

Tartalomjegyzék:

I.	Bevezetés	2
II.	Szenvedélybetegség	
II.1.	A szenvedélybetegségek kialakulása	3
II.1.1.	A szenvedélybetegségek fajtái	5
II.1.2.	A szenvedélybetegségek természete	7
II.2.	Ki a szenvedélybeteg	9
II.3.	Gyógyulás vagy felépülés	10
II.3.1.	A Prohaska – Di Clemente - féle felépülési modell	11
II.3.2.	A függő viselkedésmódokból való felépülés narratívái	14
II.3.3.	A történettípusok összegzése	19
III.	Szociális környezet	
III.1.	A szenvedélybetegségről társadalmi kontextusban	21
III.2.	Kutatással alátámasztott társadalmi attitűdök szenvedélybetegségekkel kapcsolatban	22
III.3.	A család funkciója az egyén életében	24
III.4.	Anómia feltárása a társadalomban, előzmények, okok, okozati összefüggések	26
IV.	A szociális munkás szerepe, lehetséges eszközei a szenvedélybetegségek kezelésében	
IV.1.	Kezelési lehetőségek, módszerek	30
IV.2.	Megelőzés és beavatkozás	31
IV.3.	Motivációs interjú	33
IV.4.	Egyéb módszerek és beavatkozások	35
IV.5.	Munka szenvedélybeteg bűnelkövetőkkel	37
IV.6.	A mai magyar társadalom, mint szenvedélybeteg termelő anomália	40
V.	Összefoglalás	41
	Irodalomjegyzék	42

I. Bevezetés

Dolgozatom témájául azért választottam a szenvedélybetegség területét, mert életem során nagy hatású személyes tapasztalatokat szereztem a témában, mindemellett a szenvedélybeteg ellátásban tevékenykedem, így folyton foglalkoztatnak ezzel kapcsolatos kérdések. Szeretném tudni, hogy a társadalom is felelős-e abban, hogy valaki szerhasználó vagy kóros viselkedésekkel és rögzültségekkel terhelt életet kezd élni, vagy ez csak az egyén szabad választása, problémája? Nos, az előttem álló szakdolgozati munkát nagyszerű alkalomnak találtam ahhoz, hogy tudományosabban kutatva a kérdést - mint eddigi életemben bármikor lehetőségem volt rá - szakirodalom használatával, a saját élményeimen való meditálással és saját, személyes tapasztalataim összegzésével is tisztázhassam a hipotézisemet, ami a következő: **Az egyén és a társadalom azonos mértékben tehet arról, ha az egyén szenvedélybetegsége manifesztálódik és annak kóros és káros következményei rá, és így a társadalomra is kifejtik negatív hatásukat.**

Munkám kezdetén tisztázok néhány fogalmat, mely a szenvedélybetegséggel, az addikciókkal kapcsolatos. Részletesen kitérek a „gyógyulásra”, a felépülésre. A kezelési lehetőségeket ez után, és csak nagy vonalakban érintem, hogy közelebb kerüljünk a kép egészéhez, de ne vesszünk el a részletekben. Majd ezt követően a másik beteget - hadd éljek eme jelzővel -, a társadalmat veszem górcső alá.

Az általam hanyatlásnak vélt folyamat bemutatása után a személyes példámon keresztül is, a családot vizsgálom az egyén életében betöltött szerepének és társadalmi fontosságának szempontjából, majd végül, a konkrét társadalmi értékvesztés állapotát írom le szakirodalommal, ok okozati összefüggésekkel, saját élményű tapasztalataimmal is alátámasztva.

Ezt követi a szociális munkás szerepének, lehetséges eszközeinek bemutatása módszertanilag pontosítva az egyes eljárásokra, azok hatásaira az egyéni és a közösségi szociális munkában. Eztán annyi van hátra, hogy megvizsgáljam, alkalmas-e a mai magyar társadalom működése arra, hogy nem adekvátan működő, igazi coping stratégiák hiányában lévő embereket termeljen ki magából, akik élete fölött a szenvedélybetegségük veszi át az uralmat. Munkámat a hipotézisem igazolásával vagy cáfolásával zárhatom le.

II. Szenvedélybetegség

II.1. Szenvedélybetegségek kialakulása

A szenvedélybetegség soktényezős etiológiájú zavar.

A következő tényezők játszanak szerepet a szenvedélybetegségek kialakulásában:

1. Genetikai hajlam, ha a családban valamely családtag szenvedélybetegségben szenved, örökölhető a betegség.
2. Gyermekkori traumák, elhanyagoló vagy túlvédő szülői attitűd, negatív környezeti hatások.
3. Mély, bensőséges interperszonális kapcsolatok hiánya, feldolgozatlan veszteségek.
4. Probléma megoldási inkompetencia érzése, munkahely elvesztése vagy túlhajszolt életvitel, stresszhelyzetek.
5. Felnőttkori krízisek, traumák, gyász, válás, munkahely elvesztése, családi kapcsolatok megváltozása, betegségek, feleslegességi érzés kialakulása.
6. Életkori szakaszok váltása, pl: klimax, kapuzárási pánik, gyerekek leválása.

Tehát tekinthető egy biopszichoszociális progresszív és halálos betegségnek, melynek minden szegmense hatással van egymásra.

(Kasza Zsuzsanna <http://www.budaipszichologus.hu/szenvedelybetegsegek.html>)

„Az addikciók fogalomköre az utóbbi egy-két évtizedben jelentősen kibővült. A hagyományosnak mondható pszichoaktív-anyag használaton kívül ide sorolnak más, bizonyos magatartási szekvenciák ismétlésén, ciklikusságán alapuló formákat. Ezek akkor tekinthetők rendellenességnek vagy betegségnek, ha az egyénre vagy a környezetre nézve hátrányosak, azaz maladaptívak. Ezeket a kórképeket nevezzük viselkedési addikcióknak, szemben a kémiai anyaghasználaton alapuló kémiai addikciókkal. Pszichológiai értelemben véve a „kóros szenvedély” azt jelenti, hogy „egy, a hétköznapi életben elterjedt és normálisnak vagy enyhén deviánsnak látszó viselkedésmód mintegy elszabadul, dominánssá válik.” (Rác 9.o.)

Griffith Edwardstól a következőkben néhány függő személy esetét írom le röviden. Edwards szerint a tudósok jobb szeretik a „drogdependencia” kifejezést a „függőségnél”, de könyvében leírja, hogy nem híve az idegen szavak használatának, így a két kifejezést felváltva használja. Különböző emberek vallanak arról, hogy számukra mi jellemezte a függőség benső élményét.

„Színész, férfi, 51 éves: Van egy mondás az Anonim Alkoholistáknál. Először az ember fogja meg az italt, aztán az ital fogja meg az embert. Ez megpendített bennem valamit, amikor először hallottam. Legalább tíz évig voltam az ital fogságában.

Tanárnő, 31 éves: Kannabisz – furcsa, mert a legjobb barátunk felhagyott velem, én és a társam pedig még mindig rendszeresen használjuk, és elég kellemetlenül tudom érezni magam nélküle.

Doktornő, 46 éves: Naponta harminc szál cigarettát szívok el. Tudom, hogy ez hihetetlenül nagy hülyeség. A gyerekeim utálják. Igen, gusztustalan dolog, de mégsem tudom abbahagyni.

Munkanélküli férfi, 26 éves: Tizennyolc hónapig voltam börtönben. Miután kijöttem, egy darabig tiszta tudtam maradni. Aztán elkezdtem egy kevés hernyót (heroint) használni, semmi komoly. Akkor kezdődött, amikor egy haver, aki diler, hozzám költözött és a régi szokás átvette az irányítást. Úgy értem, tudom, mikor vagyok megint a szeren, kábé ott tartok, ahonnan elindultam. Ha még nem löttem be magam, azon töröm a fejem, honnan szerezem meg a következő adagot. Én ezt nevezem megszállottságnak, amikor ez van, semmi másnak nincs helye a fejemben, ez irányítja az agyamat és a testemet.

Vezető állású férfi, 38 éves: Azt mondták nekem, a kokain felszipantása nem okoz függőséget. Eleinte le tudtam róla mondani, most már csak ennek tudok élni.”

A fent elmondottakban található közös motívum az egyén szabad akaratának csorbulásaként megélt függőség, a belső kényszer állapota, valami idegen. Ezzel szemben a nem függőség próbaköve a lemondás képességének megtartása. Itt érdemes megjegyeznünk, hogy a közhiedelemmel ellentétben, miszerint a potenciálisan függőséget okozó drogok rövid időn belül feltétlenül függőséghez vezetnek, sokan rövidebb-hosszabb ideig függőség kialakulása nélkül használják őket. Semmi sem szükségszerűen igaz a függőséggel kapcsolatban.

„Költőnő, 60 éves: Igen, használtam heroint fiatalabb koromban. És pontosan meg tudom mondani, milyen gyakran használtam. Tizenhétszer, aztán abbahagytam.”

A dependencia (függőség) megértésére irányuló bármilyen próbálkozásnak azzal kell kezdődnie, hogy odafigyelünk arra, amit az emberek mondanak, valamint annak

megértésével, milyen érzés is pontosan a függőség. Fel kell ismernünk továbbá, hogy a függőség az ember és a drog közötti erőviszony lényegi és alapvető megváltozását jelenti. Ennek megfelelően a mechanizmusok egyszerre biológiaiak és pszichológiaiak. A függőséget okozó drogok közös adottsága, hogy jó érzést nyújtanak. Olyan kémiai anyagok felszabadulásához vezetnek, amelyek az agy meghatározott területeire hatva örömeztetést keltenek. Az ismételt kielégítettség érzése alakítja ki a droghasználat szokását. Egyszerűbben fogalmazva a dependencia egy erős, tanult droghasználati szokás. Nem „mindent, vagy semmit” típusú, hanem különböző erősségű fokozatai léteznek. A függőség egy további hatványa, hogy a drog segítségével egy új társadalmi szerepbe kerülünk.

„Heroinfüggő nő, 23 éves: Megmondom magának, úgy nőtem fel, mint egy senki, egy meggyalázott gyerek, egy mocsok. Amikor heroinfüggő lettem, valaki lett belőlem. Függőnek lenni jó, fontos leszel, igen. Tévékamerák meg minden. Elmondod valakinek és olyan, mintha azt mondanád, van egy fontos állásom. Tisztelnék, vagyis olyasmi, és a drog társakat ad, akik ugyanazt csinálják, mint te, mint egy nagy klub.”

A függőség kémiai és pszichológiai alapokon nyugszik, de megértéséhez más emberek világába kell belehelyezkednünk.” (Edwards 23-24. o.)

II.1.1. A szenvedélybetegségek fajtái:

Kémiai szerek által kiváltott addikciónál a cél az anyag megszerzése, elfogyasztása.

- Alkoholfüggőség



1. ábra Kasza Zsuzsanna <http://www.budaipszichologus.hu/szenvedelybetegsegek.html>

- Drogok: heroinizmus, kokainizmus, amfetaminizmus
- Gyógyszerfüggőség
- Dohányzás, nikotinfüggőség

A szerhasználat súlyosabb következményei: alkoholos személyiségváltozás, öngyilkosság, féltékenységi pszichózis, alkoholos paranoia, alkoholos hallucinózis, delírium tremens, májcirózis, stb...

(Kasza Zsuzsanna <http://www.budaipszichologus.hu/szenvedelybetegsegek.html>)

Viselkedés alapú felosztás:

- Kóros játékszenvedély. Kontroll nélküli szerencsejáték, mely endorfin és adrenalin termelődésével jár. Hatalmában tartja áldozatát, teljes vagyontesztét idézhet elő.
- Kényszervásárlás. A feszültség levezetésének és az örömszerzésnek egyetlen módja a vásárlás.
- Munkaalkoholizmus, workoholic syndrom. A boldogság és siker egyedüli forrása a munka. Az ilyen ember csak a munkában érzi fontosnak magát. A magánéleti, kapcsolati, intimitási hiányait pótolja. A munkamániás nem azért dolgozik, hogy éljen, hanem azért él, hogy dolgozzon!
- Számítógép-internet függőség. Menekülés a valós élettől, személyes kapcsolatoktól, felelősségtől egy olyan illuzórikus virtuális világba, ahol az álmok valóra válhatnak, ahol bármi megtörténhet, bárkivé válhatunk, bármit megtehetünk csekély befektetés mellett.
- Szex és szerelem függőség. A szex olyan kényszeres cselekedetté válik, mely uralja az egész életét, az önkontroll elvész, a szexualitás elveszíti intimitását, meghittségét, az azonnali kielégülés vágya rabszolgájává teszi a függő személyt.
- Társ és kapcsolati függőség (kodependencia). Kodependens az a személy, aki saját igényeinek háttérbe szorítása árán vállal felelősséget általában egy aktív szenvedélybetegért. Jellemzői: szorongás, depresszió, önértékelési zavar, tagadás, érzései elfojtása, kényszeres viselkedés.
- Evési zavarok: Bulímia, Anorexia nervosa. (Kasza Zsuzsanna <http://www.budaipszichologus.hu/szenvedelybetegsegek.html>)

II.1.2. A szenvedélybetegségek természete

A szenvedélybetegséggel küzdők lelkiállapotuk kiegyensúlyozott működéséhez, boldogságérzetéhez, mesterséges örömszerzők által kiváltott boldogsághormonokat vesznek igénybe. Saját belső energiaforrásukat, kompetenciájukat háttérbe szorítják a könnyen elérhető boldogság megszerzéséért. Kezdetben a szerhasználat öngyógyító szerepet tölt be.

De milyen más úton tudjuk elérni azt a boldogságszintet, ami szükséges a teljes és örömteli élethez. Léteznek ugyanis pozitív szenvedélyek: szeretet, intim kapcsolatok, szexualitás, önmegvalósítás, család, hit, meditáció, sport, katarzis stb. A titok az egyensúlyban rejlik, minden szenvedélyesen végzett tevékenység lehet építő, csak a túlzásba vitel, és az egyensúly eltolódása vezet szenvedéshez. Igyekezzünk megtalálni életünkben azokat a természetes örömforrásokat, amelyek saját magunknak és a környezetünknek is boldogságot okoznak.” (Kasza Zsuzsanna <http://www.budaipszichologus.hu/szenvedelybetegsegek.html>)

„Az **addikciók**, mint önálló entitások vagy mint önálló kórformák felismerése magával hozta az addiktológia, mint orvosi szakterület önállósulását. Másfelől az előző kórformáknál tapasztalt függőségi-addiktív mintázatok más magatartászavaroknál is inspirálták hasonló keresését. A viselkedéses addikciók látótérbe kerülésének másik oka az volt, hogy a kémiai addikciókban szenvedők – akár gyógyulásuk vagy felépülésük után – sokszor „mintegy” átváltak valamilyen viselkedéses addikcióra, illetve egy személynél többféle addikció jelentkezhet néha egyidőben is. A viselkedéses addikciók ilyen meghatározását végül a terápiás/felépülési folyamat (a relapszus jelentősége) közös jellemzői, valamint az önsegítő csoportok térhódítása is elősegítette. Utóbbiak ugyanis olyan módszereket használnak, mint az alkoholizmus kezelésében bevált „névtelen” csoportok, „tizenkét lépés” programok.”

(Rác 9-12.o.)

További fogalmakként tisztáznunk kell most a **dependencia**, az **abúzus** és a **deviancia** jelentését. „A dependenciát és az abúzust soroljuk a „kémiai anyaghasználattal kapcsolatos rendellenességek” közé. A **dependencia** alapvető jellemzője kognitív, viselkedéses és fiziológiai tünetek csoportja, mely jelzi, hogy az egyén a kémiai anyagot folyamatosan használja annak ellenére, hogy az problémákat okoz. Ismételt droghasználatról van szó, mely általában toleranciához, megvonáshoz és kényszeres

droghasználathoz vezet. Jellemző még a drog iránti „sóvárgás”, „drogéhség” (craving) jelenléte is. A dependencia minden pszichoaktív anyagra vonatkozhat (kivéve a koffeint), bár egyes tünetei különböző erősséggel lehetnek jelen.

Abúzus. (usus=használat, latin szó: abusus: helytelen használat, visszaélés).

Az **abúzusra** jellemző a pszichoaktív szerhasználat maladaptív formája, mely visszatérő és jelentős adverz következményekhez vezet, melyek az ismételt anyaghasználathoz kapcsolódnak. Az abúzus az összes anyagra meghatározható, kivéve a koffeint és a nikotint. Többnyire megelőzi a dependencia kialakulását, de sokaknál egész életükben fennállhat, anélkül, hogy dependenciává progrediálna. (Rác 16;18.o.)

Drog: az angol drug szó jelentése eredetileg gyógyszer, szer. Érdekesség, hogy a magyar nyelvben régóta ismert a drog szó, csak a jelentése volt régebben más: növényi eredetű hatóanyag. (Még ma is használjuk ilyen értelemben a drogéria, drogista szavakat). A kábítószer, az abúzust kiváltó, a pszichés tevékenységet befolyásoló, ún. pszichotrop szerek különleges hajtóerővel („drive”) rendelkeznek, amellyel mentálisan többé-kevésbé egészséges személyeket rábírnak arra, hogy a valóság elől „kémiai vakációra” menjenek, drogot szedjenek (toxico-mánia) többnyire azzal a céllal, hogy a hangulatot, a tudatot, a szellemi és a fizikai aktivitást befolyásolják

A **dependencia** lehet pszichés (pszichológiai, lelki, emocionális) és fizikális (fiziológiai, testi, szomatikus). A pszichés dependencia drogkereső magatartásban, a szer megszerzésére irányuló kényszerítő vágyban, sóvárgásban jut kifejezésre. Fizikális dependenciáról akkor beszélhetünk, amikor a szerek megvonása (abbahagyása ill. a fogyasztott szerrel ellentétes hatású vegyület: antagonist beadása) jellegzetes elvonási vagy absztinencia tünetegyüttest idéz elő, amelynek szimptomái sokszor ellentétesek az illető drog akkut hatásával, és rendszerint annak már csekély dóziséval enyhíthetők (szupresszió). A fizikális dependencia főleg akkor lép fel, ha a szert hosszú ideig alkalmazzák. Alkalmi droghasználat nem okoz fizikális dependenciát. A pszichés dependencia rendszerint megelőzi a fizikális dependenciát, de nem vezet szükségszerűen ahhoz. (Fürost és Wenger 11;14. o.)

Deviáns viselkedésnek azokat a viselkedéseket nevezzük, amelyek eltérnek az adott társadalomban elfogadott normáktól. Szokták őket magyarul normáktól eltérő vagy normaszegő viselkedéseknek is nevezni. Ilyenek a bűnözés, öngyilkosság, alkoholizmus, kábítószer fogyasztás és a mentális betegségek. (Andorka 403.o.)

Napjainkban Magyarországon a droghasználatot komoly devianciának tekintik.

II.2. Ki a szenvedélybeteg

A Narcotics Anonymous önszolgálati közösség Fehér kiskönyvében a következőt olvashatjuk erről: „Ki a függő? Legtöbbünknek nem kell sokat gondolkodnunk ezen a kérdésen: Tudjuk! Egész életünk és gondolkodásunk egyik vagy másik formában a drogokra volt összpontosítva. A megszerzésre, a használatra, és hogy módokat és eszközöket találjunk arra, hogy többet szerezzünk. Éltünk, hogy használjunk és használtunk, hogy éljünk. Nagyon egyszerűen, függő az a férfi, vagy nő, akinek életét a drogok irányítják. Egy olyan folyamatos és előrehaladó betegség markában lévő emberek vagyunk, aminek a vége mindig ugyanaz: börtönök, intézetek és halál.” (NA Fehér kiskönyv 5.o.)

Nos, a fenti megközelítés véleményem szerint meglehetősen leszűkíti a fogalmat, de lássuk csak. Tehát ők azt mondják, egész életük és gondolkodásuk a drogokra volt összpontosítva. Mi viszont szenvedélybeteget próbálunk körvonalazni milyen is az, nem pedig kizárólag drogbeteget.

„A szenvedély az ember természetes létállapota. Boldog, érzelemdús pillanatainkban, szerelemben, kreatív alkotó tevékenységben éljük át, amikor az átszellemültség rendkívüli erővel mozgósítja belső energiaforrásainkat, elősegítve a teljessé válás, az önmegvalósítás élményét. A szenvedély felfokozott intenzitása megfelelő energiával vértéz fel bennünket a nehezebb időszakok harmonikus megélésére. A szenvedélybetegek számára az öröm, boldogság, eufória, kielégülés állapotának kizárólagos forrása egy fókuszált tevékenységre szűkül, élete ettől függ, látásmódja érzélemvilága beszűkül, miközben környezete szenved a viselkedése miatt, érzelmi elmagányosodás, anyagi erkölcsi kihasználás, agresszió miatt. A harmónia kibillen egyensúlyából, az értelem és érzelem harmonikus egysége felborul, a létezés megélésének gazdagsága, színessége beszűkül a szer használatára, mely kapcsolat szenvedélyes viselkedést mutat. A szenvedélybeteg saját létezését, érzelmi stabilitását, örömét a szenvedélye tárgyával való megéléstől teszi függővé. A szenvedély elveszti tápláló, feltöltő szerepét, és a személyiség építése helyett átveszi az uralmat és eredeti szerepéből kikerülve, ellenkezőleg, pusztítóan kezd el hatni. Életének középpontjába a függőség kerül, mely az egészséges szenvedélyesség torzult megnyilvánulása. A szenvedélybetegségben differenciálatlan örömszerzés valósul meg, redukált értelmi,

érzelmi és tevékenységi élménymóddal, aminek a felfokozott intenzitása csak pótolja a teljesség hiányát.

Valamely szer, szokás kizárólagos uralma jelenti a személyiség korlátozottságát, rabságát, mert nélküle az élet sivár, és kietlen a szenvedélybeteg számára. Ez a hatalomátvétel, a függőség kialakulása lassan, szinte észrevétlenül történik, a kialakult szenvedélybetegséget viszont a személy már próbálja tagadni saját maga és a környezete előtt is, ezért a leszokást rendkívül megnehezíti a tagadás és a megvonásos tünetek jelenléte.”

(Kasza Zsuzsanna <http://www.budaipszichologus.hu/szenvedelybetegsegek.html>)

„Az addikció egy új paradigmája:

A hagyományos elképzelés szerint az addikció veszélyei felől tájékozatlan, boldogtalan vagy mostoha körülmények között élő emberek válnak függővé. Ha pedig egyszer rászoktak valamire, többé már nincs visszaút, mert cselekedeteiket immár a kifejlődött függőség, és nem akaratauk irányítja. Az addikcióról kialakított új paradigma viszont az élményre, arra az elsőrő, szerelemhez fogható érzésre helyezi a hangsúlyt, amelyben a megváltozott tudatállapot alanya részesül. Az „anyag” rabja ezt az agyi jutalmazást (brain reward) keresi, s bár legtöbbször tisztában van a veszélyekkel, ez éppoly kevésbé retenti el, mint az elvonási tünetek várható jelentkezése. Az addikció kulcsa tehát az agyi jutalmazás ereje. A probléma újfajta megközelítése újfajta megvilágításba helyezi a megelőzés és a kezelés gyakorlatát, a politikai megítélés, valamint a tiltott szerek orvosi használatának kérdését.” (Rácz 77.o.)

A következőkben azt a lehetőséget vizsgálom, miszerint az addikciókból talán nem is lehetséges a „teljes gyógyulás”, viszont a folyamatos felépülés az absztinencia megtartásával és a személyiségen való komoly belső munkával lehetséges, ezáltal tünetmentesítve a korábban már rögzült szerhasználatban, kényszeres viselkedésekben, vagy más deviáns módokon megnyilvánuló szenvedélybetegséget.

II.3. Gyógyulás vagy felépülés

Egy újfajta koncepció a kémiai szerfüggőségekkel kapcsolatban a 20. század első felében alakult ki. Eszerint a drogfüggők problémás, a társadalom peremére sodródott egyének, akik – balszerencsájukra – besétáltak a heroin kelepccéjébe, amely leálláskor a morfinelvonásból fakadó szenvedést, és fájdalmas, influenzaszerű tüneteket idéz elő,

ami kizárólag a detoxikáció néven ismert gyógymód útján semlegesíthető. Az elképzelés szerint amint a mérreg ily módon kiürült a szervezetből, a probléma egy csapásra megoldódott és máris kezdődhet a normális élet. A harmincas években az Egyesült Államokban már városi betegségként tartották számon a heroinfüggőséget, és a droghasználókat vidékre, például a Lexingtoni (Kentucky állam) szövetségi Addiktológiai Központba (Addiction Research Center – ARC) küldték rehabilitációs terápiára. Az alkoholizmust – az elvonás, a delirium tremens (DT) hasonló tüneteire hivatkozva – párhuzamba állították az ópiátfüggőséggel, és többnyire szintén vidéken, egy rövid, bentlakásos „kiszárító” („drying out”) kúra keretében kezelték. E felfogás legfőbb hibája az volt, hogy sem a megelőzést, sem a kezelést nem segítette. Bármilyen hosszú is volt a méregtelenítő kezelés (detoxikáció) ideje, amint a kórházból vagy a börtönből elbocsátották, a legtöbb drogos máris visszatért régi szokásaihoz. Az addikció veszélyeire figyelmeztető felvilágosító munkának semmilyen elrettentő hatása nem volt a leendő fogyasztóra. A legkárosabbnak az a meggyőződés bizonyult, miszerint az addikció valami testi nyavalya, ez felbátorította azokat az alkoholistákat, akik néhány napra le tudtak mondani az italról anélkül, hogy jelentkeztek volna a delirium tremens jelei, s így ők azt hitték, hogy nem is függnek az alkoholtól, tehát nem is alkoholisták. (Rác 77-78.o.)

II.3.1 A Prochaska – DiClemente – féle felépülési modell

Ma az etiológiai, vagyis az ok okozati összefüggések kutatásával való megközelítés mellett egyre inkább előtérbe kerül az addikciók felépülés–központú megközelítése. Itt a hangsúly teljesen más, mint eddig volt: nem az az érdekes, hogy az addikció hogyan és miért alakult ki, hanem hogyan lehet belőle felépülni, meggyógyulni. A hangsúly nem az addikció előtti állapotra és nem is a kialakulására, hanem az addikció folyamatára és „befejeződésére” helyeződik át. A modell azt vizsgálja, hogy a pszichoaktív szerhasználó (vagy valamilyen viselkedéses addikcióban szenvedő) egyén mennyire kész megváltoztatni a használói viselkedését. Tapasztalatok szerint a legkülönbözőbb pszichoaktív szerfüggésekben a felépülő személy hasonló stádiumokon megy keresztül függetlenül attól, hogy legális szert (pl.: dohány) vagy illegális szert (pl.: kábítószer) használ, illetve a „felépülés”, a leszokás spontán módon történik (külső segítség igénybevétele nélkül) vagy terápiás segítséggel. A változás folyamatában különböző stádiumok különíthetők el, melyekben az egyénnek különböző célokat kell elérnie. A stádiumok hossza egyénenként és az egyén motivációs állapotától függően

nagyon különböző lehet, egy-egy stádiumban akár éveket is el lehet tölteni. A későbbi vizsgálatok szerint a modell nem csak a kémiai addikciókra érvényes, hanem a viselkedéses addikciókra is, sőt, bármilyen nemkívánatos viselkedés megváltoztatására. Így lett a modell a változás modellje.

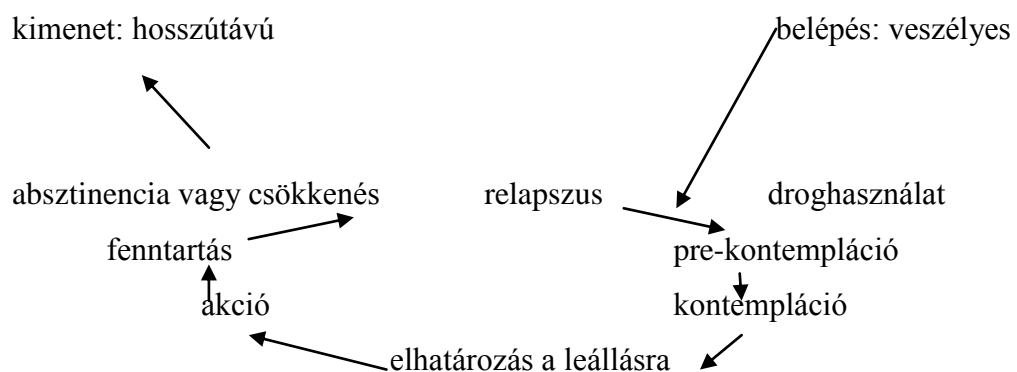
1. A változásra elszánás előtti (pre-kontemplatív) állapot: ebben a fázisban a kliens nem akar változni: élvezi a droghasználatot. A drogozás szubjektíve érzett előnyei meghaladják annak „költségeit”. Nem jön el kezelőintézménybe, hacsak nem kényszerítik erre. Leginkább az alapellátásban bukkan fel. Az akció-orientált intervenció ebben a fázisban nem hatékony, leginkább az információnyújtás célravezető.

2. Az elszánás, kontempláció szakasza: ebben a fázisban a kliens egyre jobban tudatában van droghasználatának testi, lelki és szociális költségeinek és a változás előnyeinek, de még ambivalens a változást illetően. Ekkor a leghatékonyabb intervenció a motivációs interjú.

3. Az előkészületi stádium: a kliens előkészületeket tesz az akcióra (a konkrét leszokásra) az elkövetkezendő egy hónapon belül. Ekkor már a kliens pontosan tudja, hogy droghasználatának költségei meghaladják annak előnyeit. Ebben a fázisban a segítség legfontosabb eszköze a kliens számára a célok meghatározása.

4. Az akció stádiuma: a kliens aktív lépéseket tesz a leszokás vagy a droghasználat mérséklése érdekében. A kliens ekkor bevonható a terápiás folyamatba.

5. A fenntartás stádiuma: ez a fázis akkor kezdődik, amikor a kliens már megváltoztatta a droghasználatát (mérsékelte vagy elhagyta) és addig tart, amíg szükséges ezt a változást fenntartani. Ekkor a visszaesés (ez a tulajdonképpeni 6. pont) többször előfordulhat, és a kliens visszakerülhet a korábbi stádiumba. Ekkor relapszus prevencióra, illetve jól tervezett utógondozásra van szükség.



3. ábra: A változás modellje addiktív viselkedéseknél (Prochaska és DiClemente, 1986) Rácz József, Addiktológia 65.o.

A kliens lineáris módon is végigmehet az egyes stádiumokon, azonban ez inkább kivétel, mint szabály. A kliens – mielőtt elérné célját -, többször visszaesik és egy korábbi stádiumba esik vissza. Minden alkalmat úgy kell felfogni, hogy a kliens új és új dolgokat tanulhat meg viselkedését illetően, amiket aztán az újabb kísérletekhez fel tud használni. Ezek a visszaesések a változásnak ciklikus jelleget adnak. (Rác 64-65.o.)

Az előbb felvezetett Prochaska – DiClemente féle felépülési modell alapján akármilyen módszerrel is dolgozik a szociális munkás, a terapeuta, mégis bizonyos elvi síkokat kell követnie, és „adekvát” helyzeteket felismernie a „jó” időben.

A kliens stádiuma	A terapeuta motivációs feladata
pre-kontempláció	a kételkedés felkeltése: növelni a kliens kockázatszlelését és a jelenlegi viselkedésével kapcsolatos problémáit
kontempláció	az egyensúly felborítása, hangsúlyozni a változáshoz szükséges okokat, a nem-változás kockázatait, megerősíteni a kliens jelenlegi viselkedésével kapcsolatos változtatási képességét
előkészület keresése	segíteni a klienst abban, hogy a számára legmegfelelőbb akciót válassza ki a változás során
akció	segíteni a klienst, hogy a változás irányába lépéseket tegyen
fenntartás	segíteni a klienst, hogy meghatározzon és használjon olyan stratégiákat, melyek megelőzik a visszaesést
relapszus anélkül, vagy	segíteni a klienst, hogy újakezdje a kontemplációt, az előkészületet és az akciót hogy „beragadna” valamelyik stádiumba demoralizálódna a relapszus miatt

9. ábra A változás szakaszai és a terapeuta feladatai (Miller és Rollnick, 1991) Rác József, Addiktológia 66.o.

II.3.2. A függő viselkedésmódokból való felépülés narratívái

Rácz József Drog és társadalom című munkájának kutatása azt vizsgálja, miként látják saját változási folyamatukat azok az emberek, akik különféle módokon épültek fel függőségeikből. A kutatás azon az 51 személy élettörténetén alapul, akik sikeresen megtudtak szabadulni alkohol, polydrog, túlevés, nikotin, szex és játékfüggőségüktől. A módszer szerint elsőként minden egyes narratíva alapvető logikáját határozták meg. Ezt követően aszerint osztályozták őket, hogy elbeszélőik mit tartottak felépülésük kulcsának. Az összetartozó történeteket ezután érzelmi, oksági, erkölcsi és etikai üzeneteik szempontjából elemezték. Az eredmények elemzésekor az alanyok önmagukról szóló történeteiben öt különböző típust azonosítottak: Anonim alkoholista narratívát, a felnőtté/öntudatra ébredés narratíváját, a kodependencia narratíváját, a szerelem/szeretet narratíváját és az (ön)uralom narratíváját. Azokat, akik megpróbálnak kilépni a függő viselkedésmódokból, ezek a történetek arra bátoríthatnak, hogy használják fel a kulturális örökség részét képező különböző történettípusok közül azokat, amelyek egybeesnek tapasztalataikkal arról, ők miként harcolnak függőségükkel.

- AZ ANONIM ALKOHOLISTA NARRATÍVA

Az elemzett történetek mintegy ötöde az AA vagy a GA (Gamblers Anonymous – Névtelen Szerencsejátékosok) meghatározó szerepére utal a felépülésben, és ezek mindegyikét férfiak mesélték el. Az AA narratívák jellemző módon az első fiatalkori alkoholos élménnyel kezdődnek.

AZ ANONIM ALKOHOLISTA NARRATÍVA

Kóros ivás → Elszigetelődés → Mélypont → Kísérletezés (a megoldás keresése)

→ Csatlakozás az AA-hoz → Felépülés és „józan élet” → Hála

Kulturális történet modell : A tékozló fiú hazatérése

Magyarázat: Betegség

Kezelés: Növekvő alázat, azonosulás más alkoholistákkal, beilleszkedés a közösségbe

Erkölcsi ítélet: Nem bűnös, hanem egy betegség áldozata

A „Gonosz”: Az egyén önhittsége

A „Jó”: A közösség

4. ábra Rácz József, Drog és társadalom 273.o.

Az elhatalmasodó italozás során az elbeszélő életében különféle problémák alakulnak ki. Egyre több ok szól a leszokás mellett – elbocsátás a munkahelyről, az élettárs

szemrehányásai, feszültség a vágyak és a valóság között -, ám mindezek nem vezetnek el a kijózanodáshoz. A folytatódó italozás nyomán az egyén egyre inkább elszigetelődik és a „kozmosz magány” állapotába kerül. A problémák a „mélypont” elérésének élményekor tetőznek, amikor az ivás folytatása ugyanolyan reménytelen, mint az abbahagyása. Az egyetlen kiútnak a halál tűnik. A mélypont elérése a napnál világosabbá teszi, hogy változtatnia kell életén, de a betegnek nincs hozzá ereje. A mélypont elérését a kísérletezés, a próbálkozás időszaka követi, amelynek során a beteg – a szakember segítségével vagy a saját akarateréjére támaszkodva – megoldást keres. Felmerül benne az AA felkeresésének gondolata, de ehhez a „furcsa csoport” csatlakozni valahogy szégyenteljesnek tűnik számára. Alapvető segítséget addig nem talál, amíg nem lesz elég alázatos ahhoz, hogy részt vegyen egy AA gyűlésen. Az attitűdváltás már az első gyűlés alkalmakor bekövetkezik, kiderül, hogy a régebbi AA tagok korábban pontosan olyan életet éltek, mint ő, de legyőzték az iváskényszerüket. Nagyon fontos az a felismerés, hogy az alkoholizmus betegség. Az AA segítségével az alkoholista lassan és keservesen képes felhagyni az ivással és „tisztos” életet kezdeni a normális társadalom tagjaként. Azzal, hogy belépett az AA-ba, része lett annak a láncolatnak, hogy segítséget kaphat idősebb józanodóktól és cserébe ő is segítheti a fiatalabb józanodókat. Az AA felépülési narratívái erkölcsi tanúsággal és a hála kifejezésével végződnek.

- A FELNÖVÉS/ÖNTUDATRA ÉBREDÉS NARRATÍVÁJA

A második uralkodó történettípus az egyén öntudatra ébredését/felnövését, illetve az őt elnyomó kapcsolatokról történő kilépését beszéli el. Ezt a történettípust jellemzően nők beszélték el, míg az AA történetek zöme jellemzően férfiaktól származott. Az ilyen történet az elbeszélő gyermekkorának leírásával kezdődik, amelyben a gyermek vágyaira és érzelmeire nem voltak tekintettel. Az elbeszélő megtanulta, hogyan járjon mások kedvében azért, hogy elfogadják, illetve miként palástolja valódi érzéseit és gondolatait. Később a történet hőse megpróbált megfelelni a szülők által támasztott elvárásoknak, és hajlamossá vált olyan kapcsolatokat kialakítani, amelyekben elnyomták vagy kihasználták. Az alkoholt az ebből fakadó feszültségek oldására használta. A felépülés ebben az esetben a belső és a külső kötöttségektől és korlátozásoktól való megszabadulással, illetve az új lehetőségek fokozatos feltárulásával veszi kezdetét. Az életvitelen való változtatás folyamatában gyakran szükség van külső személyre, például egy bátorító terapeuta segítségével. Ők „bábáskodnak” az új személyiség születésénél. A felépülést az a folyamat teszi

lehetővé, amelynek során a beteg megtalálja és elfogadja önmagát, megerősíti akaratát és rátalál saját hangjára. Ehhez arra van szükség, hogy kapcsolatba kerüljön saját érzéseivel és vágyaival.

A FELNÖVÉS/ÖNTUDATRA ÉBREDÉS NARRATÍVÁJA	
A gyermek vágyainak és érzelmeinek semmibe vétele	→ Kísérlet arra, hogy mások kedvében járjon
Függő viselkedés	→ Fokozatos emancipáció
Rátalálás önmagára	
Kulturális történet modell: a gubóból kiszabaduló pillangó	
Magyarázat: A függés az elnyomó viszonyok eredménye	
Kezelés: Eltávolodás, saját szükségletek felismerése	
Erkölcsei ítélet: Nem bűnös, hanem áldozat	
A „Gonosz”: elnyomás, alávetettség	
A „Jó”: önállóság, hitelesség	

5. ábra Rácz József, Drog és társadalom 275.o.

A beteg önmagára találása együtt jár az elnyomó viszonyokból való szabadulással. Az önfelfedezés nyomán mód nyílik egyenlő alapokon álló kapcsolatok kialakítására másokkal. Helyreáll az emberekbe vetett bizalom, mindezt az egyén hatalmas felszabadulásként éli meg.

- A KODEPENDENCIA NARRATÍVÁJA

A KODEPENDENCIA NARRATÍVÁJA	
Gyermekkori sötét titkok a családban	→ negatív érzések elrejtése
Függések sora	→ A függés természetének felismerése
→ Kitérés a függésekből	
Kulturális történet modell: A kodependencia elmélete, a nemzedékek során ülő átok megtörése	
Magyarázat: A függést a titkolózás és az elnyomás okozza	
Kezelés: (Ön) tudatra ébredés, a szégyenteljes titkok feltárása	
Erkölcsei ítélet: Nem bűnös, hanem egy áldozat áldozata	
A „Gonosz”: Az igazság eltitkolása	
A „Jó”: Nyíltság és öntudatosság	

6. ábra Rácz József, Drog és társadalom 277.o.

A kodependenciáról szóló történetekben a felépülés kulcsát az elbeszélőnek az a felismerése jelenti, hogy szinte bármivel kapcsolatban hajlamos függővé válni. Ezt a történettípust három polydrogfüggő férfi mesélte el. A történetek kiindulópontját az

elbeszélő gyermekkori családjában uralkodó érzelmi légkör jelenti. A szülőknek olyan problémáik és titkaik voltak, amelyekről tilos volt beszélni. Negatív érzelmeiket nem tudták kifejezésre juttatni. Az ilyen típusú történetek elbeszélőinek élete különböző típusú függőségek láncolataiból állt. Ha az egyikből sikeresen kikeveredett, rögtön egy másik vonzaskörébe került. Végül ráébredt, hogy a függőség különféle formái ugyanannak a problémának – az érzelmeik tagadásának – következményei. A megoldást a terápia és az önszorgító csoportban való részvétel jelentette.

A kodependencia történeteiben az elbeszélő vakon, megnevezhetetlen nyugtalanságtól vezérelve él, amelytől csak időszakosan képes megszabadulni. A probléma valódi természetének felismerése olyan, mintha rátalálna arra a lámpára, amelynek fényében egész korábbi élete megjelenik előtte. Ez a fény hideg, mivel azt mutatja, hogy minden korábbi kötődés – legyen az alkohol, szerelem, munka vagy Isten – „csak” függés volt. A kodependencia történetei a problémák fő forrásának a titkolózást, az elnyomást tekintik, a nyíltság és a szégyenteljes titkok napfényre kerülése viszont egy új élet lehetőségeit nyitja meg. Ezek az elképzelések a katolikus egyház gyónási gyakorlatára vezethetők vissza. A rejtett problémákkal kapcsolatos öntudatra ébredés katartikus ereje a pszichoanalitikus gondolkodás előtt is ismert.

- A SZERETET/SZERELEM NARRATÍVÁJA

Az ebbe a kategóriába tartozó öt történetben a felépülés kulcsa a szerelem/szeretet és a gondoskodás elnyerése. A történettípus legtisztább változata két, evési problémákkal küzdő nő narratívájában található meg. A szerelmi történettel analóg vallásos történetet mondott el egy alkoholproblémákkal küzdő alany is. A szerelmi történet kezdetén az elbeszélő hiába vágyik szeretetre és törődésre. Ezért különböző eltúlzott és rendellenes viselkedésformákban keres megnyugvást, önbecsülést és figyelmet. A szeretet hiányát szélsőséges túlevéssel vagy diétával kompenzálja. Az eredmény azonban ellentétes saját szándékaival, a szülők közömbössége bebizonyosodik, a barátok elfordulnak tőle, a szégyen elszigeteli másoktól, az önundor pedig saját magától. Végül az utolsó pillanatban a hős megmenekül: az életében megjelenik egy olyan személy, aki elfogadja, szereti, gondoskodik róla.

A SZERETET/SZERELEM NARRATÍVÁJA

Szeretethiány — ~~K~~ompenzáció addikcióval — ~~A~~szeretet elnyerése — ~~F~~elépülés

Kulturális történet modell: Szerelmi történet

Magyarázat: Az addikció a szeretet hiányát kompenzálja

Kezelés: A szeretet elnyerése

Erkölcsei ítélet: Az addikciót mint a szeretethiány kompenzációját igazolják

A „Gonosz”: A közömbösség

A „Jó”: Szerető törődés

7. ábra Rác József, Drog és társadalom 280.o.

A függés magyarázatát tekintve a szerelmi történet a pszichoanalitikus gondolkodásmód nyomait viseli. Eszerint egy kielégítetlen szükséglet kompenzációs tárgyat keres magának. Az addiktív viselkedés iránti hajlam megszűnik, ha a törődés iránti vágy kielégítést nyer.

- AZ ÖNURALOM NARRATÍVÁJA

Az utolsó történettípus uralkodó témája az egyén saját magatartása feletti uralmának megszerzése. Ezt a történettípust szinte kizárólag – mindkét nemben – egykori dohányosok mesélték. Az önuralom narratívájának hőse számára a fiatalkorban elkezdett dohányzás az átmenetet jelentette a gyermekkorból a felnőttek világába. Mivel a dohányzás tiltva volt, veszély és feszültségforrásként működött, a felnőttek normáitól és tilalmaitól való függetlenedést jelképezte.

AZ (ÖN)URALOM NARRATÍVÁJA

Fiatalkor: a dohányzás = autonómia Fiatal felnőttkor: a dohányzás, mint feszültségoldás

→ Felnőttkor: a dohányzás, mint függőség, a felnőttkori felelősségvállalás akadálya

→ Döntés a leszokásról → Fényleges leszokás → Önbecsülés

Kulturális történet modell: A Hős történet, a józan ész győzelme

Magyarázat: A dohányzás először segít, később azonban veszélyezteteti az önállóságot

Kezelés: Akaraterő és különféle technikák

Erkölcsei ítélet: Gyenge én: bűnös, erős én: nem bűnös

A „Gonosz”: Gyengeség

A „Jó”: Racionalitás, önkontroll, felelősség

8. ábra Rác József, Drog és társadalom, 281.o.

A felnőttkor legelején a dohányzás a felnőtt élet elvárásaival kapcsolatos feszültségek oldásának eszközeként működik, és ilyen értelemben az önállóság érzetét kelti. A dohányzás jelentősége akkor változott meg, amikor az elbeszélő tudatára ébredt saját függőségének. A dohányzás immár, mint az – önfegyelmet követelő – felnőtté válás akadálya jelent meg számára. Gyermekre való ártalmosságának felismerése pedig feloldhatatlan ellentmondást teremtett a dohányzás és a felelős, felnőtt viselkedés

között. A dohányzás abbahagyása akaraterőt és elszántságot kíván, amit különféle technikák segíthetnek.

II.3.3. A történettípusok összegzése

Mindegyik történettípus egy olyan központi értéket tételez, amelynek fényében a korábbi függő életforma problematikusnak, az új élet viszont értékesnek tűnik. Úgy tűnik, egy ilyen fáradtságos életformaváltás megvalósításához és fenntartásához szükséges egy új „vezérelv” artikulációja. A történettípusok mindegyike utalt arra, hogy az elbeszélő és a környezet viszonya megváltozott. Az AA történettípusban a „magát többre tartó” főszereplő megtalálja az utat a másokkal való együttműködéshez, a felnöves/öntudatra ébredés történeteiben a „dróton rángatott bábfigura” kitör az elnyomó viszonyrendszerekből, a kodependencia történeteiben az elbeszélő megtanulja kimutatni mások előtt érzelmeit, a szeretet/szerelem történeteiben elnyeri a vágyott szeretetet és törődést, az önuralom történeteiben pedig a dacos ellenkezést felelősségvállalás váltja fel. Mindez arra utal, hogy az addiktív viselkedésmódok az emberi viszonyokban gyökerező más alapvető problémákból eredhetnek. A kutatás során az egyes történettípusok között feltáruló lényegi különbségek azt jelzik, hogy egy-egy addikció eltérő típusú problémákból eredhet, és a felépülésnek is több, különböző útja van. Mindez azt sugallja, hogy nemcsak reménytelen, de egyenesen káros is lehet az a törekvés, amely egyetlen, átfogó magyarázatot, illetve szabványosított megoldást keres minden addikciós problémára. A kezelés alatt álló pácienseket arra kell bátorítani, hogy személyes tapasztalataik alapján alkossák meg és artikulálják történetüket, használják fel teljes egészében a rendelkezésükre álló kulturális történettípusokat, és ne kövessenek vakon egyetlen, már létező narratívamodellt sem. (Rácz 268-285.o.)

Saját tapasztalatom a személyes életutam és a szakmai utam során is az, hogy ellentétben más gyógyítható betegségekkel, a szenvedélybetegségből nincs gyógyulás, viszont a leépülésből felépülésbe lehet kerülni, de csak komoly és mindennapi erőfeszítéssel lehet abban maradni. Ennek lényege a függőség tárgyát képező szertől, viselkedéstől, személytől való absztinencia. Ez persze csapdákat is hordoz magában, hiszen egy kokainista mondhatja azt, hogy leállt a kokainról, miközben szert váltott és újabban heroint használ? Simán mondhatja persze, de ettől még az addikciója ugyanúgy él és irányítja életét, csak pillanatnyilag más szertől dependens. Ezért jó az AA

programja, mely a világon a legnagyobb sikerrel változtatta meg alkoholisták életét, hiszen ez a program idővel át lett fordítva más dependenciákra is, és ezután már nem csak az alkoholtól tudja távoltartani az addikt személyeket. Az AA program - melyet 1934-ben Bill Wilson és dr Bob Smith valósítottak meg és ültettek át sikeresen a gyakorlatba Bill tapasztalataiból és elmékedéseiből - egy csupa ajánlásokból és spirituális lelki elvekből álló 12 lépéses program. Semmit nem „kell” benne csinálni, s talán éppen ezért tud olyan hatékony és közkedvelt lenni a józan alkoholisták körében, mert semmire nincsenek benne a leállni vágyók kötelezve, nincs kényszer semmire se nézve. 2001-ben a becsült tagsága az AA-nak több, mint 2 millió volt és ez csak az alkoholbetegekre vonatkozik. Ahogy említettem, az NA (Narcotics Anonymous) felépülési programja is ezen alapszik, csak az alkohol szót a programban a drogok szóra cserélték ki a drogbetegségben küszködők, hogy az alkalmazott és bevált lelki elvek nekik is tudjanak működni a felépülésükben. Ebben a programban egyszerre csak egy napra kell absztinensnek maradni, s az ajánlásokat betartva az önsegítő közösséggel való szoros kapcsolattartás és az önálló programon való munka során egy személyiségfejlődés megy végbe a szenvedélybeteg emberben, mely egy pozitív irányú változásként definiálható. Csak ekkor tud tartósan távol maradni a szerek fogságából és újra teljes értékű életet élni. Az AA-ban azt mondjuk: „Tarts a győztesekkel”.

III. Szociális környezet

III.1. A szenvedélybetegségről társadalmi kontextusban

„A szenvedélybetegség a modern lét egyik legáltalánosabb jelensége. Megjelenése feltételezésem szerint összefügg az iparivá, majd fogyasztóivá váló társadalom ethoszának kialakulásával.” (Kelemen 78.o.)

Andorka az alkoholizmust és a kábítószer használatot tárgyalta, mint a szenvedélybetegség tüneteit, csoportosításukra a deviáns viselkedések között talált módot, ahogy az öngyilkosságot és a bűnözést is ebben a csoportban tárgyalja. Leírása szerint 1990-ben 590.000-re volt tehető az alkoholisták száma óvatos becsléssel Magyarországon. Az egy főre jutó abszolút alkoholfogyasztás 10,8 liter volt éves szinten, 100 fokos szeszre átszámítva. Valószínűleg ez az adat nem tartalmazta talán a házi illegális pálinkafőzések és egyéb adatait. A kábítószer fogyasztást meglehetősen új deviáns viselkedésformának írta le Magyarországon. Az 1960-as évek végén vette kezdetét valószínűleg a kábítószer használatának és a szerves oldószerek, köztük a ragasztószerek használata, belégzése. 1970 és 1973 között szinte csak Budapesten észlelték a jelenséget, majd elterjedt 2 év alatt az egész ország területére. Becslések szerint a 70-es évek elején évi 150-200, a 80-as évek elején évi 10.000, a 80-as évek közepén már évi 30.000 fiatal került kapcsolatba a kábítószerekkel. Ezeknek többsége valószínűleg azonban csak alkalmi próbálkozó. Akkori csoportosításában – meglehetősen helytállóan – két csoportra osztotta a kábítószer használatát. Egyikbe a ragasztószereket, más oldószereket, éter, benzint, más gőzeinek belégzését sorolta, míg a másik a különféle gyógyszereket, elsősorban altató és nyugtató valamint élénkítő szerek nagymennyiségű egymással illetve alkohollal kombinált fogyasztása volt. Úgy látszott, hogy más fejlett országokban elterjedt kábítószerek, mint heroin, kokain, LSD kevésbé terjedtek el. Egészen a 80-as évek közepéig csupán „kísérletezőkről” tudtak a cannabis (marihuána) szedése illetve ópium fogyasztás területén. Ezzel szemben igen nagy tömegű altató és nyugtató hatású szer fogyott Magyarországon, s ezt ha nem is a kábítószer fogyasztás, de a gyógyszerdependencia körébe tartozónak kellett tekinteni. A „szipuzás” elsősorban a tizenévesek, a gyógyszer és alkoholkombinációk hatása a huszonévesek körében

elterjedt. A „szipuzók” túlnyomó részben a társadalom leghátrányosabb helyzetű gyermekei közül kerültek ki. Hátrányuk egyrészt a szegénység, másrészt a szülők hiánya vagy részükről való elhanyagolás. (Andorka, 415-417.o.)

Összegezve, a meglehetősen nagy mennyiségű alkoholfogyasztás és a legálisan (orvos által felírva vagy vény nélkül) beszerzett altató és nyugtató szerek fogyasztásának tömeges kimutathatósága szintén azt mutatják, hogy megoldatlan problémái voltak sokaknak, vagy sokak nem rendelkeztek a szükséges megküzdési copingokkal a problémák megoldásához, mígnem a kétségbeesés, a probléma megoldásáról való lemondás és a helyzet reménytelenségének hangsúlyozása alakult ki a magyar társadalomban, a néplélemben.

III.2. Kutatással alátámasztott társadalmi attitűdök az egyes szenvedélybetegségekkel kapcsolatban

Úgy gondolom, hogy hazánkban az előbb tárgyalt két irányvonal, az alkohol és a kábítószeresek azok a fő profilok, ahová a „működésképtelen” egyének a legnagyobb számban menekülni próbálnak, ezért az itthoni társadalom attitűdjeit ezek tükrében szeretném vizsgálni. Andorka szerint a magyar társadalom egészének, vagy legalább nagy többségének kultúrájában ki lehet mutatni olyan normákat és értékeket, valamint nemzeti példaképeket, amelyek elsősorban a mértéktelen ivást, az öngyilkosságot, esetleg a depressziót támogatják, bizonyos helyzetekben elfogadhatónak, sőt követendő viselkedésként mutatják be. Elég arra gondolnunk, hogy a XIX-XX-ik században, hány politikus, kulturális alkotó vetett véget életének. Így az öngyilkossághoz többé kevésbé a hősiesség képzete kapcsolódik. Az önkéntes halál azonban a munkásság és parasztság kultúrájában – a környezetben megismert példák hatására – szintén bizonyos helyzetekben elfogadható, sőt talán követendő példaként szerepel. (Andorka, 419.o.)

Az ivás még inkább elfogadott, sőt kötelező viselkedés a társadalomban. Az iskolákban elsajátított kultúra is elkerülhetetlenül közvetít. Példaképpen említhetjük a Bordalt első számú nemzeti operánkban, a Bánk Bánban, vagy az Egri csillagok filmváltozatát (Dobó István lerészegedése). Szinte teljesen elterjedt az a norma is a magyar társadalomban, hogy az élet nagy fordulópontjait, mint az érettségi, szakmunkásbizonyítvány, bevonulás, leszerelés, mértéktelen ivással illik megünnepelni.

Inkább csak hipotézisszerűen lehet megfogalmazni, hogy a magyar kultúrában elterjedt viselkedési minta a kétségbeesés, a helyzet reménytelenségének hangsúlyozása, a problémák megoldásáról való lemondás. (Andorka, 419-420.o.)

A drogfogyasztással kapcsolatban azért más volt a helyzet, s más ma is. Két személyt interjúvoltam meg szakdolgozati munkám során abból a célból, hogy a lehető leghitelesebb információkat nyerjem a rendszerváltás előtti magyar társadalom attitűdjéről a kábítószerhasználat terén, vagy egyszerűen csak mint újonnan felbukkant jelenséggel kapcsolatban. Interjúalanyaim egyike Fiú, másikuk Lány. A Narcotic Anonymous hagyományai szerint figyelemmel kellett lennem a névtelenség elvére. Fiú a 80-as évek közepe óta fogyasztott kábítószerket, jellemzően ópiátokat. Lány a 70-es évek végétől a szerves oldószerektől indulva a technocol rapig ragasztón és a mákteán át a heroin ölelésével is végül több évtizedes drogkarrier után állt le, próbál megváltozni, ugyanúgy, mint Fiú. Mindketten nagy beleéléssel meséltek punk korszakukról, minek elviségét a rendszerrel való szemben állás határozta meg. Tupírozott hajukról, ruhaviseletükről biztosan mindenki felismerte őket fénykorukban a fővárosi helyszíneken korábbi életükből. A lázadás lételemük volt, kettejük története teljesen egynek tűnt számomra, csak az együttesek és a helyszínek voltak eseteikben mások, de számomra a generációkülönbség miatt mind ismeretlen volt, így ez csak részletkérdésnek tűnt. Az érzés ugyanaz volt velük kapcsolatban, hiteles, régi „bútordarabok”, ráadásul mindketten egy multiprofesszionális stábben gyakorolnak hivatást segítőként azóta. Ez így igazán spirituálissá tette a dolgot. Úgy emlékeztek vissza, hogy Magyarországon a rendszerváltás előtt drogfogyasztás nem volt, mármint, hogy nem lehetett róla beszélni, és hát, amiről akkoriban nem beszéltek, az nem volt. Ők még codein, noxiron és hasonló őskövület ópiumokat használtak főként nyugtató ellazító hatásuk miatt. Heroin ritkán jutott ki akkoriban azt mondják, de teljesen elvoltak az említett gyógyszerekkel is, némi mákteával, időnként alkoholizálással, a különféle szokásos kombinált hatóanyagokkal. Úgy emlékeznek vissza, azon a körön kívül, akikkel együtt mozogtak, senki nem vett tudomást a létezésükről, az emberek homokba dugták a fejüket. A rend őrei akkoriban keményen léptek fel általánosságban, ez elmondható, de mivel az alacsony költségvetésű szerhasználat nyomán nem volt szükség erőteljes kriminalizálódásra, így azok sem vettek különösebben tudomást a dologról. Főként recepthamisítás volt a legnagyobb bűncselekmény, amit az ópiát tartalmú köhögéscsillapítóért el kellett követni. Szóval a drogokról senki tudni sem akart, az alkoholfogyasztás pedig majdhogynem nemzeti szokás volt már akkor.

A drogfogyasztás minősítése az a kérdés, hogy valamely anyag és annak használata „jó” vagy „rossz”, nemcsak kultúránként eltérő, de a fogyasztás célja és kontextusa is egy adott kultúrán belül, döntően befolyásolhatja a cselekmény megítélését és a megítélés következményeit egyaránt. Valamely ópiátszármazék orvosi alkalmazása pl. a fájdalom csillapítására vagy „ártalomcsökkentésre” elfogadott lehet, míg ugyanannak a szernek ugyanabban a mennyiségben történő, de „önkényes”, tudniillik nem orvos által előírt használata súlyos bűnténynek számít. Egy drog, illetve drogfogyasztási mód jónak vagy rossznak nyilvánítása nem annyira az anyag kémiai tulajdonságaitól, sajátosságaitól függ, mint a társadalmi hozzáállástól. Éppen ezért a drogkérdésről aligha lehet lényegeset mondani anélkül, hogy tekintetbe vennénk annak teljes kapcsolatrendszerét, társadalmi, történeti, kulturális és politikai vetületeit is. (Kelemen Gábor, 99.o.)

III.3. A család funkciója az egyén életében

A családnak elsődleges funkciója van az egyén életében. Meggyőződésem legalábbis, hogy így kellene lennie. Sajnos azonban az ipari forradalom idején a 19. század II. felében bekövetkező strukturális változások a családokban nagy károkat okoztak. A modern kor kényelmét szolgáló életvitel kialakítása és fenntartása nagy áldozatokat követelt, követel tőlük, melyek helyenként és bizonyos kultúrákban visszafordíthatatlannak tűnnek.

„Az emberi társadalmak nem úgy épülnek fel, hogy a makrotársadalom és annak intézményei állnak szemben az egyes emberekkel. A makrotársadalom és az egyén között „középszinten” helyezkedik el számos csoport és intézmény, amelynek az egyének tagjai, és amelyeken keresztül az egyének a makrotársadalomba betagozódnak, illetve amelyek az egyén felé közvetítik a makrotársadalom hatásait, elvárásait, igényeit. Ezek a kiscsoportok vagy elsődleges csoportok, közöttük a fejlett társadalmakban jelenleg a legfontosabb a család.

A kiscsoporttal rokon, de nem teljesen azonos, annál szűkebb fogalom az elsődleges csoport. Ez az olyan kiscsoport, amelyben a csoporttagok teljes személyiségükkel (tehát például nemcsak mint munkatársak vagy mint szomszédok) vesznek részt, ezért a kapcsolatok sokoldalúak (például nemcsak a munkára, hanem a szabadidő eltöltésére is kiterjednek), érzelmileg színezettek. Az elsődleges csoportban az egyes csoporttagok

érzelmi biztonságot, segítséget várnak és kapnak, ezek a kapcsolatok elősegítik személyiségük fejlődését, gazdagodását. Az elsődleges csoportokban megy végbe a gyermekek szocializációja, személyiségük fejlődése; az elsődleges csoport tagjai közötti kapcsolatok nyújtanak segítséget a felnőtt embernek lelki egészsége fenntartásában, a felnőtt élettel járó feszültségek lelki problémák megoldásában. Úgy is fogalmazhatunk, hogy az elsődleges csoport többi tagjaitól kapott pozitív visszajelzések, szerető elfogadás és elismerés szükséges ahhoz, hogy az egyénben saját magáról reális, de pozitív énkép alakuljon ki. A legfontosabb elsődleges csoportok a család, a tágabb rokonság és a baráti, közöttük kortársi kiscsoportok.” (Andorka, 315-316.o.)

A szociológusok gyakran két nagyobb szakaszra bontva tárgyalják a különböző közegekben zajló szocializációt. A szocializációs közegek azok a csoportok vagy társadalmi helyzetek, amelyekben a szocializáció alapvető folyamatai végbemennek. Az elsődleges szocializáció csecsemő és kisgyermekkorban zajlik, ez a kulturális tanulás legintenzívebb időszaka. A gyermek ekkor sajátítja el a nyelvet és azokat az alapvető viselkedésmintákat, amelyek a későbbi tanulás alapját alkotják. Ebben a szakaszban a család a fő szocializációs közeg. A másodlagos szocializációra a gyermekkor későbbi részében, az érett korig kerül sor. Ebben a szakaszban a család egyes feladatait más szocializációs közegek veszik át. Az iskola, a kortárs csoport, a szervezetek, a tömegkommunikációs eszközök és végül a munkahely válnak az egyént szocializáló erővé. Az ezekben a kontextusokban zajló társadalmi interakciók révén az emberek megtanulhatják a kultúrájuk sajátos mintáit alkotó értékeket, normákat és nézeteket. (Giddens, Szociológia 143.o.)

Ha nem vagyok olyan szerencsés, hogy a családomban fontos és pozitív értékek működtetését látom a szüleimtől (szeretet, tisztesség, becsület, munka, stb...), és nem tudom elfogadni az Isteni kegyelmet, melynek során egy 9 hónapos bentlakásos terápiában ezeket a már korábban látott értékeket hozzám hasonló sorsú, de már felépülőben lévő szenvedélybetegek felidéznek, újjáteremtik és megerősítik bennem, akkor elvesztem. Nem jól van ez így. Egyre kevesebben vannak, akik olyan családba születnek, ahol a fent sorolt értékek prioritást élveznek. Vagy inkább egyre többen vannak, akik olyan családba születnek, ahol természetes, ha elveszik azt, amiért a másik ember véres verejtékkel megdolgozott, vagy még meg is verik érte, kifosztják, esetleg megölik. Rendszeresen járok a Felnőtt és Fiatalokörök börtönébe drogprevenációs körletre prevenációs és terápiás foglalkozást tartani, ezelőtt 15 és 17 évvel pedig volt

szerencsém elítéltként részt venni a nagyszerű társadalom büntető szankcióiban mindenféle nevelő célzatú haszon nélkül, de annál nagyobb erkölcsi, morális, stb károk árán, amit nagyon nehéz volt helyrehozni, feldolgozni. Ezen élményeim nyomán nyugodtan kijelenthetem, nem fog jóra vezetni, hogy az egyén minden problémájával magára van hagyva, hogy oldja meg. Választott hivatásom, a szociális munka talán tud segíteni ezen embereknek.

III.4. Anómia feltárása a társadalomban, előzmények, okok, következmények, okozati összefüggések

Amikor az egyes emberek életében azokat az okokat keressük, amelyek a deviáns magatartás kialakulásában szerepet játszottak, akkor szinte minden esetben fel lehet fedezni valamilyen akut feszültséghelyzetet, például öngyilkosság esetében az elmagányosodást, családi viszályt, az alkoholisták körében a férfi-nő kapcsolatok problémáit, konfliktusait, a foglalkozási életpályával kapcsolatos feszültségeket, kábítószerfogyasztó, „aluljárós” fiataloknál az iskolai kudarcokat, a konfliktusokat. A deviáns magatartású személy a feszültségek szorításában mintegy „belemenekül” a devianciába. Az öngyilkosság esetében a megoldhatatlannak látszó helyzetből való menekülés szándéka egyértelmű. A mértéktelen alkoholfogyasztás motívuma is az alkohol közismert átmeneti feszültség és szorongásoldó hatásával függ össze. A kábítószer fogyasztó fiatalok azért csatlakoznak ilyen közösségekhez, és nyúlnak a kábítószerhez, mert így pillanatnyilag elfelejtik a családban és az iskolában őket ért kínos élményeket. Az antiszociális magatartású, agresszív fiatalok magaviseletének hátterében az érzelmi, indulati élet kielégíthetlensége és önérzeti sérelmek állnak. A szociológus számára természetesen felmerül a kérdés, hogy a vizsgált társadalomban vagy társadalmi csoportban mennyire gyakoriak az akut feszültséghelyzetek, és ezeknek gyakorisága hogyan függ össze a társadalom vagy a csoport általános jellemzőivel.

Az akkut stresszhelyzet azonban csak a közvetlen kiváltó, „precipitáló” tényező. Meg kell keresnünk a mögötte mélyen húzódó okokat, melyeknek következtében a deviáns magatartást tanúsító személy nem képes a feszültségeket elviselni, az azt okozó helyzeteket megoldani. E feszültségek elviseléséhez, megoldásához egészségesen fejlődött, érett személyiség szükséges. Az egészséges személyiségfejlődéshez, szocializációhoz, harmonikus családi háttér és a kortárs csoportokkal való jó kapcsolatok

kívánatosak. Ha ezek hiányoznak, szocializációs és személyiségfejlődésbeli zavarok léphetnek fel. A szociológiai kutatásoknak legtöbb esetben sikerül kimutatniuk a személyiségfejlődésnek olyan korai, többnyire gyermekkori zavarait, amelynek következtében a kérdéses személy kevésbé teherbíró, ellenálló a felnőttkorban többé-kevésbé szükségszerűen fellépő feszültségekkel szemben. (Andorka,409.o.)

Nem tudjuk egyértelműen mérni és bizonyítani, hogy Magyarországon az elmúlt évtizedekben nőtt a Durkheimi értelemben vett anómia, vagyis csökkent volna a társadalmi normák ereje. Egy, az értékek és normák témáját körülíró kérdés, amely egy 1978. évi és egy 1990. tavaszi adatfelvétel kérdőívén egyaránt szerepelt, az anómia magas szintjére és erős növekedésére enged következtetni. A megkérdezettek az alábbi kérdéssel való egyetértésüket vagy egyet nem értésüket fejezték ki: „Az eszmények, célok, elvek ma olyan gyorsan változnak, hogy az ember azt sem tudja, miben higgyen, mi szerint éljen”. 1978-ban 21%, 1990-ben 59 % teljesen egyetértett ezzel. Nem szorul bizonyításra, hogy a magyar társadalom az elmúlt évtizedekben, legalább 1941 óta (de kiterjeszthetjük ezt az időszakot 1914-ig visszamenően) egyrészt igen nagy megrázkódtatásokon ment keresztül, másrészt igen gyors gazdasági és társadalmi változások történtek. Ezeknek a hatására a Durkheim által leírt anómiához hasonló jelenség elterjedt, az anómia fogalmát mellőzve egyszerűen azt is mondhatjuk, hogy ezek a megrázkódtatások és feszültséghelyzetek gyakoribbá tettek bizonyos kríziseket, például családi és életpálya konfliktusokat, amelyeket a deviáns viselkedés háttérében kimutattak. Végül felhasználható a deviancia gyakoriságának magyarázatára az az egyszerű tény is, hogy hazánkban igen kevésbé fejlettek a mentálhigiénés segítséget, pszichiátriai ellátást, szociálpolitikai segítséget nyújtó állami és más társadalmi intézmények, és igen szegényesek a kisebb közösségek (családok, tágabb rokonság, munkahely, helyi közösség) egyént védő, támogató mechanizmusai. Ezért a feszültségeit megoldani képtelen ember sok esetben magára marad, és mivel nem kap más segítséget, valamilyen deviáns viselkedésbe „menekül” problémái elől. (Andorka, 420-421.o.)

Az akut feszültséghelyzetekre, a szocializációs zavarokra és a környezet kultúrájára hivatkozó magyarázatoknál is felmerül a kérdés, hogy ezeknek az egyének és családok szintjén felmerülő okoknak milyen makrotársadalmi háttere van. A szociológiában a 19. század óta történtek próbálkozások a különféle deviáns viselkedések gyakoriságának makrotársadalmi magyarázatára. Ilyen kísérlet a két anómia elmélet. Durkheim már a

századforduló körül nagyon világosan leszögezte, hogy egy - egy öngyilkosság okait kereshetjük a kérdéses személy lelki alkatában vagy közvetlen környezetében, de az öngyilkosságnak az adott társadalmon belüli gyakoriságát csakis a társadalom egészének jellemzőivel lehet megmagyarázni. Az ilyen magyarázat céljára fogalmazta meg az anómia elméletét. Eszerint az anómia a társadalmi normák meggyengülésének állapota. Ez többek között a gyors és nagy társadalmi változások hatására erősödik fel. A nagyobb fokú anómia pedig az öngyilkosság gyakoribbá válását okozza, mert a világos viselkedési szabályok hiánya megnöveli az egyes emberek életében előforduló feszültségeket. Némileg kiterjesztve a Durkheim féle anómiafogalmat azt mondhatjuk, hogy a gyors – vagy inkább a nagy megrázkódtatásokkal járó – társadalmi változások akkut feszültséghelyzeteket teremtenek, növelik a szocializációs zavarok gyakoriságát, általában norma és értékzavart, válságokat okoznak. Ezt nevezhetjük anómiás állapotnak. Ilyen állapotban a társadalom tagjai nagyobb gyakorisággal reagálnak deviáns viselkedéssel. (Andorka, 410-411.o.)

Durkheimnek a bűnözéssel és a devianciával kapcsolatos gondolatai hozzájárultak ahhoz, hogy a figyelem áttevődjön az egyéni magyarázatokról a társadalmiakra. Az ő anómiafogalmát Robert K. Merton amerikai szociológus fejlesztette tovább, aki magának az amerikai társadalomnak a szerkezetét tekintette a bűnözés forrásának, és igen nagy hatású devianciaelméletet dolgozott ki. Merton módosított elmélete arra a feszültséghelyzetre utal, ami az elfogadott normák és a társadalmi valóság konfliktusai miatt alakul ki az egyénben. Az amerikai társadalomban - és bizonyos mértékig a többi iparosodott társadalomban is – az általánosan elfogadott értékek a karriert és a meggazdagodást, vagyis az anyagi értelemben vett sikert hangsúlyozzák, amit önfegyelmel és kemény munkával lehet elérni: az, aki valóban keményen dolgozik, eljuthat a csúcsra, bárhol is indul. Valójában azonban nem ez a helyzet, mivel a hátrányos helyzetű állampolgárok többségének vagy csak nagyon kevés esélye van az előbbre jutásra, vagy egyáltalán nincs erre lehetősége. Azokat, akik nem tudnak „sikereket” elérni, a többiek elítélik, amiért nem képesek anyagilag boldogulni. Ilyenfajta társadalmi környezetben nagy a kísértés, hogy az emberek bármilyen áron – akár törvénytelen úton – megpróbáljanak „felülemelkedni”. Merton szerint tehát a deviancia a gazdasági egyenlőtlenségeknek és az egyenlő lehetőségek hiányának az egyik mellékterméke. (Giddens, 616.o.)

Az 1930-as években tehát Merton új anómiafogalma szerint az anómia az az állapot, amikor a társadalmilag elfogadott célokat (az amerikai társadalomban a

meggazdagodást) nem lehet megengedett eszközökkel (tanulással, munkával, takarékossgal) elérni. Szerinte az anómiás helyzet erősebb a társadalom kedvezőtlenebb helyzetű rétegeiben, és ezzel magyarázható, hogy ott a deviáns viselkedés gyakoribb. Nem tudjuk a deviáns viselkedések hazai alakulásának okait pontosan meghatározni. A fent felsorolt elméleti hipotézisek alapján azonban kaphatunk bizonyos támpontokat, hogy hol is kereshetjük az okokat. (Andorka, 418.o.)

IV. A szociális munkás szerepe, lehetséges eszközei a szenvedélybetegségek kezelésében

IV.1. Kezelési lehetőségek, metódusok

A szenvedélybetegségek kezelésének módszertani összefoglalása:

Pszichodinamikus terápiák, ahol a betegség háttérében meghúzódó pszichés problémák feltárása és feloldása a cél.

Viselkedésterápiák, mely során a szer használatához kellemetlen ingert társítanak.

Kognitív terápiák alkalmazása: önkontroll-tréning, visszaesés-megelőzés tréning.

Biológiai terápiák: orvosi ellenőrzés mellett antagonistá szerek alkalmazása.

Szociokulturális terápiák: önszolgáltató csoportok pl: Anonim Alkoholisták.

Csoportterápiák, csoportban végzett dinamikus orientált, a lelki eredetű problémák feltárása és megoldása a cél, pl: pszichodráma.

Relaxációs technikák.

Transzperszonális pszichológiai irányultságú megközelítés, mely a személyiség transzcendens megéléséből meríti gyógyító energiáját, pl: dinamikus meditáció, transzlégzés.

Egyéb alternatív terápiák: természetgyógyászat, akupunktúra, meditáció. Kasza Zsuzsanna <http://www.budaipszichologus.hu/szenvedelybetegsegek.html>

Ahogy Kasza Zsuzsanna is írta fentebb, a „teljesség igénye nélkül” felsorolok néhány a későbbiekben még kibontandó **terápiás intervenciót**:

- Állapotfelmérés
- Konzultáció
- A motivációs interjú
- Rövid intervenció
- Relapszus prevenció
- Terápiás programok:
 - Egyéni pszichoterápiák
 - Pár és családterápia
 - Csoport-pszichoterápiák

— Ártalomcsökkentő módszerek:

- Alacsony küszöbű szolgáltatások
- Magas kockázatú csoportok
- Metadon programok
- Tűcsere program

— Speciális programok:

- Névtelen Alkoholisták és más (névtelen) programok
- Terápiás közösség
- Munkahelyi megelőző programok
- Börtönterápiás foglalkozások

Ezekkel együtt pedig szót kell majd ejtenünk a **preventív intervenciókról**, hiszen a megelőzés legalább olyan fontos eleme a lehetőségeinknek ebben a szegmensben, mint maga a terápiás folyamat, vagy az ártalomcsökkentés

IV.2. Megelőzés és beavatkozás

Rácz összefoglalása szerint a megelőzésre is legalább akkora hangsúlyt kell fektetni, mint a konkrét kezelésekre a már létrejött betegség esetén.

• Preventív intervenciók

Az elsődleges megelőzés arra irányul, hogy a betegség ne jöjjön létre. Mostanság nagyon elterjedtek az iskolai prevenciók előadások, munkahelyeken, más intézményekben szintén ellátják ezt a feladatot szociális munkások. Szervezik, alakítják, pályázzák a különböző prevenciók programokat.

A másodlagos megelőzés a már megindult kórfolyamatra hat, legkorábban a kockázati tényezők vagy állapotok (risk factors) fázisában beszélhetünk róla. Később a szűrés, a korai felismerés és a korai kezelésbevitel csökkenti a betegség kialakulását.

Harmadlagos megelőzés: a megfelelő kezelés, a maradványállapotok rehabilitációját és reszocializációját jelenti. Nagy szerepe van a szenvedélybetegek kezelésékor a szociális munkásnak az egészségfejlesztésben is. Ezzel együtt az egészségi állapot csak úgy javítható, ha rendelkezésre állnak bizonyos egészségi előfeltételek, mint béke, lakóhely, oktatás, táplálék megfelelő környezet, személyi jövedelem, megfelelő erőforrások, szociális igazság és egyenlőség. Képviseletet kell (advocacy) azokat a körülményeket és

hatótényezőket, amelyek az egészséget fejleszthetik, javíthatják. Képesé kell tenni az embereket arra, hogy egészségi lehetőségeiket kibontakoztathassák. Közvetíteni kell a különböző társadalmi érdekek között az egészség érdekében:

- egészségfejlesztő politika építése
- támogató emberi környezetek létrehozása
- közösségi akciók erősítése
- személyes képességek, készségek kialakítása a megküzdő coping képességek fejlesztésével együtt
- egészségügyi szolgáltatások reorientációja az egészségmegőrzés érdekében

• **Terápiás intervenciók**

A szociális munkásnak ügyelnie kell a terápiás illeszkedés (treatment matching):kliens-terápia összeállításra. Megfelelő terápiát kell majd kiválasztani az adott eset kezelésére. A gondozás folyamatosságát szintén szem előtt kell tartania (continuum of care), illetve bármilyen nehéz is, az eredményességet vizsgálni kell.

A terápiás kapcsolat kezdetén állapotfelméréssel kezdjük meg a folyamatot. Ennek lépéseit a következők szerint tehetjük:

1. Miért éppen most fordult segítségért?
2. Az alkohol/droghasználat jellemzői:
 - korábbi használat
 - jelenlegi használat
- 3 A dependencia mértéke
- 4 Egyéni háttér:
 - munkahelyi és anyagi háttér
 - családi háttér és társas támogató rendszerek
 - érdeklődési körök, hobbik
 - más fontos személyek bevonhatósága a segítő folyamatba
 - szexuális problémák, szexuális bántalmazás
 - illegális tevékenységek
 - jogi, rendőrségi problémák
 - kockázati magatartások

- 5 Szomatikus egészségügyi problémák, az alkohol és droghasználathoztársuló betegségek, egyéb betegségek
- 6 Pszichiátriai zavarok, kezeléstörténet
- 7 A kliens motivációs állapotfelmérése
- 8 Önjellemzés

A konzultációt (counseling).különböző szakaszokra oszthatjuk.

1. állapotfelmérés
2. célkitűzés
3. terápia tervezés és szerződés kötés
4. a kezelés menete, a változás előidézése
5. a kezelés terminálása
6. utánkezelés és utánkövetés

Az állapotfelmérést követő szakaszt követi a célkitűzés és a közösen elfogadott céloknak megfelelő terápia tervezés és szerződés. A kliens motivációs állapotától – is – függően nem biztos, hogy az absztinencia az adott pillanatban elérhető cél. Másfelől szakmailag egy súlyosan dependens kliensnél nem lehet elvállalni, hogy egy hét alatt absztinens lesz és életkörülményei is javulni fognak. A célok egy része az alkohol/droghasználattal kapcsolatos, más része a kliens élethelyzetének, életstílusának javításával. A célok meghatározása után a terápia tervezésénél megállapíthatunk egy prioritást a célok között. A terápiás tervet jó, ha írásban rögzítjük, hogy milyen problémához milyen terápiás módszert vagy lépést rendelünk.

(Rác 89-90.o)

IV.3. A Motivációs interjú

A terápiában kiemelt jelentőségű motivációs interjút és az egyéb, speciális programokat is összefoglaló anyagot egyik számomra meghatározó munkahelyem, az INDIT közalapítvány *Tisztás* nappali ellátó, alacsonyküszöbű szolgáltatásokat nyújtó intézmény biztosította dolgozatomhoz, a speciális programokig bezárólag ebből idézek. Ezen szakmai program szerint a motivációs interjú, ahogy Miller és Rollnick 1991-ben kifejtették, részben motivációs technika, részben pedig a szenvedélybetegség, sőt tágabban minden nem kívánatos viselkedés megváltoztatásának filozófiája. A

motivációs technika a kontempláció és a prekontempláció szakaszaiban alkalmazandó, amikor a kliens ambivalens a változással szemben, vagy még nem érzi úgy, hogy szerhasználata probléma lenne, nem tartja magát szenvedélybetegnek. A módszer célja, hogy a kliens kívánja droghasználó életmódjának megváltoztatását, illetve a prekontempláció stádiumában lévő kliensnél elég, ha azt a célt tűzzük ki, hogy a kliens vegye fontolóra a használat abbahagyását. Az interjú során hangsúlyozzuk a kliens jogát a választáshoz, döntése következményéért pedig felelősséggel tartozik. A módszer öt alapelemből áll.

1., *Az empátia kifejezése*: A kliens elfogadása - beleértve drog-használatát is – fokozza változással kapcsolatos szándékait. A megértés és az elfogadás, a nem ítélő attitűd nem jelenti ugyanakkor az egyetértést a klienssel.

2., *Diszkrepancia kialakítása* a beteg jelenlegi magatartása és kitűzött célja közötti eltérést jelenti. A kliens jelenlegi szerhasználó életmódja, és távolabbi céljai közötti össze nem illést emeljük ki. A motivációs interjú alapja az, hogy a legtöbb szenvedélybetegben az

ambivalencia fellelhető, illetve egy későbbi szakaszban magától is megjelenik, és a kliens a „folytassam-abbahagyjam”, „jó ez nekem, vagy rossz” kettősségével kerül állandóan szembe. Ambivalencia áll fenn a használat vágya, és a leszokás vágy között. A motivációs interjú ezt az ambivalenciát hozza létre, illetve erősíti, az ambivalens, állandóan billegő egyensúlyi helyzetet igyekszik a változás elfogadása irányában „felbillenteni”.

3., *A vitatkozás elkerülése*: A vita, a rábeszélés sokszor növeli a kliens ellenállását.

A motivációs interjú során kerüljük a konfrontációt, mert a támadás védekezést, vagy éppen ellentétes reakciót vált ki.

4., *Együtt haladás az ellenállással*: Ellenállás jelentkezése esetén el kell kerülni a konfrontációt, stratégiát kell váltani. A megértés, a beteg érzéseinek megfogalmazása segít az exploráció folytatásában.

5., *A változtatás képességének támogatása*: A változás lehetőségébe vetett hit önmagában fontos motivációs tényező.

A motiváció fokozás rendkívül összetett folyamat, a legtöbb addiktív páciens fejlődése nem lineáris a változás irányában, többször is végigmennek az egyes kategóriák körén a hosszú távú cél megvalósulásáig. Lényeges, hogy a terapeuta felmérje a kliens motiváltsági állapotát, mivel csak így tudnak ugyanarra a tényre fókuszálni, ami döntő a terápiás cél meghatározásában.

A motivációs interjú gyakorlati alkalmazásának módszerei

Néhány konzultációs technika elengedhetetlen a jó motivációs interjúhoz.

Ezek a következők:

- nyitott kérdések
- visszatükröző figyelem
- megerősítés
- összegzés

A motivációs technika direktív, ösztönzi a klienst, hogy kifejezze az ambivalenciáját, és vegye figyelembe a változás lehetőségét. Nyitott kérdésekkel előhívhatjuk a kliens aggodalmait alkohol, vagy droghasználatával kapcsolatban. Az összegzés és a visszatükröző figyelem szintén direktív, amikor szelektíven az önmotiváló állításokat erősítjük meg.

Ilyen önmotiváló állítások, a kliensnek olyan kijelentései, hogy

- Hajlandó foglalkozni szerhasználatával
- Elfogadja, hogy alkohol-vagy droghasználatával van
- Ivással, vagy droghasználatával kapcsolatos aggodalmát fejezi ki
- Vágyik arra, hogy megváltoztassa szerhasználó életmódját

A motivációs interjú során ezen kijelentéseket szelektíven tükrözzük vissza és erősítjük meg.

IV.4. Egyéb módszerek és beavatkozások

Rövid intervenció

Miller és Rollnick a motivációs interjú módszerét adaptálták a rövid intervencióra is. Visszajelzés az állapotára pszichoszociális állapotára, direkt, konkrét tanácsadás, felelősségérzetre való ráhatás, választási lehetőségek a döntéshez, ami jellemzi ezt. Az empátia kulcsszerepet játszik itt is, bízik a kliens képességében a rövid intervenció, hogy képes megtenni a változást.

Relapszus prevenció

A módszer olyan viselkedéses kognitív kezelés, mely célja, hogy segítse az egyéneket a kívánt viselkedésváltozás fenntartásában. A meghatározás valójában kettős célt takar:

megelőzni a visszaesést és megbirkózni vele, ha előfordul. Vannak úgynevezett nagykockázatú helyzetek, melyeket elkerülve, leépítve megelőzhető a megcsúszás, vagy visszaesés. A figyelmeztető jelzéseket is észre tudja venni magán a figyelmes, önmaga felé érdeklődéssel tekintő addikt személy és akkor még időben vissza tud fordulni, ha rossz irányba indult.

Terápiás programok

Az egyéni pszichoterápiák mellett a pár és családterápia, de a csoport-pszichoterápia is a szakember rendelkezésére áll. A megfelelő képzéssel és alapos felkészültséggel lehet ezen módszerekkel dolgozni, különben nagy összevisszaság, de akár komoly probléma, nagyon szélsőséges esetben öngyilkosság is lehet egy balul sikerült pszichoterápia kimenetele.

Ártalomcsökkentő módszerek

Végül pedig, de nem utolsó sorban az ártalomcsökkentő módszerekkel tudunk operálni az alacsony küszöbű szolgáltatásokban. Ezen belül a Drop-in szolgáltatás (ahova be lehet esni) nyújt azonnali segítséget, de a tüssere is az ártalmak továbbfokozódásának megakadályozására van működtetve mind az egyén, mind a társadalom szempontjából. Ide tartozik még az úgynevezett metadon program, ahol az ópiát függők fenntartó kezelését biztosítják, segítve ezzel a kriminalizálódás elkerülését számukra. Ma már a suboxone is működik ilyen program keretében, amely a legújabb fenntartó gyógyszeres kezelés alapjaként funkcionál. Nagy hangsúlyt kap a HIV-AIDS megelőzés és a biztonságos szexuális kultúra propagálása is ebben a programban. (INDIT Közalapítvány "Tisztás" Szenvedélybetegek Nappali Intézménye Szakmai program)

A „Tisztásos” munkám során is, és szintén egy speciális program keretében, közel 8 éve dolgozom a Baranya megyei Büntetés Végrehajtási Intézet prevenciókörletein terápiás segítőként. Ilyenkor rendszeres időközönként látogatok az intézménybe egy-egy kollégával drogprevenciók foglalkozást tartani azokon a körleteken, ahol az addikt életvezetésben érintett fogvatartottak tölthetik jogerős ítéletüket, vagy előzetes letartóztatásukat. Az utóbbi években a szerhasználói szubkultúrában végbemenő legújabb változás nyomán – miszerint egyre olcsóbban és könnyebben hozzáférhetőek főleg az ún. designer drogok – jelentősen bővült a szerhasználók létszáma. Ami rendkívül ijesztő lehet ebben, hogy az új használói kör főleg a szegény, iskolázatlan

rétegekből kerül ki, ahol az új, filléres szerek megjelenése előtt egy erős drogelvonás nélkül sem feltétlenül okozott nagy morális vagy erkölcsi dilemmát sokuknak az, hogy valamely tárgy megszerzéséért cserébe valakivel elbánjanak. Saját személyes véleményem és a mindennapokban látható, egyre brutálisabb társadalmi folyamatok tanúságai szerint is, az enyhén szólva is nem megfelelő érzékenységű és irányú nemzeti drogstratégia is csak újratermelteti a fel nem dolgozott problémát a társadalom számára. Mivel a börtönökben egyre több a szerhasználó, vagy a szerhasználattal összefüggésben lévő bűncselekményt elkövető egyén és a jelenlegi folyamatok azt mutatják, hogy ez a szám csak nőni fog a jövőben, ezért bemutatom a bűncselekményt elkövető szenvedélybetegekkel folyó szociális munkát.

IV.5. Munka a szenvedélybeteg bűnelkövetőkkel

A börtönviseltek a segítségnyújtás folyamatában – a pártfogók narratívái alapján – leggyakrabban az ágencia hiányában lévő, sodródó, gyámoltalan kliensként (pártfogolt) jelennek meg az ellátó rendszerben.

Egyik segítő pártfogó szerint : A kliensek tudatlanok, bezárkóztak, szinte mintha nem is ebben a világban élnének. Probléma az önállóság, öntevékenység hiánya, ami a paternalista szocializmusban működő mechanizmusok hatása.

Nem egyenrangú a kapcsolat kliens és segítő között, de nem is lehet az, hiszen az intézmény nem csak segítő, hanem ellenőrző funkciót is ellát, a társadalmi normákhoz, szabályokhoz próbálja szoktatni „ügyfelét”, annak érdekében, hogy megelőzze a visszaesését, illetve csökkentse a kockázatát egy újabb bűncselekmény bekövetkeztének. **Ám az ágenciát megalapozó normáknak (családi értékek, munkamorál, párkapcsolati viselkedés) az internalizálása csak akkor lehetséges, ha az illetőnek megvannak azok a kötései, mintái, amelyek ezt a „programot” támogatják.** Gyakran előfordul, hogy mindezek hiányában, a kliens percepciója következtében nem alakul ki egyenrangú kapcsolat pártfogó és pártfogolt között, sokszor nem tekintik nagykorúnak a klienst, és tanár–diák, vagy szülő–gyerek kapcsolat (érzés) alakul ki közöttük. Néhány interjúalanynál a pártfogói kapcsolat elvesztése után ezért problémák merülnek fel, nincs, aki megmondja nekik, merre menjenek (paternalizmus).

Egy kliens elmondása alapján: Amíg intézetis pártfogóm tudott segíteni sok mindenben, például az elhelyezkedésben, addig nem volt gond, de vele sajnos elvesztettem a kapcsolatot, rossz társaságba keveredtem. A megkérdezett interjúalanyok közül csak páran említették tényleges segítő kapcsolatuként volt pártfogójukat. Bizonyos tekintetben a felügyelet, a túlkontrollálás, a paternalista gyámkodás jellemzi a pártfogói segítő intézményt, ám ez esetükben elkerülhetetlen. Ennek mértékén viszont az új, szolgáltató jellegű egyéni esetkezeléssel, a pártfogó hálózat bővítésével és egy hatékony kommunikációs stratégiával tudnának javítani. Az anya, közeli hozzátartozó, élettárs elvesztése is általában az ágencia hiányához és a kommunalitás diszfunkciójához vezet (drogos vagy bűnözői társaság). Többen ennek tulajdonították lecsúszásukat, de a valódi okot inkább a kamaszkorból hirtelen felnőtté válás problémája jelentette. A pártfogók törekednek arra, hogy a kliens saját maga hozzon döntéseket, és a döntéshez szükséges információkkal és készségekkel rendelkezzen.

A jelen tendenciák arra mennek, hogy próbálnak elmozdulni egyfajta szolgáltató irányba (szerepbe), egyre inkább föl tudnak kínálni egyénre szabott programokat (pl. agressziókezelés, konfliktuskezelés, mediáció), mint Nyugaton. Arra inspirálják a klienseket, hogy költségkezelő programban, vagy egy munkaügyi tréningen, képzésben részt vegyenek. Civil szervezetekkel tavaly is indult egy projekt, „jóvá tett hely központ” néven, internet kávézó, klub, amit leginkább a fiatalabb pártfogoltak vesznek igénybe, ők a nyitottabbak erre. Máskor pedig közvetlen jóvátétellel teremtenek kapcsolatot a fogvatartottak és a társadalom között, segítve ezzel az integrációjukat (pl. graffitik, rongálások helyreállítása).

Egy másik segítő szerint: Az ügyfelek jelentős része aluliskolázott (4–6 osztály), akinek szakmája van, általában enyhébb büntetéskategóriába is kerül. Pedagógiai szempontból néha a klienssel íratunk meg egy kérvényt (legyen saját sikerélménye), vagy automatikusan helyette csináljuk, mert látjuk, hogy képtelen lenne rá – dilemma. Jelentős részük követelőző, és ha nem kapja meg ezt vagy azt, akkor azzal fenyegetőzik, hogy ismételten bűncselekményt fog elkövetni. Hajléktalanszállóra nem megy, mert fél, hogy meglopják, pedig pl. ő is lopásért ült – ezeket nehéz kezelni. Egzisztenciájuk nagyon eltérő, előfordult a családi házastól az erdőben lakóig, nagy részük munkanélküli, sokan hajléktalanok, nincs kapcsolatuk, egészségi állapotuk rossz (alkoholisták, TBC). Azokkal a pártfogoltakkal könnyebb és eredményesebb a foglalkozás, akiknek van családi háttérük, vagy sikerül ezt helyreállítanunk. Sokszor már a börtönben kéri, hogy ha lehet, segítsünk rendezni a családi kapcsolatait,

kötéseit. Ha ez sikerült, általában nagyobb eséllyel áll az illető talpra. Az állami gondozott külön kategória, teljesen más szocializációjúak, nincs gyökerük, nem találják a helyüket, prostituáltak vagy bűnözők lesznek, nagyon ritka, ha valaki ilyen háttérrel be tud illeszkedni. Nem érznek büntudatot egy bűncselekmény után, egészen más értékrend szerint működnek. Nem lehet őket úgy kezelni, mint aki egész életében dolgozott és családja van.

Leszakadáshoz vezető tényezők továbbá a hátrányos személyes, családi, anyagi helyzet, intellektuális szint (alacsony iskolázottság), függőség (alkohol, drog). Rácz 96-97

A segítők nagy jelentőséget tulajdonítanak a rendszerváltás után kialakult egyfajta értékválságnak:

A fentebb elsőként idézett segítő: Korábban is foglalkoztatott az a kérdés, hogy kikből lesz leszakadó, és úgy gondolom, az értékválság miatt az ifjúsági lét elértéktelenedése során sokan nem tudtak mit kezdeni a szabadsággal. A rendszerváltás nem teremtett értékrendet, amihez vonzódni lehet. Igazságtalannak érzik a társadalmat, sokszor buta, iskolázatlan emberek jutottak nagy vagyonokhoz, és az ilyen újjgazdag a közösség érdekében általában nem használja föl a pénzét. Az igazi probléma a beavatkozásban a politikai akarat hiánya.

A másik segítő pedig azt mondja: Igyekszem az egyes kliens életét feltérképezni, és ennek megfelelő együttműködést kialakítani vele, bizalomnövelő technikával, amit rendszerint elfogadnak. De az egész életét nem tudja rendezni és nem is vállalja ezt, nem mentálhigiénés és nem terápiás tevékenység, a szociális problémákkal csak a felszínen, a nagyon kirívó esetekkel tudnak érdemben foglalkozni.

Az itt utolsóként megkérdezett pártfogó szerint pedig: A pártfogoltak jelentős része nem kimondottan bűnöző (vádhalasztásos, közmunkás), büntetlen előéletűek. Ők általában konzolidált emberek, s visszaülleszkednek. A másik részük a börtönből kijöttek, visszaesők. Ezek széles skálán mozognak. Szűk rétegük fehérgalléros bűnöző, nagy részük elesett, hátrányos helyzetű, cigány származású (nehéz integrálódniuk), állami gondozottak (Olyanok, mint az alapozatlan ház, alapvető érzelmek, erkölcsök hiánya jellemző rájuk, nem félnek a börtöntől, nem visszatartó erő, a szabadság az, amitől „szenvednek”, össze vannak zárva idegenekkel, állandó félelem és bizalmatlanság). Leszakadók elsősorban belőlük lesznek a pártfogó szerint: Van egy olyan réteg, átmeneti réteg, akik a „bűn határán mozognak”, amely csoportok úgy vélem irányítással, valamilyen felügyelettel meg tudnák állni a helyüket. Kétoldalú dolog ez,

mert egyrészt kiszolgáltatott helyzetben vannak, ám ezzel vissza is élnek. Általában jellemző a gyökértelen embereknél, hogy nincs semmiféle kapaszkodójuk, náluk az alkohol a fő probléma, aki iszik, nem áll talpra. A régi közösség, ivócimborák, büntársak visszarántó hatása is nagy probléma. A fiatalabbaknál tudunk inkább valamit segíteni. (Rácz, 98-99.o.)

IV.6. A mai magyar társadalom, mint szenvedélybeteg termelő anomália

Végül Andorka professzor gondolataival - legtöbb helyen azonosulva is – zárom le szakdolgozatomat, hogy összefoglalhassam, mire jutottam munkám során. „Minden magyarországi deviáns viselkedés empirikus vizsgálata kimutatta, hogy a deviáns viselkedés kezdete előtt, valamint annak folyamán akut feszültséghelyzetek fordultak elő. Öngyilkosságok háttérében kimutatták egyrészt a családi konfliktusok, másrészt az elmagányosodás gyakori előfordulását. Alkoholista férfiak esetében a nőkapcsolatok zavarai, a bennük felmerült konfliktusok, továbbá munkahelyi és karrierproblémák, végül egyes esetekben szélsőségesen nehéz „történelmi” helyzetek (háború) hatását fedezték fel. A kábítószer fogyasztó fiatalok szinte kivétel nélkül súlyosan zülalt családokban éltek, vagy családokon kívül nevelkedtek fel. Közismert a mindennapi élet feszültségeinek hatása a neurózisok kialakulására és az elmebetegség fellépésére. Mindegyik deviáns viselkedés háttérében igen nagy szerepet játszanak a családi problémák és a család hiánya. Ezt alátámasztani látszik az az adat is, hogy a nem házas felnőttek körében általában sokkal gyakoribb a deviáns viselkedés, mint a házasságban élők között. A magyarországi empirikus devianciakutatások azt is kimutatták, hogy az alkoholisták szülei között és még inkább a baráti, munkatársi környezetben igen gyakran vannak olyanok, akik maguk is nagy mennyiségben és gyakran ittak. Vannak adatok az öngyilkosságnak családi halmozódásáról is. A legismertebb példa: Teleki László, Teleki Pál és Teleki Géza. Mindhárman öngyilkosság következtében hunytak el, Teleki Pál utalt is távolabbi rokonának, Teleki Lászlónak öngyilkosságára, mint bizonyos esetekben követendő példára. Hasonló példamechanizmusok minden bizonnyal érvényesülnek sok átlagos helyzetű magyar családban is.” (Andorka, 410-411.)

V. Összefoglalás

Az anómiaelméletekből adódó fontos következtetés, hogy a deviáns viselkedést mutató személyek a társadalmi viszonyok áldozatai, nem (vagy csak kis részben) hibáztathatók viselkedésükért, megsegítésük a társadalom egészségének mintegy kötelessége. (Andorka, 411)

Összegzésül azt a következtetést vontam le munkám elkészítése során, hogy az egyén rendelkezhet bizonyos hiányosságokkal, melyek egy része már genetikailag bele van kódolva a működésébe, más összetevőket pedig szocializációja, vagy annak hiánya során szed magára a családjában, és az elsődleges társadalmi csoportjaiban az életútja során. Az őt körülvevő társadalomnak viszont, ha a „gyermek eltéved”, kötelessége lenne megsegíteni, visszaterelni a helyes útra. Mivel a szenvedélybetegségeket kezelő rendszerek - ugyan meglehetősen professzionizálódáson mentek keresztül az utóbbi 15 évben -, hatékonyságukat tekintve az aktív szenvedélybetegek vagy más devianciákba menekülők számának arányához képest gyerekcipőben járnak, nehéz a családi, közösségi, társadalmi diszfunkciók káros hatásait kiegyenlíteniük. Főleg egy olyan társadalomban, ahol az emberek egymástól elfordulva próbálnak élni, miközben a problémáikkal nem tudnak egyenként megbirkózni, vagy azért olyan nagy árat fizetnek, mint például a magány. A szakdolgozati hipotézisemet igazolva látom – miszerint az egyén és a társadalom azonos mértékben felelős az egyén szerhasználatáért -, hiszen az egyéni hiátusok ellenére, a kora gyermekkortól látott példák, a későbbi nem segítség és elfordulás a már aktív szenvedélybetegtől mind egymás hatásait erősítik fel, s így egyre csak több egyén kerül ellehetetlenült helyzetbe mindannyiunk közös kárára.

Jól látható, hogy egy ilyen kritikus helyzetben a szociális munkás tulajdonképpen magára kell vállalja annak szerepét, hogy a hidat, a kapcsolatot megteremtse és fenntartsa az ügyfél, a kezelő rendszerek, a társadalom és a mindenkori politikai hatalom között.

Ezért is a szociális munka talán a legkomplexebb hivatás a különböző diszciplínák ötvöződéséből, hiszen ezen felek között sokszor egyáltalán nincs kapcsolat, vagy nem jó a kapcsolat, vagy akár érdekellentétek állnak fenn.

Irodalomjegyzék:

- Andorka Rudolf, 1992., Bevezetés a szociológiába, Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem
- Anthony Giddens, 2008., Szociológia, Osiris kiadó, Budapest
- Demetrovics Zsolt, Rácz József, 2007., Leszakadók, A társadalmi kirekesztődés folyamata, L' Harmattan kiadó
- Dr Rácz József, 2008., Addiktológia, Semmelweis Egy. Eü. Főisk. Kar
- Dr Rácz József, 2002., Drog és társadalom, Új mandátum könyvkiadó
- Fürst Zsuzsanna – Wenger Tibor, 2010 A kábítószer-abúzus orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai, Medicina kiadó, Budapest
- Griffith Edwards, 2006., „Az anyag” természete, Napvilág kiadó
- Kasza Zsuzsanna <http://www.budaipszichologus.hu/szenvedelybetegsegek.html>
- Kelemen Gábor, 2001, Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia, Pro Pannónia kiadói alapítvány, Budapest
- NA közösség fehér kiskönyve
- INDIT Közalapítvány “Tisztás” Szenvedélybetegek Nappali Intézménye Szakmai program 1/ 2000. (I.7.) SzCsM rendelet 5/A. § szerint
- Narcotics anonymous interjú „Lány”
- Narcotics anonymous interjú „Fiú”