

Pécsi Tudományegyetem
Bölcsészettudományi Kar
Demográfia és Szociológia Doktori Iskola
Addiktológia és Egészségmagatartás Doktori Program

**Az alkoholizmuskezelés amerikai egyesült
államokbeli modelljei a változó társadalmi-
történeti kontextusok tükrében**
Doktori értekezés tézisei

Témavezető:
Prof. Dr. Kelemen Gábor
Dr. habil. B. Erdős Márta PhD

Készítette:
Márk Andrea Mónika

Pécs, 2017

Tartalom

1. Az értekezés felépítése
2. Kutatói kérdések
3. Kutatásmódszertan
4. Kutatási eredmények
5. A téziszüzetben felhasznált források
6. Az értekezés témaköréhez kapcsolódó közlemények

1. Az értekezés felépítése

Az értekezés 11 fő fejezetre bontva tárgyalja a címben megjelölt témát:

1. Bevezetés: a dolgozat célja, tartalma, kutatói kérdések, az elemzéshez felhasznált források, a módszer és a kutatás korlátai
2. A problémás ivás és a társadalmi problémák szociológiája
3. A józansági mozgalom mint morális modell
4. A medicinális modell
5. Az Alcoholics Anonymous
6. Az alkoholfogyasztási szokások alakulása a szociokulturális változások tükrében
7. A medicinális modell térnyerése
8. Az alkoholizmus betegségmodelljének nemzetköziesedése
9. Az alkohol- és drogszabályozás alternatív vágányai
10. Az alkoholproblémák társadalmi kontrollja
11. Összegzés és kutatási eredmények

2. Kutatói kérdések

1. Mi a magyarázata, hogy a modernitás az alkoholizmus betegségmodelljének értelmezését részesíti előnyben az egyéb meghatározásokhoz képest? Mivel magyarázható, hogy a modern társadalom főként a kontrollvesztő ivással szemben vált intoleránssá?
2. Hogyan járult hozzá a klasszikus betegségmodell (a jellinekai betegségkoncepció) az alkoholizmus hagyományos, morális megközelítésétől való elmozduláshoz és az alkohol- és egyéb addiktológia/viselkedési problémák kezelésének kiszélesítéséhez?
3. Miképpen vált az intoxikáció feletti kontrollgyakorlás a társadalmi kontroll egyik eszközévé?
4. Mi módon alakult a problémás szerfogyasztás legjellegzetesebb ismérveinek tekinthető kontrollvesztés és sóvárgás koncepciója?
5. Milyen történelmi, társadalmi és politikai folyamatok vitték két vágányra az alkohol- és droproblémát, s hogyan integrálhatóak a különféle megoldási kísérletek?

3. Kutatásmódszertan

Az értekezés Levin, Johnson, Room, Roizen, Bruun, Jellinek és további szerzők alkohológia tárgyú munkáiban fellelhető adatok és értelmezések kritikai *másodelemzése*, az alkoholizmuskezelés egyesült államokbeli modelljeinek vizsgálata a társadalmi problémák szociológiájának elméleti keretében. Az alkoholkezelési modellek számos jellemző mentén változhatnak attól függően, hogy azt az individuumba vagy valamilyen kollektív entitásra vezetjük vissza, de egy modellen belül is számos variáció létezhet, amelyek különféle társadalmi válaszokban realizálódhatnak. (Room 1978) Az alkoholizmust magyarázó modellek esetében mindazonáltal két markáns változás azonosítható. Az első az alkoholizmus morális modelljétől a bajt orvosi keretben értelmező modell felé történő elmozdulás. A második jelentős váltás pedig a betegségmodell újradefiniálása az alkoholfogyasztást a teljes populáció szintjén kezelő tágabb epidemiológia keretben.

4. Kutatási eredmények

1. *Mi a magyarázata, hogy a modernitás az alkoholizmus betegségmodelljének értelmezését részesíti előnyben egyéb meghatározásokhoz képest? Mivel magyarázható hogy a modern társadalom a kontrollvesztő ivással szemben vált intoleránssá?*

Arra a kérdésre, hogy a modern társadalom miért éppen a kontrollvesztő ivással szemben vált intoleránssá, *H. Levine adott elsőként átfogó magyarázatot.* A kontrollvesztés az önrányított, egyedi létet életstílussá tévő modernitás korában a problémás szerfogyasztásnak is legjellegzetesebb ismervévé vált. (Levine 1978) A kontrollvesztő ivás társadalmi, kulturális és gazdasági okokkal számoló szociológiai perspektívája mellett megjelenő *alternatív magyarázat biológiai okokra* vezeti vissza a jelenséget (a biológiai tényezőkre való hivatkozás a darwinizmus megjelenésétől kezdődően vált egyre népszerűbbé). Az *alkoholizmus betegségmodelljének* feltalálásához tehát léteztek már előzetes példaadó minták. E modell bevezetésével elsőként az Alcoholics Anonymous tagjai próbálkoztak, amely elgondolást később szakemberek egy csoportja is felkarolt. Annak az elképzelésnek a

keletkezése, miszerint az alkoholt fogyasztó népesség egy bizonyos hányada nem képes az alkohol helyes használatára, s ez a csoport professzionális beavatkozást igényel, a huszadik század közepére tehető. Amikor E. M. Jellinek 1938-ban belépett az alkoholológia területére, célja az volt, hogy lefedtesse *a tudományos diskurzus sztenderdjeit*. Az 1941-ben megalkotott *nozológiája* (betegségtan) ugyan nem tükrözte pontosan az alkoholproblémák összességét, de megfelelt a korabeli tudományos elvárásoknak. Jellinek nevéhez kötődik a *tudományos igényű kutatások bevezetése az addiktológia területén*. Jellinek felismerte és számszerűsítette, hogy *egy mentális kondíció (kontrollvesztés) a népesség szintjén kapcsolatba hozható egy szervi patológiával* (azoknak az esetében, akik májcirrózisban halnak meg). Noha a Jellinek-formula, amelyet az alkoholisták számának becslésére alkotott, érvényességét tekintve problematikus, keletkezésének pillanatában hozzájárult az alkoholológia tudományos rangra emelkedéséhez. Habár a kontrollvesztő alkoholizmus szociológiai interpretációja (a kultúra, társadalom és gazdaság szerepe, modelltanulás, stb.) nagyobb magyarázó erővel bír, mint a biológiai magyarázatok, az excesszív ivás keltette büntudat és stigma oldásában, valamint az alkoholisták társadalmi integrációjában inkább segíthet a korábban már más területeken is hatékonynak bizonyuló *medikalizáció*.

2. *Hogyan járult hozzá a klasszikus betegségmodell (a jellineki betegségkoncepció) az alkoholizmus hagyományos, morális megközelítésétől való elmozduláshoz és az alkoholproblémák kezelésének kiszélesítéséhez?*

Miközben Jellinek többször megkísérelte felmutatni az alkoholaddikció univerzális természetét, *a problémás alkoholhasználat rendszerezésével egyúttal azt is demonstrálta, hogy az alkoholfogyasztásnak nem létezik egységes mintázata.* (Kelemen, Márk 2016) A definiálás sikertelenségét követően Jellinek figyelme az alkoholista személyről *az ivás epidemiológiai metszetére*, a májcirrózis halálozások vizsgálatára helyeződött. Ez a hangsúly eltolódás egyúttal a szociológia alkoholproblémákkal kapcsolatos érdeklődésének is nagyobb teret engedett. Miközben Jellinek a kontrollvesztő alkoholizmust elkülönítette az alkoholizmus egyéb formáitól, egyben az alkoholkezelés jövőbeli, ártalomcsökkentésre irányuló vonulatát is kijelölte. Miközben visszanyúlt a kontrollvesztő alkoholizmus 19. században felmerülő betegségkoncepciójához, addig epidemiológiai vizsgálataival a jövő felé mutatott, megelőlegezve a 20. század *ártalomcsökkentő-, megelőzési paradigmáit*, valamint az

egészséges társadalom pozitív modelljének irányzatát és kutatásait. (Valverde 1998) Jellinek programja ekképpen összegezhető, megmutatni *a medicínalis és a pszichoszociális megközelítés metszéspontjait* (s egyúttal bevezetni az alkoholizmus betegségkoncepcióját). Felismerte az Alcoholics Anonymous *társadalmi innovációjának jelentőségét*, szorosan együttműködött felépülő alkoholistákkal, ő maga alkotta a pszichiátriai nozológia és a felépülési mozgalom közötti „hiányzó láncszemet” (*a transzdiszciplináris együttműködés prototípusa*). (Kelemen, Márk 2016) A morális és spirituális modell gyógyító-medicínalis vonatkozásaira ugyanakkor jóval kevesebb figyelem irányul, mert egyszerűen pre-objektívnek bélyegzik azt. (Hamraie 2015)

3. Miképpen vált az intoxikáció feletti kontrollgyakorlás a társadalmi kontroll egyik eszközévé?

A józansági mozgalmak a krónikus ivást az egész közösséget érintő morális kérdésként fogták fel, amely azután az alkoholizmus mint betegség felfogásban az egyén patológiájává alakult. A civilizált és primitív viselkedésmód közötti különbségtétel helyét a normál és patológiás magatartások kategóriái veszik át. (Alasuutari 1990)

Lényegében bármi patológiásnak nyilvánítható, a diagnózis

alapja nem orvosi faktorok, hanem szociális és kulturális értelemben relatív kritériumok. A medikalizáció következtében felértékelődött *egészséges élet vagy normalitás egyfajta habitusformáló trendként* fogható fel, növelve az individuum hajlandóságát, hogy kerülje az egészségtelen és ártalmas szokásokat. A szabályozás és kontroll nem a szabadság ellenpontjaiként értelmezhetők. Nem a szabadság ellenében, hanem azon *keresztül* igyekeznek az embereket kormányozni. (Rose&mtsai 2006) Az új józansági mozgalom, az egészséges életvezetés „természetes” vágyát támogatja az egyénben (egészségfetisizmus), míg az egészségtelen élvezetek hajszolását valamilyen rendellenességre vezeti vissza. Másképpen fogalmazva, az alkoholizmus a társadalmilag nem elfogadható ivási szokások számbavétele és újszerű interpretációja. (Alasuuntari 1991)

4. Mi módon alakult a problémás szerfogyasztás jellegzetes ismérveinek tekinthető kontrollvesztés és sóvárgás koncepciója?

A modernitás korában eszménnyé váló önirányított és független individuum létrejöttével a problémás szerhasználat jellemzőjévé a kontrollvesztés vált. Jelleme a 19. századi kontrollvesztéssel kapcsolatos tipikusan modern elképzelését

nem egyszerűen csak megörökölte, hanem azt kreatív módon illesztette az alkoholizmus témájához. Az „új” betegségmodell (Jellinek) és a „rég” betegségmodell (Rush 1784 és Trotter 1804) között az *összekötő kapocs az addikció maga*, továbbá a betegség lényegét megragadó *kontrollvesztés és sóvárgás koncepciói*. Jellinek az Alcoholics Anonymous tételét („elvesztettük uralmunkat az alkohol felett, életünk irányíthatatlanná vált”) *tudományos nézetté változtatta*: a kontrollvesztés az alkoholizmus tünetévé vált. A sóvárgás az alkoholizmus medicinális modellje speciális összefüggésrendszerében kap hangsúlyt, mint az alkoholabúzus következményeként fellépő megvonási szindróma egyik jellegzetessége és a kényszerest ivást jellemző szubjektív tényező. Az alkoholista medikalizált identitás-konstrukcióját mindazonáltal időről időre szétzilálja a viselkedés (habit) közvetítő kategóriája. Az *érzelmek, élmények* témakörében felmerül a sóvárgás (*intenzív vágyódás*) kérdése. Számos kutató véli úgy, hogy az addikciók elsősorban a *kapcsolati- és érzelmi problémák* mentén ragadhatók meg. (B. Erdős, Kelemen 2009) Az 1950-es években WHO Alkoholizmus Albizottsága úgy határozott, hogy *az alkoholizmus a viselkedés és az addikció melanzsaként valahol a morális eltévelyedés és a betegség közötti szürke zónában helyezhető el*. A definíció jól mutatja,

hogy még a medikalizációs projekt csúcspontján sem volt egyszerű az ivás feletti kontroll elvesztését egyértelműen betegségnek minősíteni. A *sóvárgás*, a *kontrollvesztés*, a *megvonási tünetek* az alkoholkezelés szakzsargonjának kifejezései ugyanakkor a medicina számára jól hasznosítható koncepcióknak bizonyultak. *Jellinek az alkoholaddikció általa bevezetett e bináris modelljének, az excesszív alkoholfogyasztással kapcsolatos sóvárgás (és kontrollvesztés) kategóriáinak/szimptomáinak hangsúlyozásával egy azóta sem szűnő, folyamatos kutatói érdeklődést teremtett az alkoholfogyasztás e jellegzetességei iránt.* (Jellinek 1960) Nem tekinthető véletlennek az sem, hogy *a sóvárgás diagnosztikus ismérve ismét bekerült a DSM-5 kategóriái közé.* (American Psychiatric Association 2013)

5. *Milyen történelmi, társadalmi és politikai folyamatok vitték két vágányra az alkohol- és drogproblémát, s hogyan integrálhatóak a különféle megoldási kísérletek?*

Az első kérdésben részben sikerült megadni a választ arra a kérdésre, hogy a problémás szerhasználat tekintetében nagyobb magyarázó erejű szociológiai modell miért szorult hátrébe a hasznossági elvet követő medicinális modellhez

képest. Az ötödik kérdésre adott válaszuk ezzel szemben az, hogy *kizárólag biológiai alapon nem igazolható*, hogy bizonyos szereket miért tekintünk veszélyesebbnek, míg más, az egészségre bizonyítottan károsan ható szerekkel szemben toleránsan viszonyul a társadalom.

Az amerikai Harry Anslinger, aki korábban az alkohol prohibíció területén tevékenykedett, 1930-ban megalakuló Federal Bureau of Narcotics élére kerülve igen eredményesen befolyásolta a drogokkal kapcsolatos diskurzus főirányát (háború a drogok ellen). Míg az *Amerikai Orvosszövetség* (AMA) Jellinek munkássága nyomán *1956-ban betegségnek ismerte el az alkoholizmust*, addig a drogpolitika a kriminalizálás irányába tolódott el. Miután 1950-ben Jellinek a WHO Alkoholizmus Albizottságának titkára lett az alkoholizmus témája hosszú szünetet követően ismét a nemzetközi érdeklődés fókuszába kerül. Jellinek mindössze ötéves WHO-beli megbízatása idején átformálta az alkoholszcénát, s a rekonceptualizáció eredményeként megszületett a *WHO alkoholizmus definíciója* is. Az alkohol- és drogfüggőséget határozottan elkülönítették, az Alkoholizmus Albizottság az *alkoholizmus medikalizálása és a kábítószeres kriminalizálása* mellett tette le a voksát (ezzel a lépéssel – egy időre legalábbis – biztosítottak látszott az

Alkoholizmus Albizottság fennmaradása, s így tagjaik WHO-beli státuszának megőrzése is). (WHO 1955) Mindeközben Anslinger drogkontrollal kapcsolatos tervei is beértek, a drogok elleni háború elképzelését kiterjesztve a nemzetközi szintésre is. A WHO Mentálhigiénés Bizottsága legközelebb 1966-ban tér vissza az alkoholizmus és drogfüggőség kérdésköréhez, figyelmét a drogfogyasztás klinikai aspektusaira irányítva. A szakértők *a drog dependencia ernyőfogalma alá sorolják az alkohol dependenciát* is, mivel megalapozatlannak találják az alkohol más pszichoaktív szerektől történő éles elválasztását. E kombinált modell kínálta perspektíva jóval szélesebb, mint amelyet az alkoholizmus betegségmodellje által dominált értelmezési keret biztosíthatott. Az alkohol- és drogfogyasztás sokrétű jelenségének magyarázatában a bizottság hangsúlyozta a társadalmi, kulturális, gazdasági tényezők szerepét, a fogyasztó és környezete perspektíváját, mintegy megelőlegezve az ártalomcsökkentés irányzatát. A probléma kezelőinek köre is kitágult, az orvosi professzió és segítő szakmák mellett a laikus szervezéseknek (pl. Alcoholics Anonymous) is nagyobb szerepet szántak.

A szenvedélybetegségekkel kapcsolatos közfigyelem ugyanakkor az 1960-as évek elejétől fogva mindinkább az

illegális drogok felé fordult, habár e tendencia az utóbbi években változni látszik, amennyiben az alkoholizmus problémaköre kezd részévé válni a nemzeti drogstratégiáknak.

5. A tézisfüzetben felhasznált források

Alasuutari, P. (1990): *Desire and Craving, Studies in a Cultural Theory of Alcoholism*. Acta Universitatis Tamperensis ser. A. vol. 288, University of Tampere

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., DSM-5*, Arlington VA, American Psychiatric Publishing

B. Erdős M., Kelemen G. (2009): Színházterápia drogfüggőkkel. A kapcsolati világ újjáteremtése. In: Demetrovics Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest, Eötvös Kiadó, 403-413.

Hamraie, A. (2015): *Historical Epistemology as Disability Studies Methodology: From the Models Framework to Foucault's Archeology of Cure*. *Foucault Studies*, 19. 108-134.

Jellinek, E. M. (1952): *Phases of Alcohol Addiction*. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13. december, 673-684.

Jellinek, E. M. (1960): *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, Hillhouse Press
1-7. 55-115. 207-210.

Kelemen G., Márk M. (2016): *Jellinek revalued*. *Drugs and Alcohol Today*, 16. 4. 233-246.

Levine, H. G. (1978): The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual drunkenness in American history, *Journal of Studies on Alc.*, 39. 143-174.

Rose, N., O'Malley, P., Valverde, M. (2006): Governmentality. *Annu. Rev. Law Soc. Sci.* 2. 83-104.

Valverde, M. (1998): *Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom.* Cambridge, Cambridge University Press, 110-115.

WHO (1955): Report of an Expert Committee. Expert Committee on Alcohol. Geneva, WHO Technical Report Series 94.

6. Az értekezés témaköréhez kapcsolódó közlemények

Folyóiratcikkek

Kelemen G., Márk M. (2016): Jellinek revalued. *Drugs and Alcohol Today* 16:(4) pp. 233-246.

Márk M., Mihaldinecz Cs. (2015): Tizenkét lépés előre: „Én iszom, Mi józanodunk”. *Pannonhalmi Szemle* 23:(1) pp. 42-53.

B. Erdős M., Szijjártó L., Márk M., Madácsy J., Mihaldinecz Cs. (2015): A felépülés folyamata és értékelése kliensek, valamint segítők részéről. Kvalitatív vizsgálatok: Processes and perspectives of recovery. A qualitative approach. *Szociális Szemle* 8:(1-2) pp. 117-177.

Márk M. (2015)A terápiás közösségek sztenderdjei. Lépések a minőségfejlesztés felé. *Szociális Szemle* 8:(1-2) pp. 82-91.

Márk M., Mihaldinecz Cs. (2015): „A múlt megszépíti az emlékeket.” A másik történet: az életesemények konstruálása a felépülőben lévők hozzátartozóinak perspektívájából. *Szociális Szemle* 8:(1-2) pp. 178-186.

Márk M. (2014): A Jellinek-formula és alkalmazásának problémái. *Szociális Szemle* 7:(1) pp. 17-28.

Kelemen G., Márk M. (2013): E. M. Jellinek elnémitott és elnémuló transzgenerációs története. *Psychiatria Hungarica* 28: pp. 349-369.

Kelemen G., Márk M. (2012): E. M. Jellinek, a „szabadon lebegő” alkohológus. *Psychiatria Hungarica* 27: pp. 304-319.

Márk M., Brettner Zs. (2012): Jellinek anti-hagiográfiája. *Szociális Szemle* 5:(1) pp. 33-42.

Márk M., Mihaldinecz Cs. (2011): A terápiás közösség mint a változás kontextusa. *Addiktológia Hungarica* 10:(4) pp. 353-389

Könyvfejezet, szerkesztett kötet

Erdős M., Márk M. (szerk.) (2014): Felépülő közösségek. Pécs, *Pro Pannonia Kiadói Alapítvány* 173 p. (ISBN:978-963-9893-91-7)

Márk M. (2014): „Az élet duplája”: terápia és kutatás. In: Erdős M., Márk M. (szerk.) *Felépülő közösségek*. 173 p. Pécs, *Pro Pannonia Kiadói Alapítvány* pp. 73-79. (ISBN:978-963-9893-91-7)

Oktatási segédanyag

Márk M., Mihaldinecz Cs. (2016): Egészségfejlesztés, egészségtanulás, reziliencia. In: Borda V., Vojtek É. (szerk.) Addiktológia: Oktatási segédanyag kulturális közösségfejlesztők és médiaszakemberek számára Pécs, 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület pp. 194-208.

Konferencia előadások, szakmai műhelyek, poszterprezentációk

Márk M. (2017): Sport with equal chances: Sport activities with disabled people, Promoting Social Inclusion of Persons with Mental Disabilities through Sport, Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Nyíró Gyula Kórház, 2017. 06. 22.

Márk M. (2015): Elvin Morton Jellinek szerepe a tudományos alkoholológia kialakulásában. In: Szijártó György Ágoston (szerk.) IDK 2015 - IV. Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2015. 05. 14 - 2015. 05. 15. Pécsi Tudományegyetem Doktorandusz Önkormányzat, pp. 16-17.

Kelemen G., Mark M. (2014): Impact of E.M. Jellinek on alcohol studies organizing as a distinct professional field. In: European Population Conference 2014. Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2014. 06. 26 - 2014. 06. 28. pp. 1-2.

Márk M. (2012): The Program „Sport Together" and Social Inclusion of Psychological Disturbances. Sport e salute mentale: dalle prevenzione del disagio alla riabilitazione della cronicita, Konferencia helye, ideje: Dipartimento Salute Mentale ASL Lecce, Olaszország, Lecce, 2012. 05. 30.

Kelemen G., Márk M. (2005): Dialógus a józanságról – Drogprevenációs Konferencia, Reintegráló kisközösségek (workshop). Konferencia helye, ideje: Pécsi Tudományegyetem Szociális Munka Tanszék, Pécs, Magyarország, 2005. 03. 31.

Recenziók

Márk M. (2015): Jan Lees, Nick Manning, Diana Menzies, Nicola Morant (szerk.): A culture of enquiry (A kutatás kultúrája) *Szociális Szemle* 8:(1-2) pp. 235-243.

Márk M. (2014): Rácz József: Az ifjúsági kultúra orvosi antropológiai vonatkozásai: In: Lázár Imre; Pikó Bettina (szerk.): Orvosi antropológia. *Szociális Szemle* 7:(1) pp. 115-118.