházi kezelést is jelenthet, ami megváltoztathatja a megoszlási arányokat. Az arányok tekintetében az egészségügyi ellátás, mint a változásra kész szenvedélybetegek előfordulásának elsődleges helyszíne, összességében mindenképpen dominánsnak mondható. A szociális munka rugalmas, egyénre szabott megoldások megtalálására is alkalmas működésmódjára azonban nem képes, így ezen eltérő kompetenciájú hivatások hatékonyabb együttműködése szerfölött gyümölcsöző lehet. Az önszorgító mozgalom társadalmi feltételeinek kialakulása szempontjából ugyanakkor biztató körülménynek tűnik, hogy leszámítva a lehetséges együttes említéseket, a válaszadók mintegy negyede informális közvetítő utakon keresztül került az A.A. Közösségébe.

### **Az A.A. program megvalósításával kapcsolatos alapadatok**

Az A.A. programját jól ismerjük a Közösség irodalmán keresztül, arról azonban keveset tudunk, hogy magyarországi A.A. tagok életében pontosan mit tartalmaz a józanodás programja a maga konkrét megvalósulásában. A egy része arra a kérdésre kereste a választ, hogy a válaszadók milyen mértékben követik a Közösség egyes programelemeit, illetve ezek az adatok összefüggést mutatnak-e a botlásokkal, visszaesésekkel.

Az A.A. Közössége öt ajánlásban foglalja össze, hogy mi szükséges a józanodás programjának sikeres alkalmazásához:

„Ne igyál!”

„Járj a gyűlésekre!”

„Legyen szponzorod!”

„Dolgozz a lépéseken!”

„Vállalj szolgálatot!”

Ennek megfelelően a kérdőív mérte a folyamatos absztinencia időtartamát, a gyűlések látogatásával, a szponzorálással és a szolgálatvégzéssel kapcsolatos változókat. A lépéseken végzett munka mértékét az A.A.-irodalmak olvasásával, önvizsgálattal, elmélkedéssel illetve imával eltöltött időre, az aktív alkoholizmus során okozott sérelmekért és károkért történő bocsánatkérésre és jóvátételre, valamint az üzenetváltásra vonatkozó kérdések mértékét. Az eredményekre vonatkozóan előzetes várakozásunk az volt, hogy a fenti ajánlások követésének nagyobb mértéke a botlások és visszaesések kisebb mértékével jár együtt.

123 válaszadó átlagosan 2158 napja, azaz 5,91 éve absztinens, illetve közel 6 és fél éve tagja az A.A.-nak (N=123). 92%-uk (N=125) rendelkezik „honi”, azaz sajátjának tekintett csoporttal, ami szinte teljesen megegyezik az A.A. *ÁSZI 2008-as*

*kutatásában* kapott 91,2%-kal. A gyűlések egy-egy A.A. tag általi látogatásának gyakorisága átlagosan heti 1,8 (N=119). Ez az adat a meetingek valamivel csekélyebb mértékű látogatását mutatja, mint az *A.A. 2007 Membership Survey* által mért 2,4-es amerikai/kanadai átlag. Nagyobb eltérés tapasztalható viszont a két magyar és az észak-amerikai mintában a szponzorral rendelkezés arányát tekintve. Míg az amerikai tagság 79%-ának van szponzora, addig az A.A. ÁSZI mérése szerint a minta (N=250) mindössze 57,6%-a, a jelen kutatási mintának (N=118) pedig 63,6%-a rendelkezik szponzorral. Ha a két magyar mérési eredményt átlagoljuk, akkor arra a meglepő megállapításra jutunk, hogy a válaszadók több mint egyharmada (39,4%-a) nem vesz igénybe szponzori segítséget. A Közösségben végzett résztvevő megfigyeléseink során úgy találtuk, hogy ezt a jelenséget tapasztalt A.A. tagok problémaként észlelik, és azzal magyarázzák, hogy a tagság egy része a honi csoportját tekinti szponzorának.

5. táblázat. Az A.A. irodalmainak olvasására, önvizsgálatra, elmélkedésre és imára naponta fordított idő átlaga (percben megadva)

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
A.A.-irodalmak olvasásával naponta eltöltött idő	85	0	150	<b>34,90</b>	34,665
Önvizsgálattal naponta eltöltött idő	88	0	180	<b>33,96</b>	31,909
ElméLKedéssel naponta eltöltött idő	88	0	150	<b>36,18</b>	27,638
Imával naponta eltöltött idő	89	0	60	<b>18,74</b>	16,097
A.A.-irodalmak olvasásával, önvizsgálattal, elmélkedéssel és imával naponta összesen eltöltött idő	61	35	360	<b>134,95</b>	80,842

Mint az 5. táblázatban látható, a válaszadók átlagosan körülbelül fele annyi időt töltenek imával, mint az A.A. irodalmainak olvasásával, önvizsgálattal és elmélkedéssel, amely nyilvánvalóan összefügg azzal, hogy az utóbbiak függetlenek attól, hogy a válaszadók hisznek-e valamilyen megszólítható Felsőbb Erőben, addig az imának ez szükséges feltétele. Mint a későbbiekben látni fogjuk, a minta egy része az A.A. Közösséget vagy a csoportját tekinti Felsőbb Erőnek. Feltűnő továbbá az A.A. irodalmainak olvasására időt egyáltalán nem fordítók aránya (6. táblázat). Erre az adhat magyarázatot, hogy ezen válaszadók átlagosan több mint nyolc éve tagjai a Közösségnek, ezért ők esetleg *már* nem olvassák az irodalmat.



6. táblázat. Nem fordít időt az A.A. irodalmainak olvasására, önvizsgálatra, elmélkedésre és imára

	Elemzés	Százalék
Olvasás (N=85)	10	<b>11,8</b>
Önvizsgálat (N=88)	1	1,1
Elmélikedés (N=88)	3	3,4
Ima (N=89)	8	<b>9,0</b>

A válaszadók átlagosan hat személytől kértek bocsánatot és öt személynek nyújtottak jóvátételt józanodásuk során.

A 7. táblázatban 12. lépés, azaz az üzenettovábbítás adatai láthatók. Az eredmények kiegészítendők azzal, hogy a válaszadók (N=113) 46,9%-a nem gyakorolja ezt az aktivitást az általa rendszeresen látogatott meetingek városán kívül eső meetingeken, 33,9%-a pedig A.A. meetingeken kívül (N=118).

7. táblázat. A 12. lépés gyakorlásának évi átlaga

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Évente hányszor gyakorolja a 12. lépést az általa rendszeresen látogatott meetingek városán kívül eső A.A. meetingeken?	106	0	30	<b>2,95</b>	5,604
Évente hány alkalommal gyakorolja a 12. lépést A.A. meetingeken kívül?*	88	,0	50,0	<b>5,063</b>	9,1025

\* A kérdés annak kontextusában értelmezendő, hogy az A.A. meetingeken történő „megosztás” is üzenettovábbítás, ha „újonc” vagy érdeklődő van jelen a gyűlésen.

A 8. táblázatban az látható, hogy a válaszadók átlagosan mennyi ideig, és hányféle szolgálatot végeztek józanodásuk során.

8. Szolgálatok számának és összesített időtartamának átlaga

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
A tagok által végzett szolgálatok száma	105	0	7	<b>2,06</b>	1,427
Szolgálatok összeadott időtartama (hónap)	89	0	384	<b>48,81</b>	67,316

A válaszadók a legkülönbözőbb tevékenységeket nevezték meg szolgálatként, ezek közül néhány jellemzőbb a meetingvezetés, titkár, pénztáros, üdítős etc. Átlagosan kétféle szolgálatot végeztek A.A. tagságuk során, s a szolgálattal eltöltött idő összeadva tagonként átlagosan valamivel több, mint 4 év. A válaszadók (N=105) 9,5%-a nem végzett A.A. tagsága során szolgálatot.

A válaszolók (N=108) 75,9%-ának nem volt botlása vagy visszaesése A.A. tagsága során. Az adat értékelésekor figyelembe veendő a mintából adódó korábban jelzett torzítás, illetve az, hogy a mintában értelemszerűen nem szerepelhetnek azok a visszaesők, akik nem tértek vissza az A.A. Közösségébe.

### Az alapadatok és a visszaesések közötti összefüggések

Akiknek nem volt botlásuk vagy visszaesésük, némileg nagyobb arányban rendelkeznek honi csoporttal (92,7% N=82), mint azok, akiknek volt (84% N=25).

Hasonlóan, a 9. táblázat tanúsága szerint azoknak, akiknek nem volt botlásuk vagy visszaesésük, nagyobb arányban rendelkeznek szponzorral (65,4% N=81), mint azok, akiknek volt (58,3% N=24).

9. táblázat. Van-e szponzora? \* Volt-e botlása, visszaesése A.A. tagsága alatt?

			Volt-e botlása, visszaesése A.A. tagsága alatt?		Összes
			Nem volt	Volt	
Van-e szponzora?	Nincs	Elemszám	28	10	38
		% ezen belül: Van-e szponzora?	73,7%	26,3%	100,0%
		% ezen belül: Volt-e botlása, visszaesése A.A. tagsága alatt?	34,6%	41,7%	36,2%
		% Összes	26,7%	9,5%	36,2%
	Van	Elemszám	53	14	67
		% ezen belül: Van-e szponzora?	79,1%	20,9%	100,0%
		% ezen belül: Volt-e botlása, visszaesése A.A. tagsága alatt?	<b>65,4%</b>	<b>58,3%</b>	63,8%
		% Összes	50,5%	13,3%	63,8%
Összes	Elemszám	81	24	105	
	% ezen belül: Van-e szponzora?	77,1%	22,9%	100,0%	
	% ezen belül: Volt-e botlása, visszaesése A.A. tagsága alatt?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Összes	77,1%	22,9%	100,0%	

Mint a 10. táblázatban látható, azok, akiknek nem volt botlásuk, visszaesésük, átlagosan több időt töltenek elmélkedéssel, viszont akiknek volt botlásuk vagy visszaesésük, meglepő módon több időt fordítanak az A.A. irodalmainak olvasására, önvizsgálatra és imára, és a négyféle aktivitással összességében átlagosan mintegy 15 perccel több időt töltenek naponta.

10. táblázat. Volt-e botlása, visszaesése A.A. tagsága alatt? \* A.A.-irodalmak olvasására, önvizsgálatra, elmélkedésre és imára fordított idő

Volt-e botlása, visszaesése A.A. tagsága alatt?		A.A.-irodalmak olvasásával naponta eltöltött idő (perc)	Önvizsgálattal naponta eltöltött idő (perc)	ElméLKedéssel naponta eltöltött idő (perc)	Imával naponta eltöltött idő (perc)	Összes idő
Nem volt	Átlag	<b>24,08</b>	<b>27,55</b>	<b>32,38</b>	<b>15,52</b>	<b>99,53</b>
	N	73	73	73	73	73
	Szórás	29,726	29,766	30,709	17,019	79,67827
Volt	Átlag	<b>39,18</b>	<b>34,13</b>	<b>23,25</b>	<b>18,75</b>	<b>115,30</b>
	N	20	20	20	20	20
	Szórás	36,011	42,436	22,259	15,033	72,42481
Összes	Átlag	27,33	28,97	30,42	16,22	102,92
	N	93	93	93	93	93
	Szórás	31,595	32,752	29,233	16,587	78,06526

Ezenkívül azok, akiknek volt botlásuk vagy visszaesésük, átlagosan hárommal több személytől (8,71) kértek bocsánatot aktív alkoholizmusuk során okozott sérelmekért (N=19), illetve eggyel több személynek (5,27) nyújtottak jóvátételt az okozott károkért (N=20).

Az üzenettovábbítást illetően megállapítható, hogy akiknek volt botlásuk vagy visszaesésük, azok közül többen (59,1%) végeznek „tizenkettőzést” az általuk rendszeresen látogatott meetingek városán kívül eső A.A. meetingeken (N=22), mint azok közül, akiknek nem volt (51,9%) (N=77). Ezzel ellentétben a botlók/visszaesők között kevesebben (60,9%) végeznek „tizenkettőzést” A.A. meetingeken kívül, például kórházakban, börtönökben, hajléktalanszállókon, munkahelyen etc. (N=23), mint a nem botlók/visszaesők között (70,9%) N=79).

A vállalt szolgálatok átlagának számában ugyanakkor nincs lényeges eltérés azok között, akiknek volt botlása/visszaesése, és azok között, akiknek nem volt, viszont akiknek nem volt botlása vagy visszaesése, azok átlagosan közel kilenc hónappal hosszabb ideig végeztek szolgálatot. (11. táblázat)

11. táblázat. Volt-e botlása, visszaesése A.A. tagsága alatt \* Szolgálatok száma és időtartama

Volt-e botlása, visszaesése A.A. tagsága alatt?		A tagok által végzett szolgálatok száma	Szolgálatok összeadott időtartama (hónap)
Nem volt	Átlag	<b>2,04</b>	<b>50,16</b>
	N	72	62
	Szórás	1,467	72,296
Volt	Átlag	<b>2,20</b>	<b>41,35</b>
	N	20	17
	Szórás	1,240	47,858
Összes	Átlag	2,08	48,27
	N	92	79
	Szórás	1,416	67,606

#### A program megvalósítására vonatkozó eredmények összegzése

Az előzetes várakozás az volt, hogy az A.A. ajánlásai követésének nagyobb mértéke a botlások és visszaesések kisebb mértékével jár együtt.

12. táblázat. A program megvalósítására vonatkozó eredmények és azok visszaesésekkel való összefüggésének összegzése

<b>A</b> A várakozások beigazolódtak a következőkben:	<b>B</b> A várakozások nem igazolódtak be a következőkben:
<p>Akiknek nem volt botlásuk vagy visszaesésük,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- többen rendelkeznek honi csoporttal;</li> <li>- többen rendelkeznek szponzorral;</li> <li>- többen végeznek üzenettovábbítást A.A. meetingeken kívül;</li> <li>- több időt töltenek elmélkedéssel;</li> <li>- több időt töltenek szolgálattal.</li> </ul>	<p><b>B/1</b> A botlók/visszaesők és nem botlók/visszaesők között nincs különbség</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a heti meetinglátogatás gyakoriságában;</li> <li>- abban, hogy hányféle szolgálatot végeznek.</li> </ul> <p><b>B/2</b> Akiknek volt botlásuk, visszaesésük,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- több időt töltenek az A.A. irodalmainak olvasásával, önvizsgálattal és imával, illetve náluk ezen aktivitások és az elmélkedés összesített időtartama is nagyobb;</li> <li>- többször kértek bocsánatot és nyújtottak jóvátételt;</li> <li>- többen végeznek üzenettovábbítást más városok A.A. meetingjein.</li> </ul>

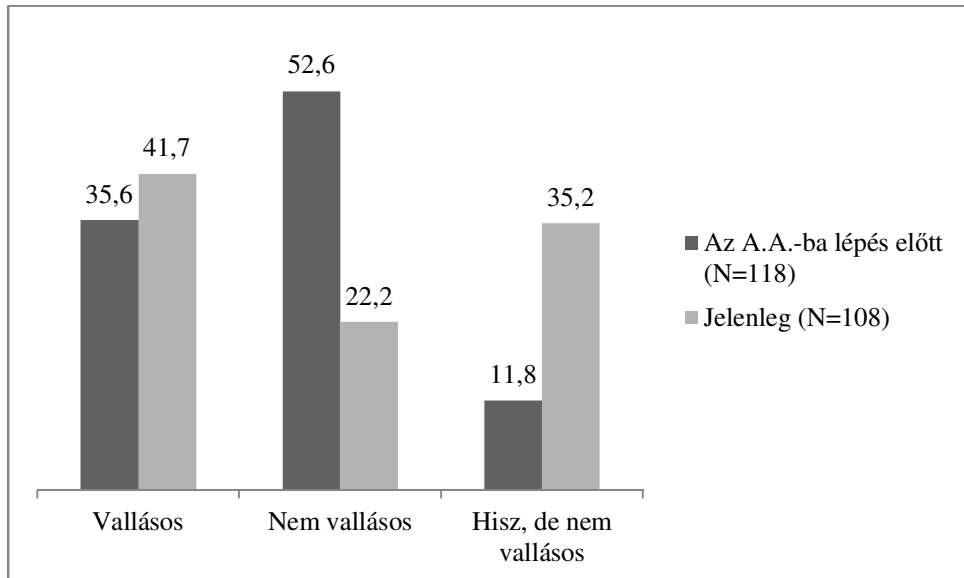
Feltűnő, hogy a válaszadók több mint egyharmada nem rendelkezik szponzorral, és nem végez üzenetovábbítást az A.A. meetingeken kívül, illetve közel fele nem végez üzenetovábbítást az általa rendszeresen látogatott meetingek városán kívül eső meetingeken. Feltűnő továbbá azok magas aránya – a válaszolók háromnegyede –, akiknek A.A. tagnak alatti nem volt botlása, visszaesése.

Általánosságban megállapítható, hogy a botlók/visszaesők és a nem botlók/visszaesők között csupán mérsékelt különbségek mutatkoztak a vizsgált változók tekintetében. Bár oksági összefüggés nem állapítható meg, az eredmények lehetséges magyarázata, hogy kétirányú hatás áll fenn az A.A. ajánlásainak követése, illetve a botlások/visszaesések között. Úgy tűnik, hogy az A oszlopban szereplő tényezők valamelyest csökkentik a botlás/visszaesés lehetőségét. Ugyanakkor elképzelhető, hogy a botlások/visszaesések nagyobb aktivitásra serkentették a válaszolókat B/2-es tényezők esetében.

### Világnézeti változások

A világnézeti kérdések mérésében az A.A.-ba lépés előtti és a jelenlegi világnézetben mutatkozó változás bizonyult a legfontosabb eredménynek (9. ábra).

9. ábra. Világnézet szerinti megoszlás (%)



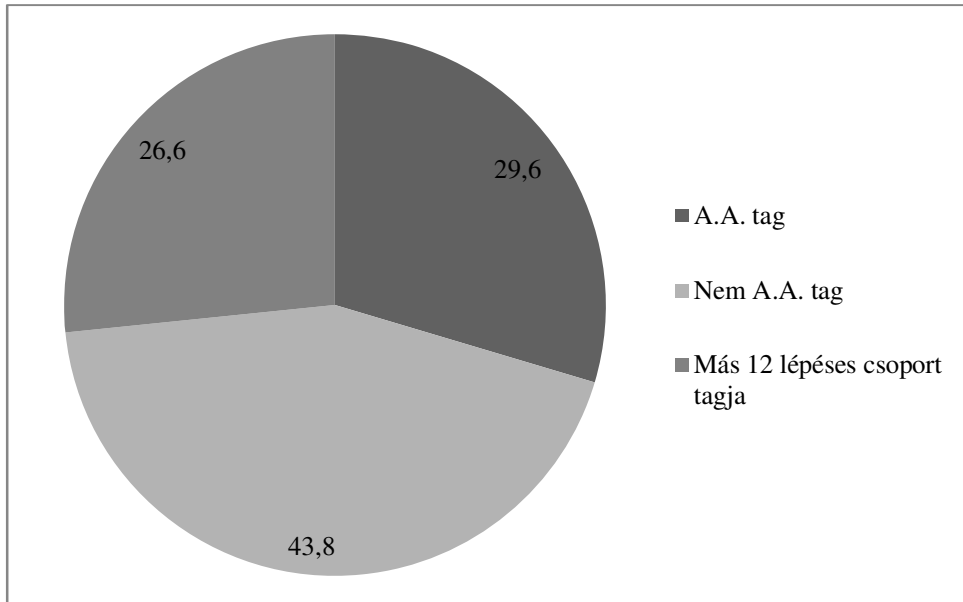
Mint az ábrán látható, a vallásosság kismértékű növekedést mutat a válaszadók A.A.-ba lépését követő, jelenlegi állapotában, a nem vallásosság drasztikus mértékben csökkent, a nem vallásos hit pedig nagymértékben növekedett. A nem vallásosok

számában mutatkozó esés részben annak tudható be, hogy egy részük nem válaszolt a jelenlegi világnézetükre vonatkozó kérdésre, részben pedig annak, hogy józanodásuk során jó részük nem vallásos hívővé lett. Az eredmények egyértelműen tükrözik az A.A. Közösségének spirituális szemléletét. A program egyik leglényegesebb eleme egy saját felfogás szerinti Felsőbb Erőnek történő önátadás – amely egyúttal a grandiózus, istenszerű „alkoholista ego” feladását, s az én és a világ viszonyának helyreállítását is jelenti. (Bateson, 1971; Antze, 1987) Akik vallásos istenhívőként kerülnek az A.A.-ba, azoknak nyilvánvalóan nincs különösebb okuk, hogy ezen változtassanak. Az A.A. úttörői ugyanakkor már a Közösség történetének korai szakaszában felismerték, hogy amennyiben a tételes vallásoktól idegenkedő alkoholisták számára is kiutat szeretnének kínálni, mégha ragaszkodnak is a felépülési program önátadás-eleméhez, nem ajánlatos, és végeredményben nem is szükséges a Közösséget vallásosként definiálni. A dilemmából megszületett a *spiritualitás* világnézetileg semleges fogalma, amely megfelelő közvetítőnek, egyaránt elfogadható „közös nevezőnek” bizonyult az A.A. vallásos és nem vallásos tagjai számára. A spiritualitás *conditio sine qua non*-ja lényegében a „valamilyen nálam nagyobb erőnek” való önátadás mozzanatára redukálódott, olyan végső kritériummá, melynek elutasításával ugyan már nem lehetséges ortodox A.A. tagnak lenni, de amely világnézeti semlegessége folytán elég rugalmas ahhoz, hogy a Felsőbb Erő kilétével szemben – az önistenítéstől eltekintve – semmilyen feltételt ne szabjon. A vallásosok így megmaradhatnak Istenük mellett, a tételes vallásokat nem követő hívők úgyszintén, az ateisták és kételkedők pedig tekinthetik Felsőbb Erőnek a „Természetet”, az „Univerzumot”, az A.A. Közösséget vagy bármi mást. Mint a vizsgálati mintában előforduló válaszokból kirajzolódott, a „Természet”, „Univerzum” vagy „Erő” mint személytelen, nem transzcendens, a hellenizmus, a reneszánsz vagy a romantika panteisztikus kvázi-istenfogalmára emlékeztető entitások közös választási lehetőségnek mutatkoznak a nem vallásos hívők és az ateisták, materialisták, agnosztikusok etc. egy része számára. A „hardcore” ateisták és materialisták többsége ugyanakkor természetesen marad annál, hogy az A.A. Közösséget tekinti Felsőbb Erőnek, miként a nem vallásos hívők többsége is marad Istennél. Mindent egybevetve azonban a döntő jelentőségű tendencia az, hogy az A.A. Közösség hatására a vallásos és különösen a nem vallásos hívők száma növekedik, a nem vallásosok száma pedig jelentősen csökken.

### **A józanodók közeli kapcsolatainak alakulása**

A kérdőív abból a feltevésből kiindulva, hogy az A.A. tagok szoros emberi kapcsolataikat tekintve valószínűleg a Közösségen belüli kapcsolatokat preferálják, vizsgálat tárgyává tette a válaszadók párválasztását és szoros baráti kapcsolatait. A 10. ábra a válaszadók társa Közösséghez tartozásának megoszlását mutatja.

10. ábra. Társa tagja-e az A.A.-nak vagy más 12 lépéses közösségnek? (%) (N=64)



Az ábra szerint azok, akiknek társa A.A. tag vagy más 12 lépéses csoport tagja, együttesen csekély mértékű többségben vannak azokkal szemben, akiknek társa nem tagja az A.A.-nak, illetve más 12 lépéses közösségnek. Ez azonban önmagában nem jelenti azt, hogy a válaszadók többsége a leendő társ A.A. vagy egyéb 12 lépéses közösségbeli tagsága alapján választ társat, hiszen a „más 12 lépéses csoport tagja” választ adók társa zömmel valószínűleg az Al-Anon Közösség tagja, ahová feltehetően a válaszadók józanodását követően lépett be, nem pedig a kapcsolat létrejöttét megelőzően.

13. táblázat. A válaszadók társának 12 lépéses közösségi tagsága a társkapcsolat típusa szerint (%)

	A.A. tag	Nem A.A. tag	Más 12 lépéses közösség tagja
Házastárs (N=37)	<b>24,3</b>	<b>46</b>	<b>29,7</b>
Élettárs (N=17)	<b>29,4</b>	<b>47</b>	<b>23,6</b>
Párkapcsolati társ (N=9)	<b>55,6</b>	<b>33,3</b>	<b>11,1</b>

A fentieknél jóval többet olvashatunk ki a 13. táblázatból, amennyiben megengedjük azt a feltételezést, hogy átlagosan a házastársi kapcsolatok lehetnek a legrégebbiek, az élettársi kapcsolatok kevésbé régiek, s az egyszerű párkapcsolatok a legkevésbé

régen létrejöttek. A feltételezés a házastársi és élettársi kapcsolatok időtartamának összevetése esetében természetesen gyengébb, mint ezek egyszerű párkapcsolatokkal való összevetése esetében. A házastársi kapcsolatok így nagyobb eséllyel köttethettek a válaszadók A.A.-ba lépése előtt, mint az élettársi kapcsolatok, s éppígy, az élettársi kapcsolatok is nagyobb eséllyel jöhetnek létre a válaszadók A.A.-ba lépése előtt, mint az egyszerű párkapcsolatok. A táblázat bal oldali oszlopában lévő adatsor lehetséges értelmezése ezek szerint, hogy az egyszerű párkapcsolatok esetében, melyek nagyobb eséllyel alakultak ki a válaszadó A.A.-ba lépését követően, a válaszadók társa jóval nagyobb arányban A.A. tag, mint az élettársi, és még ennél is nagyobb arányban A.A. tag, mint a házastársi vagy kapcsolatok esetében. Ugyanez a tendencia látható a középső oszlopban azzal a különbséggel, hogy ott a házastársi és élettársi kapcsolatok esetében elhanyagolható a különbség. Innen közelítve jól értelmezhető a jobb oldali oszlop adatsora is: a nagyobb eséllyel a válaszadók A.A.-ba lépése előtt létrejött házassági vagy élettársi kapcsolatokban nagyobb a feltehetően főként AI-Anon tag társak száma, míg a nagyobb eséllyel az A.A.-ba lépést követően kialakult egyszerű párkapcsolatokban ez az arány jóval kisebb, hiszen itt sokkal többen vannak az A.A. Közösségébe tartozó partnerek.

Úgy tűnik, hogy kiinduló hipotézisünket, mely szerint az A.A. tagok szoros emberi kapcsolataikban a Közösségen belüli kapcsolatokat preferálják, a baráti kapcsolatokra vonatkozó adatok révén még inkább megerősíthetjük. A szoros baráti kapcsolatokra vonatkozó kérdésekre adott válaszok azt mutatják, hogy az A.A.-s barátok száma átlagosan kétszerese a nem A.A.-s barátokénak, azaz a Közösség tagjai egyértelműen az egymással való kapcsolatokat preferálják. A válaszadók átlagosan

- 7,72 A.A. taggal (N=104),
- 3,86 A.A.-n kívüli személlyel (N=104), és
- 2,59 más 12 lépéses közösség tagjával (N=113)

állnak szoros baráti kapcsolatban. A válaszok első két csoportban tapasztalható alacsonyabb száma az olyan nem számszerűsíthető válaszok kizárásából adódik, mint a „sok” vagy éppenséggel a „kevés”.

Szintúgy a kiinduló feltevést erősíti meg az, hogy a válaszadók (N=110) közel kétharmada, 63,6%-a előnyben részesíti az A.A.-s szakembereket más szakemberekkel szemben. Jellegzetes indoklásaik szerint „megbízhatóbbak”, „hitelesebbek”, „ismerik a problémámat”, „nem csapnak be”. Az A.A.-s szakembereket nem preferáló egyharmad ugyanakkor nem részesíti előnyben a nem A.A.-s szakembereket, hanem jellemzően a szakember szaktudását tekinti egyedül lényeges szempontnak, amely független attól, hogy az illető A.A. tag-e, vagy sem: „A szakember az szakember.”.

### **Az A.A. gyűléseken kívüli közös aktivitások**

A kérdőív A.A. meetingeken kívüli közösségi aktivitásokra vonatkozó egyik kérdése arra vonatkozott, hogy a válaszadók milyen jellegű kötetlen tevékenységeket végeznek társaikkal (14. táblázat).



14. táblázat. A.A.-s társakkal való kötetlen, meetingen kívüli tevékenységek típusai

Tevékenység*	Említések száma	Tevékenység*	Említések száma
beszélgetés/baráti találkozás	25	<i>bibliakör</i>	1
főzés/borácsolás/piknik/ szalonnasütés/kerti parti/vendégség	13	<i>istentisztelet</i>	1
buli/szilveszter/kikapcsolódás	4	<i>máriagyűdi zárándoknap</i>	1
kávéházi találkozás	4	<i>meditálás</i>	1
kirándulás/utazás	4	pünkösdi erdei találkozó	1
A.A. találkozók	3	kölcsönös segítség	1
családi napok	2	közös rendezvények más önsegítő csoportokkal – Gamma Gt. Kékkereszt, Lelki és Nyílt Nap, Szenvedélybetegek Napja	1
edzés/foci/horgászat	3	közös szakmai találkozók	1
koncert	2	motorozás	1
strandolás	2	mozi	1
bevásárlás	1	társ-születésnapok	1

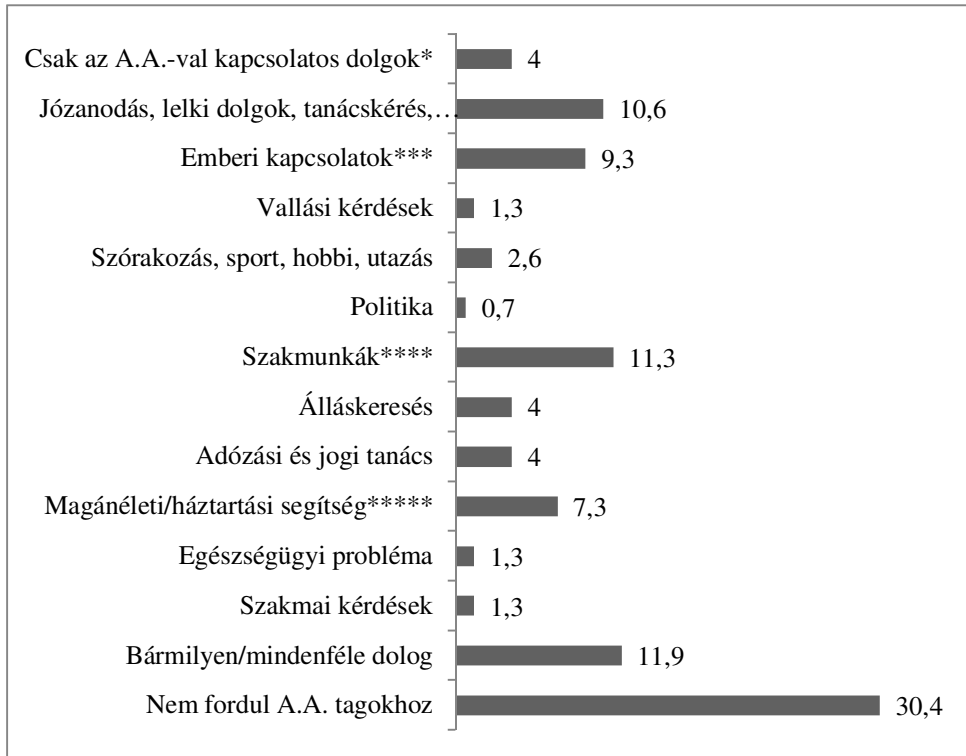
\* A vallási vagy meditatív tevékenységeket dőlt betűvel emeltük ki.

Az adatok kapcsán megjegyzendő, hogy az A.A. találkozókra vonatkozó számot nem tekinthetjük reálisnak, hiszen a válaszadók valamennyien jelen voltak, ha másutt nem is, legalább a vizsgálat helyszínéül szolgáló pécsi országos találkozón. Sokan nyilvánvalóan a kérdésben megjelenő „kötetlen, meetingen kívüli összejövetelek” kifejezés olvastán nem asszociáltak az A.A. találkozókra. A társ-születésnapok (azaz józan születésnapok) csekély számú említésének oka, hogy bár az A.A. tagok számos józan születésnapon vesznek részt, azokat zömmel az A.A. meetingeken szokás tartani. A kötetlen összejöveteleket láthatóan a beszélgetések, baráti találkozások, közös főzések, kávéházi együttlétek, utazások és bulik dominálják.

A kérdőív azt is vizsgálta, hogy a válaszadók hétköznapi életük során milyen ügyekben szoktak közösségbeli társaikhoz fordulni. Az erre vonatkozó nyitott kérdésre egy-egy válaszadó több választ is adhatott. Az így született összesen 151 választ 14 típusba soroltuk (11. ábra). Az ábra felülről számított első négy sávja a *lelki dolgok*, az 5-6. sáv az *egyéb dolgok*, a 7-12. sáv a *materiális dolgok* gyakoriságát mutatja. A 13. sávban megjelenő „Bármilyen/mindenféle dolog” ezek bármelyikébe tartozhat. A 14. sávban látható „Nem fordul A.A. tagokhoz” adatot óvatosan kell kezelnünk. Megtévesztő lenne, ha ezt a választípust automatikusan szembeállítanánk az 1-2. sávok választípusaival, s arra következtetnénk, hogy a válaszadók 30,4%-a semmilyen ügyben nem fordul sorstársaikhoz. Az 1-2. sávba tartozók, illetve a 14. sávba tartozók feltehetően eltérően értelmezték a kérdésben szereplő „hétköznapi ügyek” fogalmát. A józanodással bármilyen módon összefüggő lelki természetű ügyek az előbbi csoport számára a hétköznapiak részét képezik, míg az utóbbiak számára nem. Így, ha a fogalmakat azonosan értelmezték volna, a 14. sávba tartozók egy részét átsorolhatnánk az 1-2. sávokba, vagy eljárhatnánk az

ellenkező módon is. Az mindenesetre biztonsággal állítható, hogy a 14. sávba tartozók „klasszikusan” hétköznapi ügyekben (3., 5-13.) nem fordulnak társaihoz, s ehhez hozzáadhatjuk az 1. sávba tartozókat, ami meglepően magas, 34,4%-os arányt jelent.

11. ábra. A hétköznapi élet során milyen ügyekben szokott A.A. tagokhoz fordulni? (%)



\* A válaszadók hangsúlyozták, hogy *csak* az A.A.-val kapcsolatos dolgokban fordulnak sorstársaikhoz.

\*\* A tanácskérés és beszélgetés némileg bizonytalanul besorolható fogalmak, résztvevő megfigyeléseim során szerzett tapasztalataim ugyanakkor azt mutatják, hogy leggyakrabban a józanodással kapcsolatosak.

\*\*\* Emberi kapcsolatok = családi, gyermeknevelési, munkahelyi, kapcsolati, párkapcsolati problémák.

\*\*\*\* Szakt munkák = autójavítás, különböző szerelési, felújítási munkák etc.

\*\*\*\*\* Magánéleti/háztartási segítség = személyszállítás, ügyintézés, számítógépes segítség, főzés, költözködés, szívességek etc.

Az eredmények másfelől részben megerősítik Mäkelä és munkatársai (1996), illetve Smith (2007) megállapításait, mely szerint az A.A. Közössége egyben olyan informális támogató (világ)hálózatot alkot, amely a tagok kölcsönös segítségnyújtása révén megkönnyíti a társadalmi beilleszkedést, a legkülönbözőbb hétköznapi problémákkal való megküzdést. E tekintetben különösen jellemző, hogy az emberi kapcsolatokban jelentkező problémák megbeszélésében, szakt munkákban, állás keresésben, adózási és jogi kérdésekben, vagy magánéleti/háztartási ügyekben

számíthatnak egymás segítségére. A fenti adatok ugyanakkor egyben azt is mutatják, hogy ez a leírás, bármennyire is igaz, mégsem teljes, önmagában ugyanis nem alkalmas arra, hogy megragadja az A.A. tagok hétköznapi interakcióiban mutatkozó ambivalenciát.

Az adatok tanúsága szerint a tagság egy része mindenféle dologban társaihoz fordul, mások főként lelki/kapcsolati természetű problémákkal fordulnak egymáshoz, ismét mások materiális kérdésekben keresik egymást, míg egyesek a hétköznapi ügyekben nem fordulnak társaikhoz, vagy egyenesen nem hajlandók erre. Azok között, akik nem fordulnak társaikhoz, lehetnek olyanok, akik stabil társadalmi egzisztenciával rendelkeznek, így nem szorulnak sorstársaik segítségére, illetve olyanok is, akik akár lakóhelyi, akár személyiségi vagy más okokból a Közösség viszonylag elszigeteltebb tagjai. Valószínű, hogy a hétköznapi ügyekben társaikhoz nem fordulóik egy része, akár szándékával megegyezően, akár annak ellenére, az A.A. meetingekre korlátozza a társakkal való kapcsolatát. Más a helyzet azokkal, akik A.A.-s ügyekben ugyan keresik egymást a hétköznapi ügyekben is, hétköznapi ügyekben azonban *tudatosan* nem fordulnak társaikhoz. Vajon miért tesznek így, és mivel magyarázható, hogy a viselkedési spektrum másik szélén lévők éppen az ellenkezőjét vallják, vagyis mindenféle dologban egymáshoz fordulnak? Véleményünk szerint lehetséges magyarázattal szolgálhat az a körülmény, hogy az A.A. Közösségében egyidejűleg két, egymással nem teljes mértékben összeegyeztethető elképzelés él arról, hogy miként „illik” egymás segítségét igénybe venni. Az egyik, amely a család képét idézi, s a másikhoz fordulást bármilyen ügyben természetesnek tekinti, az 11. ábrában látható kérdésre tipikusan így válaszol: „Bármilyen ügyben, nagy család vagyunk.” A másik ezzel szemben, ragaszkodva az A.A.-ban gyakran hangoztatott elvhez, mely szerint a Közösség tagjai nem azért vannak, hogy pénzt, szállást etc. kérjenek tőlük, és kihasználják őket, jellegzetesen így fogalmaz: „Nem használom őket más ügyben.” – tudniillik a józanodáson kívül. A kétféle attitűd ambivalenciája szükségképpen jelen van egy olyan közösségben, amelyben a tagok sorsazonosságot, egységet élnek át, ugyanakkor számolniuk kell az ebből következő visszaélés lehetőségeivel, továbbá azzal is, hogy a túlzott segítség a segített személyre nézve is ártalmas lehet (Lefever, 2007).

## Összegzés

Áttekintve a kutatási eredményeket, elmondható, hogy a „tipikus” A.A. tag 40 és 60 év közötti, legalább érettségivel rendelkező vagy magasabban képzett, teljes állással rendelkező, jelenleg vallásos vagy nem vallásos hívő férfi vagy nő. Mintegy 20 évnyi ivási karriert követően, számos sikertelen próbálkozás után végül az egészségügyi rendszer közvetítésével került az A.A. Közösségébe, ahol immár 6 és fél éve józanodik. A szponzori segítség igénybevétele és az üzenettovábbítás terén lehetnek hiányosságai, egyéb tekintetben követi a programban megfogalmazott ajánlásokat, s az átlagosnál nagyobb fokú önismerettel és felelősségérzettel rendelkezik. Úgy tűnik, a program ajánlásainak követése, illetve a józanodás során történő botlások és visszaesések közötti összefüggés sajátos körfolyamattal írható le: az ajánlások követése nagyobb védelmet jelent a botlásokkal szemben, ugyanakkor a botlások az ajánlások nagyobb mértékű követésére sarkallják a józanodót. A tipikusnak

mondható felépülő szorosabb emberi kapcsolatainak kialakítása során előnyben részesíti sorstársait, akik között megértést és elfogadást talál. Az ivással való felhagyással kapcsolatos korábbi sikertelenségének okát elsősorban saját motiválatlanságában látja, ugyanakkor ebben benne rejlik többek között a megfelelő információ hiányának mozzanata is. Az utóbbi tényező egyértelmű üzenet lehet az addiktológiai szociális munka számára, hogy különösen a „hagyományos” kórházi kezelőhelyeken, de éppígy a szociális intézményekben is, az ellátórendszer és a civil ön- és kölcsönös segítő formák közötti hatékonyabb mediációs tevékenységre van szükség. Úgy tűnik, a fenti vonásokkal jellemezhető személyek másoknál nagyobb eséllyel közvetíthetők az A.A. Közössége felé.

Miután a hazai A.A. Közösségről kutatásunkat megelőzően csupán egyetlen empirikus vizsgálat készült, illetve saját empirikus vizsgálatunk igyekezett ehhez képest számos ponton új adatokat nyerni, reményeink szerint ezzel hozzájárulhatunk – legalább a mintában szereplő – hazai A.A. tagság mélyebb megismeréséhez. A szenvedélybetegek a szociális munka egyik kitéüntetett célcsoportját képezik, a célcsoportok alapos megismerése pedig a bizonyítékokra építő és diagnózis alapú szociális munka elengedhetetlen feltétele.

A tanulmány megjelenését az OTKA K68619. sz. (Pszichoszociális változás és az átalakulás retorikája a tizenkét lépéses mozgalmakban) kutatási programja támogatta.

## Irodalom

- Alcoholics Anonymous (1984). „*Pass It On.*” *The Story of Bill Wilson and How the A.A. Message Reached the World.* New York: A.A.W.S., Inc.
- Alcoholics Anonymous (1992). *44 kérdés.* New York: A.A.W.S., Inc.
- Alcoholics Anonymous (1994). *Anonim Alkoholisták. Az alkoholizmusból felépült sok ezer férfi és nő története.* New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Alcoholics Anonymous (1995). *Tizenkét lépés és tizenkét hagyomány.* New York: A.A.W.S., Inc.
- Alcoholics Anonymous (2003). *Alcoholics Anonymous Comes of Age. A Brief History of A.A.* New York: Alcoholics Anonymous World Services INC.
- Alcoholics Anonymous (2008). A.A. 2007 Membership Survey. [http://www.aa.org/pdf/products/p-48\\_07survey.pdf](http://www.aa.org/pdf/products/p-48_07survey.pdf) Letöltve: 2010. augusztus 11.
- Anonim Alkoholisták (2010). Anonim Alkoholisták Budapesten és vidéken. <http://www.anonimalkoholistak.hu>. Letöltve: 2010. október 20.
- Alcoholics Anonymous (2012). *Estimates of A.A. Groups and Members as of January 1, 2012.* [http://www.aa.org/lang/en/en\\_pdfs/smf-53\\_en.pdf](http://www.aa.org/lang/en/en_pdfs/smf-53_en.pdf) Letöltve: 2012. november 17.
- Antze, P. (1987). Symbolic Action in Alcoholics Anonymous (pp. 149-181). In: Douglas, M. (ed.): *Constructive Drinking. Perspectives on Drink from Anthropology.* Cambridge: Cambridge University Press.

- Arminen, I. (1998). *Therapeutic Interaction. A Study of Mutual Help in the Meetings of Alcoholics Anonymous*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Bateson, G. (1971). The Cybernetics of „Self”: A Theory of Alcoholism. *Psychiatry* 34 (February), 1-18.
- Denzin, N. (1987). *The Alcoholic Self*. Newbury Park – Beverly Hills – London – New Delhi: SAGE Publications.
- Kelemen G. & Gál B. (1990). *A kontrollvesztő alkoholizmus. Kettős leírás*. Budapest: Országos Addiktológiai Intézet.
- Kelemen G. (1994). Az Alcoholics Anonymous avagy a józanság filozófiája. Felszűrhető-e az A.A. Magyarországon? (158-171) In: Uő.: *Az addikciók széles spektruma*. Alkoholológiai Füzetek 27. Budapest: Országos Alkoholológiai Intézet.
- Kelemen G. (2004). *Pszichiátriai és szenvedélybetegség szociális ellátása. Segédanyag a szociális szakvizsgálóhoz*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- KSH [Központi Statisztikai Hivatal] (2009): *A kábítószer-fogyasztók és alkoholisták gondozása (1997-)*.  
[http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fek005.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek005.html)  
Letöltve: 2010. március 20.
- KSH [Központi Statisztikai Hivatal] (2010): *Magyarország, 2009*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.  
<http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2009.pdf> Letöltve: 2010. október 20.
- Kurtz, E. (1991). *Not-God. A History of Alcoholics Anonymous*. Expanded edition. Minnesota: Hazelden.
- Lefever, R. (2007). *Kényszeres segítség*. Pécs: PTE – Leo Amici 2002 Alapítvány.
- Mäkelä, K. et al. (1996). *Alcoholics Anonymous as a Mutual-Help Movement. A Study in Eight Societies*. Madison, Wisconsin – London: The University of Wisconsin Press.
- Smith, A. R. (2007). *The Social World of Alcoholics Anonymous. How It Works*. New York, iUniverse.
- Tringer L. (2005). *A pszichiátria tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Urbán R. és mtsai (2005). *A dohányzás egészségpszichológiája*. Budapest: Országos Addiktológiai Intézet.

## **A terápiás közösség, mint értelmező közösség: segítség, hiperreflexió, szimbolizáció**

### ***The therapeutic community as an interpretive community: help, hyper-reflection and symbolisation***

MÁNDI NIKOLETTA

#### **Összefoglalás**

*A tanulmány, rehabilitációban részt vevő szenvedélybetegek csoportjának, értelmező közösségként való interpretációs kísérletét nyújtja. A „segítő közösség”, az „értelmező közösség” és a „szimbolikus közösség” fogalmi triádsa mellett érvelünk, azokat egyfajta lineárisan végbemenő folyamat stációiként értelmezve. Az írás érinti annak kérdését is, miként változtathatja meg a hiperreflexió a mentális működést.*

*Kulcsszavak: szenvedélybetegek rehabilitációja, értelmező közösség, hiperreflexió*

#### **Summary**

*The paper describes recovering addicts' community in a rehabilitation facility as an interpretive community. The author argues for the conceptual triad of „helping community”, „interpretive community” and “symbolic community”, understanding these as stages of a linear recovery process. Possible consequences of the continuous, shared practice of hyper-reflection are also addressed.*

*Keywords: rehabilitation of addicts, interpretative community, hyperreflection*

#### **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” foglalkozik, - az antropológusok érdeklődésének középpontjában az ún. „kisközösségek” állnak. (Tóth, 2002) Az emberi kapcsolatok vizsgálatában - a klasszikus pszichológia élményközpontú megközelítésmódja 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 határterületé, illetve interdiszciplináris feladatkörre vált. A tanulmány a sajátos közösségi képződménynek tekinthető, az ideiglenesség által jellemzett, terápiás jellegű, rehabilitációs célok érdekében, szenvedélybetegek számára szerveződött kisközösség<sup>1</sup> antropológiai vizsgálatában felmerülő kutatói kérdéseket állítja

---

<sup>1</sup> A kutatás a Kovácsszénáján található „Mér földkő” Egyesület Addiktológiai Rehabilitációs otthonában zajlott.

fókuszába. A vonatkozó ismeretelméleti háttér teóriáinak felhasználásával, a vizsgált csoport bizonyos közösségi jellemzőinek azonosítására teszünk kísérletet. Az életút narratívák részleteinek segítségével rávilágítunk arra, hogyan működik a közösség módszerként, egyfajta „terápiás szövetségként”, s arra is választ keresünk, hogy az „értelmezés” folyamata mennyiben bír közösségi funkcióval.

### **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.

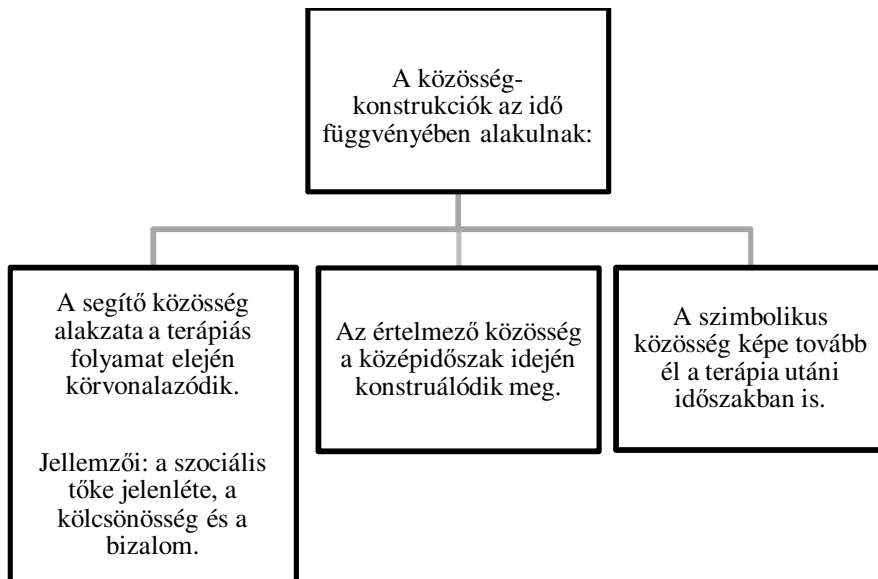
Cohen (1985) négy kritériumot határoz meg a közösség szimbolikus konstrukciója során: a tér (a lokalitás, a geográfiai identitás) szerepét, a csoporttá válás azonos érdekeit, a tagok közötti társadalmi interakciókat és a társadalmi cselekvés szerepét. E négy kritérium mindegyike azonosítható abban a 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, olvasatunkban a „segítő közösség” - a „hiperreflektív” („elbeszélő-értelmező közösség”) - a „szimbolikus közösség” fogalmi triásza mellett érvelünk, azokat egyfajta lineárisan végbemenő folyamat stációiként értelmezve. Segítő közösségként tekintünk a rehabilitáción terében már adott, létező közösségre, hiszen annak szociális tőkéje, a tagok közötti kapcsolat, annak megtartó ereje olyan, kölcsönösségen és bizalommal 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, pseudo, szerhasználó közösségek tagjaként 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.



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.
- Közösségi visszajelzés. *„Tulajdonképpen az egész terápia nem szól másról, mint aki hozzánk bekerül, annak az önreflexiója, az önreflexiók 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.”*
- Az idősebb tagok, mint szerepmodellek megjelenése. *„Aztán ami szokott segíteni, amikor az idősebb terápiás 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.”*
- Kapcsolatok létrejötte, az egyéni változás indikátoraiként.
- Kollektív tanulási gyakorlatok csoport keretek között.
- Sajátos kultúra és nyelv: ünnepek, rituálék, hagyományok. *„A rituálékat folyamatosan csiszolgatjuk. Ha a változás felől nézzük, akkor mondjuk célszerű megenni, 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.”*
- 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 terápiás 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 terápiába, tehát számos ilyen dolog van, amiket tudunk behozni, kicsit változtatni. A tehetetlenség élmény, hát az elég gyakori segítőként, akkor gyorsan ezt most kipróbálok, de volt olyan, hogy használt, és mondtam a kollégámnak és ő is elkezdte használni, úgyhogy nagyjából így mennek dolgok, ez is szokott működni.”*
- Nyitott kommunikáció.
- A közösségi és az egyéni egyensúlya.

### 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>1</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 émikus etnográfusi attitűd tartalmazzák azt az elgondolást, mely szerint a megosztott történetek kapcsán felmerült eszméket, ideákat, elképzeléseket a másik által használt szókinész, 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 segítőjétől 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 szókinészemet, 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, olvasok, azért belefér, akkor szakemberekkel beszélgetek, de terápiásokkal sose. Törekszem arra, hogy minél egyszerűbben, érthetőbben tudjak elmondani dolgokat.”*

Az „értelmező közösség” fogalmának újragondolása, értelmezése tehát alapvetőnek tűnik 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 értelmezzük. 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.

---

<sup>1</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.

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.*” (normi segítő)

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 betegségmagyarázatokat, 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 - fényben 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 miérteket 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!*

*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 átlátni, kezelni, alkalmazni képes. Tehát mondjuk, van egy konfliktus helyzet két terápiás között, és akkor oké, elmennék 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 segítséget, 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.” (normi segítő)*

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>2</sup>

---

<sup>2</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.

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 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 nagyobbaknak. 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.” (függő segítő)*

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 alkalmazott 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. Olvasatunkban a vizsgált intézmény tehát a narratív megközelítést helyezi kezelési módszerének, interpretációs gyakorlatának fókuszába. *„Ott van aztán az is, amikor a múltjuddal 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 gyermekkori 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 visszanezzen. 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.” (normi segítő)*

### **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. *„Túláságosan 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. Mindenesre 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.” (függő segítő)*

Ricoeur (1992) szerint az azonosulás útján lehetséges ugyan képzeletbeli variációkba behelyezkednünk, 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 elvész 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 visszakérül a társadalomba. *„A félutasok azt szokták mondani, hogy felejtss 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?” (függő segítő)*

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 hétköznapjainkban 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 vezessek vissza, az aktuális, mozdulatokat, amik, nem biztos, hogy oda vezettem 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.” (függő segítő)

Itt említendő még Foucault „mássá lenni” elve. Ha az egyén ezt követi, identitása egyfolytában elszenvedti 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 önreflexiós 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 elkezd elemezni, és közben az a fájdalom, ami előkerült volna, az meg nincs, gyakorlatilag ez egy elhárító mechanizmus, az intellektualizálás. Mi ezt terápiás hártásnak 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.” (normi segítő)*

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 interszubjektivitásának 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 találkozáson, más kölcsönhatások, interperszonális kapcsolódások tapasztalatainak beépítése is szükséges. A rehabilitációs folyamat narratív identitást létrehozó gyakorlata azonban, - tapasztalataink 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. Bibeau (1997) és Kirmayer (2000:175) szerint "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. 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 strukturái, hanem "hatalmi strukturák" is (Turner, Bruner, 1986 o. 144). Ricoeur (2005) szintén hangsúlyozza az elbeszélések társadalmi sérülékenységét, kiszolgáltatottságát, rámutatva az ideológiák manipulatív természetére. 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 szimptomák 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 (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 nagyon 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.” (normi segítő)*

## 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 életút-narratíváját és elsajátítja az interperszonális kapcsolatokban nélkülözhetetlen „fordítási” technikákat, dialogikus és reflektív mintákat. A közösség terében funkcionálisan megjelenő „közös gond” archetípusos világának átélése, az azzal való megküzdés narratív mintázata azonosítható a józanodás szimbolikus, átmeneti terében. Az analízáló, 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 azonnalagra. 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 egyéneknél 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 feltáruló 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 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 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 hajlandóak a problémáról beszélni, 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.

A tanulmány megjelenését az OTKA K68619. sz. (Pszichoszociális változás és az átalakulás retorikája a tizenkét lépéses mozgalmakban) kutatási programja támogatta.

**Felhasznált irodalom:**

- Becze, Sz. (2010): Közösségtanulmány. Diszciplínák árnyékában. *AETAS* 25. évfolyam 2010/1. szám. 144-164.
- Bibeau, G. (1997): Cultural psychiatry in a creolizing world: Questions for a new research agenda. *Transcultural Psychiatry*, 34. 9-41.
- Broekaert, E., Kooyman, M., Ottenberg, D. J. (1998): The „new” drug-free therapeutic community. Challenging encounter of classic and open therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 15. No. 6. 595-597.
- Castel, Robert és mtsai. (1998): *Les sorties de la toxicomanie (Leavings from drug addiction)*, (Fribourg, Switzerland: Editions Universitaires)
- Cohen, A. P. (1985): *The Symbolic Construction of Community*. London.
- De Leon, G. (2000): *The therapeutic community. Theory, model and method*. New York, Springer Publishing Company.
- Giddens, A. (1990): *The Consequences of Modernity*. Polity Press, Cambridge
- 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.
- Lázár, I. (2008): Ricoeur és a spirituális határképzés. In: *Studia Caroliensia*. 2008. 2. sz. 67-73.
- Marcelli, M. (2006): *Michel Foucault, avagy mássá lenni*. Pozsony, Kalligram.
- Mattingly, C. (1994): The concept of therapeutic „emplotment”. *Social Science and Medicine*, 3
- Miles, M. (1970): *On Naming the Here-and-Now. Unpublished essay*. Columbia Univ. 8. 811-822.
- 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.
- 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.
- Sutyák, T. (2008): *A Freud-elv. A pszichoanalízis, mint lélekfilozófia*. Kalligram, Pozsony. 126. o.
- Tims, F. M., Leukefeld, C. G., Platt, J. J. (eds) (2001): *Relapse and recovery in addictions*. Newhaven, CT, and London: Yale University Press.
- Tóth, P. (2002): A „közösség”. Egy fogalom megalkotása, kiteljesedése, széthullása és felszámolása. In: *Közösség és identitás* (Szerk.: Pócs É.) L’Harmattan – PTE Néprajz Tanszék Budapest
- Turner, V. W., Bruner, E. M. (szerk.) (1986): *The anthropology of experience*. Chicago: University of Illinois Press.

## **A Portage-modell: egy integrált módszer a szenvedélybetegek gyógyításában**

*The Portage-model: an integrated approach for the treatment of addictions*

MOLNÁR DÁNIEL

### **Összefoglaló**

*A tanulmány a kanadai Portage-modell fontosabb ismérveit tekinti át. A terápiás közösségek modelljét alkalmazó szervezet az elmúlt évtizedekben számos célcsoport számára hozott létre kezelési programokat. A terápiás folyamat hét összetevőre épül: környezet, eszközök, kompetenciák, kezelési terv, fázisok, lépések és keretrendszer. Az összetevők bemutatása mellett a szerző ismerteti 2012. november 14. és 18. közötti Québec-i tanulmányútjának tapasztalatait.*

*Kulcsszavak: Portage, Kanada, terápiás közösség*

### **Abstract**

*In the current paper the author reviews the main features of the Canadian Portage-model. The organization, which applies the therapeutic community model, has introduced various treatment programs for a number of different target groups. The therapeutic program is based on seven different components: environment, tools, competencies, treatment plan, phases, steps and therapeutic framework. The author's reflective account of these components is based on his observation and experience in Portage from November 14 to 18, 2012.*

*Keywords: Portage, Canada, therapeutic community*

### **A Portage története**

A Portage (teljes nevén Portage Program for Drug Dependencies Inc.) intézményrendszere a súlyos drogfüggőség, a legártalmasabbnak tekintett drogok (heroin, kokain, alkohol) addiktív használóinak, illetve azok káros közösségi következményeinek kezelését tűzte ki célul. (Portage, 2007) A pozitív pszichológiát átgondoltan alkalmazó módszer középpontjában a terápiás közösség modellje áll. A Portage működésének komplexitása a kliensek kezelésében érhető tetten, amely a teljes életmód és életvezetés átfogó jobbítását célozza meg. A Portage fontos eleme

a drogproblémák kanadai kezelésmódjának, amelynek innovatív jellege más területeken is megmutatkozik.<sup>1</sup>

A Portage-t 1970-ben alapította Montrealban néhány helyi polgár, akiket aggasztott a városban tapasztalható drogproblémák növekvő súlya. Az első kezelési központ, amely felnőtteket fogadott, 1973-ban nyitotta meg kapuit a Québecben található Prévostban. A következő évek még a tartományon belüli expanzióról szóltak – 1975-ban Montrealban, 1983-ban Limoilouban nyílt intézmény – majd 1984-ben megkezdték működésüket az első külföldi központok Milánóban és Varese-ben. Fontos események történtek a '90-es években, amikor a földrajzi kiterjedés mellett a kezelési spektrum is jelentős mértékben szélesedett. 1991-ben nyílt meg az első, fiatalokat fogadó bentlakásos központ Prévostban, amelyet újabbak követtek 1999-ben (Saint-Damien-de-Buckland) és 2001-ben (Beaconsfield). 1995-ben szintén Prévostban indult el a mentális betegséggel küzdő szerhasználók számára kialakított program, amely 2000-tól Montrealban működik. 1996-ban kezdte meg a működését az anya-gyerek program, melynek bentlakásos intézménye 2007-ben nyílt meg. Napjainkban a Portage 14 intézményt tart fenn Kanadában, továbbá számos egyéb országban vesz részt terápiás közösségek működtetésében és/vagy fejlesztésében. (Howlett & Vamos, 2008; Peter Vamos, személyes közlés, 2012)

Noha a Portage nem működtet Magyarországon terápiás közösséget, a modell jól ismert a hazai szakemberek körében is. 2000 májusában került sor egy ötnapos képzésre Budapesten, amelynek során a Portage kanadai munkatársai ismertették a terápiás modell mibenlétét, illetve csoportos gyakorlatok keretében oktatták azt. A programot a korabeli Ifjúsági és Sportminisztérium helyettes államtitkára, Topolánszky Ákos szervezte. A képzésen az összes magyarországi bentlakásos drogterápiás intézményből vettek részt szakemberek (Victorné Erdős, é.n.). A Portage a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonnal, a Zsibriki Drogterápiás Otthonnal és a Válaszút Irodával alakított ki szorosabb együttműködést. Az intézmények munkatársai közül többen részt vettek a Portage-modell alaposabb megismerését célzó továbbképzéseken, amelyekre részben Kanadában került sor. (Victorné Erdős, é. n.) Az említett magyarországi szervezetekkel együttműködve, azok jó gyakorlatait felhasználva indította el a Bonus Pastor Alapítvány 2005 áprilisában az erdélyi Magyarózdton működő Terápiás Otthonát, amely 18-45 év közötti férfiak számára működtet hosszabb időtartamú (kilenc hónapos), bentlakásos terápiás programot. (Molnár, 2008).

---

<sup>1</sup> Észak-Amerikában először Kanadában indult tücsereprogram, a Cactus Montréal 1989-ben kezdte meg ezirányú tevékenységét. Az ártalomcsökkentés fontos eleme a kanadai drogpolitikának, bár Stephen Harper 2006 óta hatalmon lévő kormánya érezhetően csökkentette a terület súlyát. (Geddes, 2012) Míg a korábbi *drogstratégiában* önálló pilléreként jelent meg az ártalomcsökkentés (Collin, 2006), a 2007-ben bevezetett *drogellenes stratégia* (<http://www.nationalantidrugstrategy.gc.ca>) már csak a prevenció, a kezelés és a büntető igazságszolgáltatás (enforcement) területére alakított ki cselekvési tervet.

## A terápiás közösség

Tekintettel arra, hogy a Portage a terápiás közösségek (therapeutic communities, a továbbiakban: TC-k) modelljét alkalmazza, érdemes áttekintenünk a megközelítés főbb ismérveit.

A szenvedélybetegségek kezelésére szakosodott, a problémakör befolyásolására kidolgozott korábbi megközelítések hatékonysága nem volt kielégítő: akár a kriminalizáló, akár a medikalizáló szemléletet vesszük górcső alá, egyszerűen beazonosíthatjuk azok korlátait: nem reflektálnak az addikció jelenségének komplexitására, a szükségesnél kisebb hangsúlyt adnak a kapcsolati, fejlődési, morális és spirituális összetevőknek. A kérdéskör kezelésére adott alternatív közösségi válaszok közül az Alcoholics Anonymous (Anonim Alkoholisták, a továbbiakban: AA) bizonyult a legsikeresebbnek. A felépülési program alapját képező Tizenkét Lépést 1938-ban tette közzé a Bill W. néven ismert William G. Wilson. Az AA filozófiájára épülő első bentlakásos rehabilitációs intézmény 1949-ben nyílt meg a Minnesota államban található Hazeldenben. Az absztinenciaközpontú, multiprofessionális stábbal dolgozó, csoportmunkára építő megközelítésmód később Minnesota-modell néven terjedt el világszerte. (Owen, 2000) Az első terápiás közösség a hatvanas évek elején alakult ki a Synanonban, majd a mozgalom az ebből kisarjadó szervezeteken (Daytop, Phoenix House) keresztül bontakozott ki és terjedt el Észak-Amerikában és Európában. (Kelemen & B. Erdős, 2004)

A Terápiás Közösségek Európai Szövetsége (EFTC) a következőképpen definiálja a terápiás közösség fogalmát: „A terápiás közösség egy olyan drogmentes környezet, amelyen belül a szenvedélybetegségekkel (vagy más problémákkal) 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 egy kicsinyített társadalmat formál meg, melyben 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 növekedésért, és aki egy értelemmel felruházott és felelős élet kialakítására törekszik, védelmezve a társadalom jóllétét. A program önkéntes, amelyben a lakót nem lehet akarata ellenére kényszerrel a programban tartani.” (Broekaert, Kooyman és Ottenberg, 1998, idézi Topolánszky, 2009: 387-388.)

A TC-k eredeti megközelítésében az addikciós problémákkal küzdő egyén *egészségét* kezelik a sorstárs-közösség erőforrásainak bevonásával. Később a megcélzott problémák köre jelentős mértékben kiszélesedett. Csak néhány jelentősebb célterületet kiemelve: mentális zavarok, betegségek, családi élet, oktatás-nevelés. Ezzel párhuzamosan megnőtt a professzionális munkatársak szerepe is, a felépülő segítők mellett egyre szélesebb körből kerültek ki az adott területhez szükséges szaktudással rendelkező szakemberek. A sokféle környezetben, különböző klienscsoportok számára kialakított terápiás közösségek nagyfokú változatosságot mutatnak mind a terápiás programok időtartamában (a hagyományos, 12-18 hónapos időtartamúak mellett többéves és néhány hónapos programok is működnek), mind az

alkalmazott protokollok összetételében.<sup>2</sup> Egyfelől ez a jellegzetesség, másfelől a TC-k sajátos, a közösség kísérletező-tapasztalati tudására építő, kevésbé formalizált eljárás módjai megnehezítik a modell általánosságban történő értékelését (De Leon, 2000).

### **A terápiás modell főbb összetevői**

A Portage-ban elkezdett rehabilitációs program egyúttal a terápiás közösség tagjává is avatja a klienseket. Ebben a pozícióban olyan emberekkel osztják meg mindennapjaikat, akik hasonló szerhasználati problémákkal küzdenek, egyúttal elkötelezettek egymás segítése iránt.

A Portage terápiás programjainak meghatározó összetevőit az alábbiak szerint lehet összefoglalni (The Portage Therapeutic Community, é. n.):

1. **Környezet:** A kölcsönös segítség és a társas támogatás által jellemzett környezetben a terápiás közösség arra ösztönzi tagjait, hogy a nehézségekkel való szembenézés érdekében fejlesszék erősségeiket. A közösség tagjai a keretrendszer biztosításával és a változás bátorításával támogatják a társadalmi reintegráció folyamatát, amely egy pozitív, drogmentes életstílus eléréséhez vezet. A TC-ben végbemenő változás meghatározó tényezője az egyéni erőfeszítések és a közösség támogatásának társulása. A tagok számára ez teszi lehetővé a saját életük feletti kontroll érzésének visszanyerését.
2. **Eszközök:** A TC terápiás tevékenységeken keresztül segít azonosítani a szerhasználati problémák forrásait. A Portage számos, bizonyítottan hatékony eszközt biztosít a tagok számára, egyúttal bátorítja őket azok használatára felépülési programjukban. Ezek segítik az önbizalom növelését, illetve azt, hogy valós percepció alakuljon ki a szerhasználókban saját magukkal és másokkal kapcsolatban.  
Az eszközök megismerése csoportos képzések és közösségi tevékenységek során történik meg. A Portage környezetében biztosított kísérletező tanulással együtt ezek az eszközök kiemelkedő hatékonyságot eredményeznek.
3. **Kompetenciák:** A felépülési folyamat előrehaladtával a tagok egyre több kompetenciára és viselkedési stratégiára tesznek szert, amelyek segítik a problémákkal való megküzdést és a kitűzött célok elérését. A program során 21 kompetencia kerül meghatározásra, amelyek megszerzéséért minden nap dolgozni kell: szervezettség és szabálykövetés, következetesség, megbízhatóság, aktív részvétel a felépülésben, strukturált tevékenységek tervezésének képessége, strukturált tevékenységek vezetésének képessége,

---

<sup>2</sup> Csak egyetlen konkrét példát említve: Új-Mexikó államban, ahol a börtönpopuláció jelentős része drogokkal kapcsolatos bűncselekmények miatt tölti szabadságvesztését, minden büntetés-végrehajtási intézményben működik TC. Az egyik intézményben kizárólag indiánokat tartanak fogva, annak érdekében, hogy az eltérő normarendszerek ne generáljanak konfliktusokat, egyúttal lehetővé téve a törzsi hagyományok integrálását a terápiás és reintegrációs folyamatba. (Charles A. King, személyes közlés, Santa Fe, NM, 2011. szeptember 30.; Saleem, 2012)

- tudásátadás, kezdeményezőkézség, megfelelő önkifejezés, mások bátorítása, (hatóságok és/vagy társak általi) irányítás elfogadása, csapatmunka, hatékony kommunikáció, társadalmi integráció, objektivitás, empátia, döntéshozatal, problémamegoldó készség, segítségkérés képessége, konfliktuskezelés, öntudat.
4. A kezelési terv (Plan of Care): A felépülési folyamat prioritásainak meghatározását segítő eszköz. Egyebek mellett olyan témakörökkel foglalkozik, mint a szerhasználat, testi és lelki egészség, személyes fejlődés, szociális és szülői készségek, interperszonális és családi kapcsolatok, társadalmi reintegráció. A kezelési tervet az érintett személy az esetükkel foglalkozó segítővel közösen alakítják ki a program kezdetekor. A tervet rendszeresen felül kell vizsgálni, újragondolva a kitűzött célokat.
  5. Fázisok: A program három különböző fázisra osztható:
    - Értékelési-állapotfelmérési fázis (felvétel);
    - A bentlakásos kezelés fázisa (amely bizonyos esetekben nem a terápiás intézményben történik);
    - A társadalmi reintegráció és az utógondozás fázisa.
  6. Lépések: A Portage hat lépést nevesít: öt a bentlakásos, egy a reintegrációs fázishoz kapcsolódik. Az egyes lépések során a felépülő más és más csoportokhoz tartoznak, és különböző célokat kell elérniük. Az első három lépés a felépülő személyéhez kapcsolódó összetevőkre fókuszál. Elsajátítják a terápiához szükséges kompetenciákat, illetve azonosítják azokat a tényezőket, amelyek a drogfüggőség kialakulásához vezettek. A középpontban a személyközi kapcsolatok, az öntudat, a bizalom és a méltóság fejlesztése áll. A negyedik lépéssel elkezdődik az egyre növekvő mértékű felelősségvállalás, ami a program végéig tart, fokozatosan mentorrá alakítva a felépülőket. Az ellátandó feladatok olyan elemekkel bővülnek, mint a kimenetek szervezése, a biztonság fenntartása és a közösségszervezés. (Howlett & Vamos, 2009) A továbblépéshez - a célok elérésén túl – minden esetben szükség van a társak és az esettel foglalkozó segítő jóváhagyására is.
  7. Keretrendszer: A Portage-ban minden egyes nap jelentős mértékben strukturált, ezáltal biztosítva a TC összes tagjának aktív részvételét a felépülési folyamatban. A klinikai program és a közösség ügyeinek menedzselését jelentős mértékben hierarchizált szervezeti felépítés segíti. A közösség életét és a napi tevékenységeket a TC felépülő tagjai koordinálják, akiknek a munkáját professzionális segítők felügyelik.

### **Finanszírozás és minőségbiztosítás**

A Portage széles körben határozza meg célcsoportjait: szerhasználati problémákkal küzdő felnőttek, fiatalok, várandós és kisgyermekes anyák, öslakosok, mentális betegek és az igazságszolgáltatás által kezelésbe küldött személyek számára egyaránt kínálnak terápiás megoldásokat. A komplex és nemzetközi szinten is jelentős méretű intézményrendszer kialakításában meghatározó szerepe volt a terápiás alapelvek következetes képviselésének, de érdemes kiemelni a működtetés két további tényezőjét: a finanszírozást és a minőségbiztosítást.



Az intézményrendszer működésének anyagi háttérét jelentős részben cégek és magánszemélyek adományszerű befizetései biztosítják. A Portage Foundation 1973-as alapítása óta az ilyen támogatások összege meghaladta a 45 millió kanadai dollárt (CAD) (Freedom from Addiction, é.n.). 2012-ben 1,3 millió CAD érkezett az alapítványtól az szolgáltatásokat fenntartó intézményekhez. További 1,2 millió CAD támogatást nyújtott a Lucie & André Chagnon Foundation, és 37 olyan szervezet volt, amely 25 ezer CAD-nál nagyobb összegű támogatást nyújtott. (Howlett & Vamos, 2012) Fontos megemlíteni, hogy a kanadai adórendszer ösztönzi a regisztrált jótékonyági szervezetek (Registered Charities) támogatását.<sup>3</sup>A Portage éves jelentéseiben teszi közzé a támogatás összegétől függően hat kategóriába sorolt támogatók listáját, amelyen olyan illusztris cégek is megtalálhatók, mint például a Microsoft, a Bell és a Cirque de Soleil. Az adakozást a Portage célirányos adománygyűjtő, forrásszerző akciókkal segíti elő, a jótékonyági vacsorák és az évente megrendezésre kerülő golfverseny alkalmanként akár többszáz ezer dollárnyi támogatást is eredményezhet. (Howlett & Vamos, 2009)

A minőségbiztosítás kiemelten fontos szerepet játszik a Portage-ban. Az ellenőrizhetően következetes működésmód alapja az a többszáz oldalas, *Policy and Procedures* című dokumentum, amely a legapróbb részletekig szabályozza a terápiás folyamatot. A programba jelentkezőket már a felvételt megelőzően tájékoztatják jogaikról és a legfontosabb szabályokról, illetve azt is egyértelműsítik a munkatársak, hogy milyen lehetőségek vannak a panasztételre. A problémákat egy olyan munkatársnak lehet jelezni, aki kifejezetten a minőségbiztosítási és panaszos ügyek kivizsgálásával foglalkozik. (Local Service Quality and Complaints Commissioner). A panaszok tudomásulvétele maximum 72 órán belül, kivizsgálása pedig maximum 45 napon belül megtörténik. Amennyiben a panaszos nem fogadja el a vizsgálat eredményeit, a tartományi ombudsmanhoz (Protecteur du citoyen) fordulhat. (Service Quality, é.n.)

### **Személyes benyomások**

A tanulmány szerzője 2012 novemberében tett látogatást a Portage montreali központjában, illetve az annak közelében működő terápiás közösségekben. A Québecben töltött négy napot intenzív szakmai programok töltötték ki, köszönhetően az intézményrendszer ügyvezető igazgatója, a magyar származású Peter Vamos figyelmes és rendkívül szívélyes vendéglátásának.

A *Thinking across Addictions* című szimpóziumon alkalom volt bemutatni a PTE BTK Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék addiktológiai kutatócsoportja vonatkozó kutatási eredményeit (Erdős et al, 2011). A rendezvényre 2012. november 15-én került sor a fiatalok számára létrehozott Residential Centre for Adolescents nevű intézményben, ami a Montrealhoz közeli Beaconsfieldben található. A Portage munkatársainak részvételével zajló rendezvényen lehetőség nyílt ismertetni kutatásunk folyamatát, a reflektivitás témaköréhez kapcsolódó eredményeinket, továbbá izgalmas párbeszédre került sor az

---

<sup>3</sup> A kapcsolódó szabályokról a Canada Revenue Agency honlapján olvasható részletes tájékoztatás. <http://www.cra-arc.gc.ca/menu-eng.html>

eredmények alkalmazhatóságáról, illetve azok kapcsolódásáról a Portage jó gyakorlataihoz.

A tanulmányút során sikerült személyes benyomásokat szerezni a Portage által fenntartott, Magyarországon nem működő intézménytípusokról. A Montrealban működő központon kívül további négy egységbe sikerült eljutnom:

1. A Prévostban működő rehabilitációs központ a Portage első bentlakásos intézményeként kezdte meg a működését 1973-ban. A fiatalokat és felnőtteket egyaránt fogadó intézményben jelenleg közel száz józanodó vesz részt a terápiás programban. A bekerülés önkéntes alapon történik, a bentlakásos program időtartama egyénfüggő, de ritkán tart hat hónapnál tovább. A gyönyörű természeti környezetben, az Écho tó mellett, hatalmas területen<sup>4</sup> működő intézményben az angol és a francia egyaránt „hivatalos” nyelv. A kétnyelvűség áthatja a TC működését, a stábülésein gyakran mondatról-mondatra váltogatják a nyelvet a résztvevők.
2. A már említett, fiatalok számára kialakított terápiás közösség 2001 óta működik Beaconsfieldben. A Portage többi, azonos profilú intézményéhez hasonlóan itt is biztosítja az iskolai tanulmányok folytatásának lehetőségét. Ebben az esetben a Lester B. Pearson tankerületi iskolaszékhely alakítottak ki együttműködést, amely a közösség tagjainak sajátos szükségleteit is figyelembe vevő oktatási programot valósít meg a terápiás intézmény területén. Az intézménybe kerülők már a felvétel során megismerik a TC működésének egyik alapszabályát: „No sex, no drugs, no violence.” A droghasználat és az erőszak tiltása egyértelműnek tűnik, azonban felmerülhet a kérdés, hogy a (partnerrel történő) szexualitás miért tiltott. Erre azért van szükség, mert a szexuális, illetve szerelmi kapcsolatok kialakulása esetén a pár tagjai jobban a koncentrálnának egymásra, mint a közösségre. Emiatt amennyiben felmerül a párkapcsolat gyanúja, a közösség azonnal reagál, és elválasztja a résztvevőket. Adódik a kérdés, hogy középiskolás korosztályú felépülők esetében nem lenne-e célravezetőbb nem koedukált TC-t működtetni. A Portage esetében ez a döntés, tudniillik koedukált közösség fenntartása a közösségen kívüli majdani helytállást célozza meg, a nemi szocializációhoz kapcsolódó pszichoszociális fejlődés és tapasztalatszerzés fontosságát hangsúlyozva.
3. A szenvedélybeteg anyák és gyermekeik számára fenntartott intézmény (Mother and Child Program) pontos címe nem publikus, mivel a programba kerülők gyakran az erőszak fenyegettségének vannak kitéve korábbi partnereik részéről. Az épületet az intézmény többes profiljához tökéletesen illeszkedő belsőépítészeti megoldások jellemzik. A felső szint kialakítása a csecsemők és kisgyermekek szükségleteihez alkalmazkodik, több különböző helyiséggel a különböző életkorú kicsik számára. A szakirányú végzettséggel rendelkező stábtagok napközben bölcsődei és óvodai ellátást biztosítanak. Eközben az anyák terápiás foglalkozásokon vesznek részt, ideértve a közösség működését biztosító munkafolyamatok (pl. főzés, takarítás) ellátását is. Az anyák az estét és az éjszakát töltik együtt, az épület

---

<sup>4</sup> A magyar olvasók számára érdekes tény lehet, hogy az intézmény területén lévő juharfákból évente közel 60 liter juharszirupot állítanak elő.

alsó szintjén kialakított lakótérben, ami a részleges szeparálódást is lehetővé teszi. Az intézmény jelenleg 25 anyát és 0-6 éves korú gyermekeit képes fogadni. (Freedom from Addiction – MaCP, é.n.) Az intézmény egyik munkatársa elmondta, hogy noha több különböző színterén megfordult a szenvedélybeteg-ellátásnak, a programban résztvevő anyák segítségével nagyobb szakmai kihívással még nem találkozott. Sok kliens számára csak a felépülési folyamat során válik egyértelművé, hogy addikt magatartásmódjuk következtében milyen – adott esetben helyrehozhatatlan – károkat okoztak gyermekeinek. A felismerést gyakran elzárkózás követi, amelynek feloldása nemcsak a segítők, hanem az egész TC számára jelentős feladat.

4. A mentális betegséggel küzdő kliensek számára kifejlesztett egységet (Mentally Ill Chemical Abusers Centre [MICA]) 1995-ben hozták létre. Az intézményben olyan TC működik, amelyet a célcsoport sajátos szükségleteihez igazítva alakítottak ki. A program bentlakásos fázisa átlagosan 10-12 hónapig tart, amelyben kiemelt szerepet kapnak a közösségi tevékenységek, a pszichoedukációs csoportmunka és a rekreációs tevékenységek. Célként fogalmazzák meg a korábban említett 21 kompetencia kialakítását. A következő fázisban 6-24 hónapon keresztül félutasházban (supervised apartments) élnek a kliensek. Ebben az időszakban heti rendszerességgel kell csoportfoglalkozásokon és közösségi étkezéseken részt venniük, ami egyéni konzultációval és a társadalmi (re)integrációt elősegítő tevékenységekkel (pl. önkéntes vagy fizetett munka, iskolába járás) egészül ki. A program utolsó része, az utánkövetés gyakorlatilag nincs időben lehatárolva. Az indulás óta közel 700 személy került be a MICA terápiás közösségébe. (Freedom from Addiction – MICA, é.n.)

Noha a felkeresett intézmények eltérő célcsoportok számára lettek kialakítva, mindegyikre egyaránt jellemző a fejlett infrastruktúra, az igényes épített környezet, illetve a munkatársakból sugárzó derűs optimizmus.

A szerző köszönetét fejezi a felkeresett terápiás közösségek tagjainak, akik nyitottan és barátságosan engedtek betekintést felépülésük folyamatába. Külön köszönet illeti Peter Vamost és Vonrick Hoyte-Carmicheal terápiás munkatársat, akiknek szívélyes vendéglátása életre szóló élménnyé tette a látogatást.

A tanulmány megjelenését az OTKA K68619. sz. (Pszichoszociális változás és az átalakulás retorikája a tizenkét lépéses mozgalmakban) kutatási programja támogatta.

**Irodalom:**

- Collin, Chantal (2006). *Substance Abuse Issues and Public Policy in Canada: I. Canada's Federal Drug Strategy*. Ottawa: The Library of Parliament
- De Leon, George (2000). *The Therapeutic Community. Theory, Model, and Method*. New York, NY: Springer Publishing Company
- Erdos, M., B., Kelemen, G., Csurke, J. & Borst, J. (szerk.) (2011). *Reflective Recovery*. Budapest: Oriold
- Freedom from Addiction*. (é.n.). Tájékoztató kiadvány. Montreal: Portage
- Freedom from Addiction – Mentally Ill Chemical Abusers Program*. (é.n.). Tájékoztató kiadvány. Montreal: Portage
- Freedom from Addiction. – Mother and Child Program*. (é.n.). Tájékoztató kiadvány. Montreal: Portage
- Geddes, John (2012). Harper's anti-drug strategy gets a little less compassionate. *Maclean's* 2012. július 25. <http://www2.macleans.ca/2012/07/25/drug-money/#more-275304> Letöltve: 2012. november 28.
- Howlett, Peter A. & Vamos, Peter (2008). *Annual Report 2007/08*. Montreal: Portage
- Howlett, Peter A. & Vamos, Peter (2009). *Annual Report 2008-2009*. Montreal: Portage
- Howlett, Peter A. & Vamos, Peter (2012). *REdiscover Your Potential. Annual Report 2011-2012*. Montreal: Portage
- Kelemen Gábor, B. Erdős Márta. (2004). *Craving for Sobriety. A Unique Therapeutic Community in Hungary*. Pécs: The Faculty of Humanities University of Pécs & The Leo Amici 2002 Foundation
- Molnár Dániel (2008). *Szenvedélybeteg-ellátás Kolozs megyében. A szociális munkás-képzés új kihívásai a 21. században – Tempus/Leonardo Programzáró Konferencia*, Pécs: PTE BTK, 2008. április 29.
- Owen, Patricia (2000). Minnesota Model: Description of Counseling Approach. In: *Approaches to Drug Abuse Counseling*. (2000). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse 117-120.
- Portage at a Glance*. (2007). Montreal: Portage Program for Drug Dependencies Inc.
- Saleem, Jennifer (2012). Native American Spirituality In The United States Prison System. *Multicultural Familia*. <http://www.multiculturalfamilia.com/2012/03/06/native-american-spirituality-in-the-united-states-prison-system-part-2-legal-restrictions-on-spirituality/> Letöltve: 2012. november 28.
- Service Quality: A Portage Priority*. (é.n.) Tájékoztató kiadvány. Montreal: Portage
- The Portage Therapeutic Community*. (é.n.). <http://www.portage.ca/therapeutic-community-substance-abuse> Letöltve: 2012. november 11.

- Topolánszky Ákos (2009). A terápiás közösségek új generációi. In: Demetrovics Zsolt (szerk.) (2009). *Az addiktológia alapjai III.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Victor István (2005). *A Portage program bevezetésének mentálhigiénés szempontú tapasztalatai.* Szakdolgozat. SE TSK Mentálhigiéné Tanszék
- Victorné Erdős Eszter (é.n.). A kanadai Portage modell adaptálásának és tanításának tapasztalatai.  
[http://www.drogterapia.hu/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&download=25:victorne-erdos-eszter-a-kanadai-portage-modell-adaptalasanak-es-tanitanak-tapasztalatai&id=1:munkatarsaink-tollabol&Itemid=5](http://www.drogterapia.hu/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=25:victorne-erdos-eszter-a-kanadai-portage-modell-adaptalasanak-es-tanitanak-tapasztalatai&id=1:munkatarsaink-tollabol&Itemid=5) Letöltve: 2012. szeptember 19.