

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

Evaluating therapeutic communities. TCs in the service of health learning

B. ERDŐS MÁRTA, KELEMEN GÁBOR & SZIJJÁRTÓ LINDA

Összefoglalás

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

Kulcsszavak: eredményértékelés – folyamatértékelés – terápiás közösség – egészségtanulás

Abstract

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

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

A terápiás közösségek története és főbb sajátosságai

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

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

A terápiás közösségek két történetileg kialakult hagyomány szerint csoportosíthatóak:

A konceptuális TC-k jellemzői a következők:

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

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

A *demokratikus TC-k* fő vonásai:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A hazai helyzet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A terápiás közösségek értékelő kutatásának főbb dilemmái

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

Az eredményértékelésnél három eltérő lehetőség kínálkozik:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mi a felépülés?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ Deetz (1992) találó fogalma.

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

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

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

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

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

⁵ A vizsgálatban való részvételért fizettek.

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

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

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

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

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

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

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

⁶ A viselkedéses addikciók a köznapi diskurzusokban ritkán tematizálódnak.

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

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

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

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

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

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

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

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

Folyamatértékelés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A felépülési tőke

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A felépülés mérése

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Az Ipeus alkalmazása fontos többletekkel kecsegtet:

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

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

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

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

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

Tanácsok egy konkrét mérés előkészítéséhez:

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

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

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

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

Irodalom

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

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

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

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