

Az addikciók kezelésének változása a gazdasági világválság idején

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

KELEMEN GÁBOR

Összefoglalás

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

A felépülés tradicionális modellje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Az ártalomcsökkentő irányzat kialakulásának előzményei és körülményei

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Az új felépülési modell főbb vonásai

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

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

Irodalom:

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

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