

AZ ÉLETVILÁG ÉRTELMEZÉSI LEHETŐSÉGEI AZ ADDIKTOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ GYAKORLATÁBAN

INTERPRETING LIFE-WORLD IN THE CONTEXT OF A REHABILITATION CENTRE FOR SUBSTANCE ABUSERS

A tanulmány a K 68619 sz. OTKA kutatás támogatásával készült.

MÁNDI NIKOLETTA

Összefoglalás

A tanulmány a Mérföldkő Egyesület Kovácsszénája található addiktológiai rehabilitációs otthonában több hónapja zajló résztvevő megfigyelés tapasztalatait ismerteti az olvasóval. A folyamat még karantén sem ért véget, így a szerző nem eredmények, mint inkább felmerülő gondolatok megosztására törekszik. A kutatás célja a szenvedélybetegek rehabilitációs otthonára jellemző életvilág vizsgálata, a téma elméleti hátterének körülhatárolása, s egy olyan vonatkozgatási keret megtalálása, amely alkalmassá válik ebben a kontextusban az életvilág, mint mindennapi létmód azonosítására.

Kulcsszavak: rehabilitáció – életvilág – szociális konstruktivizmus – narratíva – résztvevő megfigyelés

Abstract

The aim of the current paper is to outline a conceptual framework as a theoretical tool to explore the life-world of drug-dependent persons in recovery. The author, as a participant observer, has been studying the life and work of a Hungarian rehabilitation centre (Mérkő, Kovácsszénája) for several months, and shares her initial experiences and conceptualizations with the readers.

Keywords: rehabilitation – life-world – social constructivism – narrative – participant observation.

Rehabilitáció és életvilág

Losonczi Ágnes (1977) az *életmód* kategóriájának egyszerű megfogalmazását nyújtja. Arról a módról beszél, ahogyan az emberek szervezik, tervezik, gondolják és élik az életüket. A dolgozatban az előbbi megfogalmazás kiegészítése leszünk kísérletet. A kiegészítés szükségességét több tényező is indokolja: a vizsgált közösség jellegzetességei, a közösségnek otthon nyújtó átmeneti tér specifikumai, a szervezés és tervezés időbeni kodározottságának ténye, az ideiglenesség attribútumának jelentése és a verbalitás központi szerepe. A fenti definíció tehát a következőképpen módosul: „...ahogyan az emberek beszélnek és írják életüket.” A következőkben e tényezők körüljárására törekszünk, egyfajta magyarázatot szolgáltatva a két új terminus, a „beszéd” és az „írás” bevezetésének indoklásaként.

Az életmód szemantikailag túlterhelt, egyszerszánd homályossá vált fogalmának használata helyett az „életvilág” terminus alkalmazása megfelelőbb e közösségek életének

vizsgálatahoz, ezért a dolgozat folyamán a kifejezés használatának jogosultságát is igyeckszünk igazolni.

Az *életvilág* Husserl (1998) általi megfogalmazásának lényege a mindig *jelentettség*. Schütz (1984) ezen túl a *kétségbevonhatatlanságát és magától értetődő valóságosságát* hangsúlyozza. Habermas (1987) az életvilágra egy nagy rendszer (a társadalom) *alrendszerként* tekint, mely alrendszer az általánossal szemben az egyedit jeleníti meg. Geertz (1994) szerint három perspektívából érzékelhető a világ, a mindennapiból, az esztétikából és a tudományosból. A világ kezelésének, ezáltal értelmezésének legalapvetőbb *technikája* a mindennapi világszemlélet. Talán az állandóság az, amelyen minden megközelítés alapszik. Habermasnál (1987) azonban szerepet kap a „*tanulási folyamatok eszközeivel átadott életvilág transzformációjának*” fogalma. Ez a kifejezés arra utal, hogy bár a világ nem változik, de a világról alkotott interpretációink, ezáltal a világról alkotott képünk igen. Így megvan a lehetőség arra, hogy az egyébként állandó, statikus életvilág mozgó, dinamikus, változástra képes életvilággá alakuljon számunkra, a lehetőségek világává. A hozzá való viszonyulásunk alapvetően kétféleképpen lehetséges: vagy elfogadjuk, vagy fellázadunk ellene. A habermasi megközelítés éppen ezért jelenthet kiindulópontot a rehabilitációs otthonok élelvilágának vizsgálatában. Olyan emberek ideiglenes életvilágát kísérhetjük nyomon, akik a társadalom (mint rendszer) által felkínált életvilág (mint a rendszerszerűséghez mégiscsak alkalmazkodóbb életvilág) lehetőségeit elutasították, majd az ideiglenes életvilágban – a rehabilitáció átmeneti terében – tanulási, mimetikus folyamatokon keresztül jutnak el az elutasított életvilág transzformációjához, hogy aztán újra elfoglalják benne helyüket, azaz az eséllyel, lehetőséggel, hogy a világ (társadalom) általuk újakonstruált képét képesek legyenek elfogadni. Pethő (1986) a társadalmi létezés értelmének elvesztésében látja a pszichiátriai megbetegedések egyik okát. Az adaptációs zavarként értelmezett megbetegedésre a mindennapok kivételességeként tekint: a mindennapi életben keletkezik, az onnan való kényszerű kikerülésben folytatódik, a gyógyulás pedig újra a mindennapiság dimenziójának elfogadását feltételezi.

A rehabilitáción zajló terápia – mint a gyógyulás tanulási folyamata – arra fókuszál, hogy a szenvedélybetegek újra megtalálják az értelem és az érzések horizontját, amelyek ugyan magától értetődőek a nyelvhasználatban, ám ők mindezt „elfelejtették”, amikor tüneteik kialakultak.

Binswanger (1986:276) szerint a találkozás merészséget ad a létezésben. Embertársunknak és esélyt arra, hogy „...felmutassuk neki, hol, mikor, hogyan ragadtatta el magát, vált zavarossá, csavarodottá, álmódzóvá, beélelovalttá, kiszorítottá. Csak ezzel a találkozással vezethetjük le a beteget a hőbortossá, zavarodottság, elemelkedettség világából a közös Gond világába, vagy a föld alatti szakadékok sírvilágából a földre *fel*, ezáltal ragadhatjuk ki a rézsútos, határt és fönák világból az egyenes világba”. Az idézett gondolat a fent és a lent dimenziói mentén történő mozgás metaforikus megfogalmazását nyújtja. Mindkét állapotban „levés” eltérít tehát a valóság reális észlelésétől. Mindezt Lukás (2009) is megfogalmazza, aki egzisztenciális szempontból szintén e két meghatározó motívumot azonosítja a függőség kérdése mentén. A nyomorúság és a szenvedés *lenti* helyzetében a fájdalom elnyomását, míg a bőség és unalom *fenti* állapotában az űr kitöltését szolgálja a bódulat. Ami mindkét szerző megközelítésében közös, az a valóság (a közös Gond, az Egyenes világ) előli menekülés azáltal, hogy a szenvedélybeteg nem magát a létet, hanem a

lét emocionális tükröződését fogadja el impulzusként. Angelusz (1996) szerint az egyennek a társadalmi életképesség eléréséhez a társadalom valóságához tartozó *objektívációknak* kell magát „átdolgoznia”. Ám az egyén saját sorsa alakításának aktív résztvevőjeként - soha nem tökéletesen reprodukálja a fent említett objektívációkat, pusztán azok *szubjektív variációját* nyújtja. A szabályozás során a dinamikát tekintve két ellentétes irányú mozgás zajlik: a szociális objektívációk individuális szintre emelése és az individuális folyamatok szociális rájáratu történő átfogalmazása. Az utóbbi során a kulturális szabályozás által hangsúlyozott, privilegiált konformitás az egyén részéről történő elutasítása esetén feszültség keletkezhet. Az iskolai ellenkultúráról és munkáskultúráról szóló könyvében Willis (2000) a *betagozódás* ellentétéként megnyilvánuló *elkülönböződés* sajátos folyamatát írja le. Míg a betagozódás az informális közegnek a formális paradigmába történő progresszív beépülésével jár, addig az elkülönböződés olyan kollektív tanulási folyamat, amelynek során az én megtanulja kritikus szemmel elhatárolni magát és a neki rendelt jövőt az eleve adott formális definícióktól. A társadalomszervezet félig-meddig elutasításával létrejöhet egyfajta kulturális penetráció (mögé hatolás), ám a szerző arra a paradoxónra mutat rá, hogy a formalitás elutasításának motívuma egyszerre jelképezi a szabadságot, a választást és a transzcendenciát, ugyanakkor a rendszerbe való beilleszkedést. Mindez a szenvedélybetegség kapcsán újfenti az előbbi összevetéseket erősíti meg.

Az említett megközelítések ugyanazt a problematikát helyezik előtérbe. A mindennapiság - kivételeződés, a lent - fent, az objektívációk - szubjektív variációk és a betagozódás - elkülönböződés dichotómiája a gondolkodásunkat átható bináris logika szemléletét jeleníti meg. Az ellentétpárok határain megjelenő lázadást a formalitás próbálja visszaszorítani, többek között betegségnek, devianciának bélyegzéssel. Ebben az értelemben a rehabilitáción megvalósuló gyógyítás - mint a formalitás kiszolgálója - a „közeppontra” törekvését hivatott elősegíteni.

A segítők elsődleges feladata, hogy a társadalom rendszerén belül alrendszerként fellelt „elfogadott életvilág - narratívák” előnyeinek hangsúlyozásával a terápian résztvevők számára megteremtse annak lehetőségét, hogy képessé váljanak a rehabilitáció terebére „bevitt”, a társadalom részéről „elutasított életvilág - narratívák” ártására. A szerző meglátása szerint mindez az imagináriusból a szimbolikusha való átlépés lehetőségének létrehozása és az értelem és érzelem nyelvhasználatban való megvalósulásának elősegítése által jön létre. Az imagináriusra általában jellemző statikus és bipoláris reláció, dualisztikus viszony felülírása *történik a beszéd segítségével való gyógyítás speciális terebéreben. A szimbolikusban a nyelv révén a diádikus kapcsolódási formát (szer és szerhasználó duális egységet) a triád váltja fel, az interperszonalitásra való fókuszálás az életvilág intertextuális jellegét erősíti.*

Konstrukció és rehabilitáció, avagy konstruktív terápia-e a rehabilitáció?

A következőkben a *szociális konstruktívizmus* - ami vizsgálatunk egyik központi episztemológiai háttérét képezi - néhány témánk szempontjából releváns megközelítését mutatjuk be. A konstruktívizmus és a szociális konstruktívizmus kapcsolódó, ám nem azonos jelentéssel bíró fogalmak. Jelen tanulmány a szociális konstruktívizmus fogalmi rendszerével dolgozik, amely egyértelműen az objektív valóság elvetésével, ám a konstruálódás, konstruálás folyama-

tában a nyelvi rendszer, az interperszonális kapcsolatok és a kultúra szerepét emeli ki. Parton és O'Byrne (2006) a modernitás és a posztmodernitás lényegre törő összehasonlítását prezentálják tanulmányukban. Az összehasonlítás által levont következtetéseik egyetlen mondatba sűrítethetők: A posztmodernitást a modernitás széttöredezettségeként jellemzik, amelyet a jelen változásai hívnak életre. E változásokat a szerzőpáros egyrészt ontológainak (kik vagyunk), másrészt episztemológainak (hogyan tudjuk, amit tudunk) tartja. A változás kulcsfontosságú elemeként a következőket azonosítja: a változás gyorsulása, a különbözőségek, a pluralitás, a relativitás, a választás, a szabadság és a valóság társadalmilag konstruált természete. Ez utóbbi konstruktív megközelítést és hozzá kapcsolódóan a nyelv és a beszéd központi szerepét tarthatjuk a leghangsúlyosabb területnek a rehabilitáción résztvevők életvilágának vizsgálata kapcsán. Ez a megközelítés „feltárja a paradoxont, a mítoszt és a történetet..., kérdésekkel, sejtésekkel, metaforákkal és a lehetőségekre való rámutatással győző meg.” (Parton-O'Byrne, 2006:61) A posztmodern tudományban „a konstruktum kerül a figyelem középpontjába: az alakítás, olvasás, írás és a jelentés azonos pozíciót foglal el, mint maga a tárgy.” (Haraway, 1993:367)

A konstruktivizmus ismeretelméletének témánk szempontjából két alapvető állításával kell foglalkoznunk. Az első, hogy a világról alkotott képünk konstrukció eredménye. Ez a felfogás a szubjektum teremtő erejét tételezi fel az objektum létrehozásában. Az ember tehát gondolatai, majd kimondott, megfogalmazott „beszédei” által teremti meg a számára létező világot. Brody (1986) Whorf hipotézisét továbbfejlesztve - a megértést attól teszi függővé, hogy az egyén milyen módon használja fogalmi készletét, hogyan származtatja tapasztalatait, illetve fordítja vissza fogalmi nyelvre, hogy milyen kategóriákban gondolkodik és hogy a kategóriái formáló értékek milyen jelentéssel ruházzák fel tapasztalásait. A második állítás szerint a tanulás folyamatában a társas közeg, az interperszonális kapcsolatok jelentik a meghatározó tényezőt. Ugyanezt a tételt támasztja alá Bruner (1974) is, aki a fejlődéshez szükséges belső *lökés* alaptételeként jelöli meg az ún. *külső tanítást*.

A konstruktivizmus pszichológiában való megjelenését taglaló Bodor (2002:67), tanulmányában egyszerűen így fogalmaz: „...mindaz, amit hagyományosan lelkinek, pszichológainak, mentálisnak szokás tekinteni, a társas szférán belül működik, vagyis a *szociális konstruál*.”

A pszichológiai konstruktivizmus több értelemben is használatos fogalom. Az első felfogás a környezeti tényezők fontosságát hangsúlyozza a mentális élet szerveződésében. A második változat a saját tevékenységet helyezi előtérbe az *Én* *képzés* során. A harmadik alternatíva szerint az *Én* mindig a másikból vezethető le, abból a folyamatból, ami a társas interakciók során történik meg bennünk, azaz a szociális és társas kategóriák a döntők az értelmezésben. Ez utóbbi szociális konstruktivizmus egyik fajtája, az ún. *elbeszélési konstrukcionizmus az interakció helyett az elbeszélésre teszi a hangsúlyt*. Az elmélet szerint énünk megkonstruálása az interakciók, a társadalmi prezentációk és az elmesélt történeteink révén zajlik. (Piéh, 1997)

Chang (1998) szerint a szociális konstruktivizmus több szinten értelmezhető. Első szintként a nyugati kultúrára jellemző nagy eszméket, diskurzusokat azonosítja, pl.: a gyermekkor természete, a kapitalizmus, a nők és férfiak egymáshoz való viszonya. A második szinten az olyasféle „nem- olyan- nagy eszméket” tárgyalja, amelyek a nagy eszméken

nyugszanak, pl.: a gyerekeknek a lehető legelőbbet kell kihozni magából. A harmadik szint a mikroszint, a család, az egyén és az öker korulvevő környezet szintje, és azok a kölcsönhatási minták, és az a nyelv, amely a valóságot jelenti számukra.

Itt kell emlékeztetni arra, hogy Chang (1998) a szociális konstruktivista terápia öt fő feladatának a következőket tartja: A kapcsolat kialakítása és fenntartása, a terápián résztvevők világnézetének (azaz narratíváinak) és képességeinek megértése, a probléma megoldást segítő módon való megfogalmazása, a változás értelmes élményeinek megélése/megalkotása, és ezeknek az élményeknek a megerősítése.

Ezek a lépések egyértelműen beazonosíthatóak a rehabilitációs otthonokban folyó munka tekintetében. A közösségbe való felvétel feltételei elsősorban az önkéntesség, motiváció a munkára és hajlandóság a *szerteszálta abbahagyására*. A felvételi egy bizottság előtt zajlik, ahol a segítőkön kívül 2-3 „idősebb” otthon - lakó is részt vesz. A felvételi elbeszélgetésen való bentlakói részvétel presztízszt jelent. Az új ember első napjai, herei a beilleszkedést hivatottak elősegíteni. Mind a segítők, mind a terápiások elsődleges feladata ennek segítése. Ezt az időszakot sokszor nehezíti az elvonási tünetek jelentkezése, amely mind fizikailag, mind mentálisan igénybe veszi az egész közösség türelmét. A személyiség kibontásának elsődleges terepe a csoportokon való részvétel által biztosított lehetőség arra, hogy az új ember beszéljen magáról, törekvéseiről. A tematikusan szervezett csoportokon általában nem csak a téma adott, hanem a „töszereplő” személye is. (Pl.: drogkarrier csoport esetén az 1-2 hete bentlakó „kicsi” az, aki a körrel megosztja életének olyan eseményeit, melyek szerinte a függővé váláshoz vezettek). A probléma megfogalmazása nem könnyű feladat. Tapasztalataink alapján a családterápiás iskolák által is használt „reframing” (átkeretezés, újradefiniálás) módszerét alkalmazzák, ami egy olyan megbeszélés jellegű folyamat, melynek során már létező, felszínközeli, de még elnyomott észlelések előhívása a cél. Mindez pozitív és negatív konnotációként is megjelenik, hiszen a függők életük eseményeinek magyarázatai és interpretációi kapcsán az elhárító mechanizmusok jelenléte döntő fontossággal bír. A változás meghatározása nehéz feladat. Watzlawick (1974) megfogalmazása alapján megkülönböztethetünk első - és másodrendű változást. Elsőrendű változásnak nevezi azt, amely nem érinti a rendszer működését irányító alapvető szabályokat. Mindaddig, amíg egy adott tüneti viselkedés, vagy annak ellentéte között kísérünk meg választani, nem leszünk képesek megoldást találni, mivel ugyanazt a problémamegoldó stratégiát alkalmazzuk, a megoldási kísérletek ugyanaz a logika irányítja, amely magáért a tünet kialakulásáért felel. Ezzel szemben a másodrendű változás a teljes rendszert érinti, annak *legfontosabb* normáit és szabályait változtatja meg az előbbinél átfogóbb, mondhatnánk magasabb meta logikai szinten. Ez alapján a függőkkel való munka folyamatában igazi eredmények csupán másodrendű változás elérésével generalizálhatóak.

A Lotman (2002) által megalkotott fogalom, a szémioszféra megvalósulásával találkozhatunk tehát a rehabilitáció terében. A nyelv folytonos használata által olyan állandóan működő feszültségmező jön létre, amelyben a nyelvi nyomok és nyelvhasználati módszerek között permanens szémiotikai aktivitás zajlik. Ez a nyelvi aktivitás biztosítja tehát az új konstruktumokként aktivizálódó, a fejlődés és változás lehetőségét magában hordozó új szövegkorpuszok létrejöttét.

A rehabilitációs narratíva

A probléma keletkezésének és kezelésének helye

A pszichoterápia hagyományos kultúrája a személyiség deficitjeivel dolgozik, úgy, hogy a fennálló problémát a személy *testén belülre* helyezi. (Madigan-Goldner, 1998) Ezáltal az alapvető és problémái elkülönülnek összefüggéseitől. A pszichoterápiás irodalomban az 1980-as évek elejétől tűnt föl a narratíva fogalma, aminek használatát azután számos iskola a magáévá tette. (Ömer, 1998) A konstruktív terápia az ún. diszkurzív megközelítést helyezi előtérbe, amelyen keresztül az egyén *szövegként* tekinthet saját életére. A probléma helyének megváltoztatása a konstruktív iskola szerzői szerint olyan paradigmaváltást jelent, amely a segítő és segített kettősét a pszichológia tudományán túlra helyezi.

Azonban meg kell említenünk, hogy a probléma helyének eltolódásáról szóló gondolatok nem csak az „intrapaszichés” és „interperszonális” közötti különbségértelmezést, vagy a szövegszerűséget érintik. Wulf (2007) szerint a szem olyan érzékszerv, amely a testen belülre hozza a testen kívüli tárgyakat és embereket, kiválasztva azokat a vizuális környezetből. A látás az elfordulás és elhatárolódás mellett egyidejűleg odafordulást és fókuszálást is jelent. A hallás érzékelése - az egy helyre összpontosító látással ellentétben - inkább diffúz. A hallás visszaható érzék, ami azt jelenti, hogy az ember önmagát, mint beszélőt követi, tehát utána gondolhat az elmondottnak. A hallás azon sajátossága, hogy a beszélő és hallgató számára a másik felé intézett szó új szavak kiindulópontja lehet, lehetővé teszi önmagunk érzékelését, bizonyosságát és elfogadását. Tehát nem csak a probléma megjelenési helyének áthelyezéséről van szó, hanem a probléma kezelésének helye is változik. Freud volt az első, aki a titok feltárásának látáshoz kapcsolódó, képalkotó paradigmáját áthelyezte a hallás területére. (Csabai - Erős, 2000). Binswanger (1986:276) szerint a létezésanalitikus pszichoterapeuta szintén rá van utalva a beteg élettrójára, mert „a létezés lényegét illetően történeti.” A pszichoterapeuta elsődleges feladatának tartja, hogy kliense „nyelvi és szimbolikus világában” visszavezesse őt a természetes tapasztalat világába és nyelvébe.

A modern terápiás vita másik központi problematikája a kezelés irányultságára fókuszál. Egyes iskolák a negatívumokra, a problémákra és a fájdalomra teszik a hangsúlyt, míg mások a pozitívumokra, a megoldásokra és a jutalomra. A terápiás narratívák e két szélső pólusát, a sötét és a világos sarkot Schafer (1976) a tragikus és a komikus jelzőkkel illette.

Ebből az értelmezésből kiindulva a rehabilitációs munka a fenti két hozzáállás egyfajta szintézisét nyújtja. A „menjek, vagy maradjak?”, „végigcsináljam-e a hosszú, megpróbáltatást jelentő terápiát?” kérdései állandó kísérői a terápiás létnek. A görög szkepticizmus egyik elve, az ekvipollencia mindkét oldal erejének érvényesülését jelenti. Ennek az elvnek egyfajta módosított változata a rehabilitáció gyakorlatában is tetten érhető, amennyiben a pszichoaktív szer okozta pozitív élmények elismerését értjük alatta. Ám míg Pürkhön és tanítványai szerint a dolgokról tett kijelentések és azok negációi egyenlő értékkel bírnak, és végső céljuk az epokhé (az ítélet visszafogása, az attól való tartózkodás), addig a segítő dolga, hogy az értelemkeresésre fókuszálva, a teljesen drogmentes (józan, világos) élet mellett érveljenek, elutasítva a szerhasználót (függő, sötét) oldalt. Kissé paterikusán

fogalmazhatunk úgy is, hogy Schafer alapján az addiktológiai rehabilitációban a narratívák mindkét oldalával dolgoznak, a múlt sötét oldalát próbálják kivilágosítani a jelenben úgy, hogy tudatosuljon, a jövő soha nem lehet hófehér. („X. Y. vagyok. Függetl. 143 napja tiszta.”)

Dekonstrukció a rehabilitációs térben

A kezelés lényeges elemeként (fogalmazhatunk úgy is, hogy valódi ható tényezőként) azonosítható az addiktológiai rehabilitáció folyamatában az ún. dekonstrukció jelentőségének felismerése. A dekonstrukció fogalma (Culler, 1997) Derrida filozófiájából került át a pszichoterápia irodalmába. Derrida hangsúlyozza, hogy a dekonstrukálás nem a meglévő fogalmak, az elbeszélte történetek elvetését jelenti, hanem azok megkérdőjelezését, lecsupaszítását, szétboncolását. A szenvedélybetegekkel folytatott pszichoterápia a dekonstrukció (valaminek az elhagyása) mellé a rekonstrukció (valaminek a felépítése) fogalmát párosítja. (Kelemen, 2001) A két, egy időben zajló folyamat (a szöveg megfeszítése a regresszív elemektől, ugyanakkor progresszív elemek beépítése a szövegkorpuszba) teremti meg végül az új én - narratívát, ezáltal tehát egy új én - identitást. Az alapvető hiedelmek tartóssága megnehezíti a változást, így a függéssel kapcsolatos utalkodó narratívák szétboncolása az, ami fellazíthatja e szövegek gyógyulástól visszatartó erejét. Wittgensteint magyarázva Heaton (2002) a tisztánlátás legfőbb kritériumának a szerkezet transzparencssé válását tekinti. Ez jelentheti akár a narratíva non - konstruktívitását is. Tehát a konstrukció - dekonstrukció folyamatában néha az egész építmény „megsemmisítésére” is szükség lehet (azaz a non-konstruktív jelleg megvalósulására) ahhoz, hogy a rekonstrukció elkezdődhessen.

Érdekes példa erre az a ritus, amelynek során a rehabilitáción résztvevők az általuk papírra felírt múltbeli, eltemetendő események listáját temetik el a közösen kiásott, szimbolikus sírba.

Életről - nyelv - narratíva - csoportterápia

A következőkben a terepmunka során tapasztaltak alapján kísérletet teszünk az eddig elmondottak igazolására, alapul véve Giddens (1990) gondolatát, mely szerint az életstílus az egyén által megválasztott gyakorlatok eltérő módon integrált készlete. Ezt a készletet az identitás - narratívumaink formába öntése érdekében választjuk. A rehabilitáción résztvevő függők életmódjának, életről - nyelv vizsgálatát - mivel mindennapjaikat a beszéd - olvasás - írás hármasa hatja át - elsősorban narratívákon keresztül lehetséges. A rehabilitáció folyamata Giddens alapján a következő stációkat foglalja magában: új gyakorlatok felfedezése, ezek integrálása, az új készlet létrejötte, új identitás - narratívum megszületése és végül egy új életstílus kialakulása. Az alábbiakban a terápiások életét meghatározó legfontosabb írásos szövegeket tekintjük át, érintőlegesen.

Az otthon lakói által készített Alkormány, a falon kifüggesztett „12 lépés”, a „békesség - ima”, a reggeli találkozó csoport imája, vagy a szintén a csoportszoba falán található „elhárító mechanizmusok” (Freud, 1994) listája olyan szövegkorpuszok, amelyek a terápiában résztvevők mindennapjait meghatározó, jelentéssel bíró narratívák. Wittgenstein

(1998:26) szerint „egy nyelvet elképzelni annyit tesz, mint egy életformát elképzelni”. E gondolatok erőteljesen érvényre juttatnak ebben a speciális térben, ahol a lakók elsődleges feladata egy új nyelv megteremtése.

A csoportokon már a 2-3 hetes terápiások beszédmódjában is beazonosíthatóan működik az általuk újonnan tanult fogalmak használata. Narratívákat átszövik a pszichoterápiában használatos terminusok, laikus beregségmagyarázatok mosódnak össze szakkifejezésekkel tarkított diagnózisokkal. Az általunk - a teljesség igénye nélkül - felsorolt *iron szövegkorpuszok mellett a terápiás dialógusok és elbeszélrtörténetek* röltene be a beszéd által központi szerepet a terápiások életében. Az elbeszélések létrejöttének sajátos tere a csoport. Az utóbbiban 32 féle csoport működik. Az elnevezések a következők: bemutatkozó, betegségtudat, család, drogkarrier, elmenős, esti értékelő, félelem, filmes, fiú lány, forró szék, heti célértékelő, hozzátartozói, írásos, írásos-olvasás, kapcsolatok, konfliktus, közösségépítő, közösségi, lépés, merre tovább?, miért jöttél vissza?, nehezítés, önálló, onszertet, pszichodráma, reggeli találkozó, spirituális-lelki értékek, szegyen-bűntudat, üzenettovábbítás, változás, visszaesés megelőző, zeneterápia és az évente két alkalommal, két héten át tartó intenzív színházterápia. A felsorolásból kitűnik, hogy a rehabilitáció folyamatában nem kizárólag a verbalitáson alapuló pszichoterápiás technikák alkalmazására kerül sor. A nonverbális módszerek alkalmazása szintén nagy jelentőségű a terápiások életében, ám ezek kiemelt szerepet jelen tanulmány keretein belül nem taglaljuk.

A továbbiakban a *csoportterápia* néhány központi fogalmának felvázolásával párhuzamosan a rehabilitációs csoportmunka jellegzetességeiről ejtünk szót. A pszichoanalízisen nyugvó csoportos terápiákban belül három jellegzetes terápiás felfogás különíthető el: terápia a csoportban, a csoport terápiaja és a terápia a csoport által. (Behr - Hearst, é. n.) A vizsgált közösségben a rehabilitációs csoportmunka az utóbbival azonosítható. Ebben az esetben az egyén kezelése a csoport folyamatain keresztül valósul meg. A csoportnak, mint rendszernek és a csoport tagjainak, mint alrendszernek egymásra ható dinamikája egyaránt hangsúlyos, sőt az egyén léte a közösség függvényeként alakul. Foulkes (2000) gondolatának fokozott érvényesülésével találkozhatunk ebben a térben, mely szerint a csoport tagjai kollektíven testesítik meg azt az abszolút normát, amiről egyénenként eltérnek.

Mindenféle terápia egyik központi kérdése a változás. A függők esetében ez még hangsúlyosabban jelenik meg, hiszen esetükben a változás élet - halál kérdése is lehet. (A felvételi beszélgetés alatt a leendő terápiásnak három dolgot kell kimondania: „Változtatni szeretnék. Segítséget szeretnék. Bármit megteszek a gyógyulásomért”.) A változás bekövetkezéséhez elsődlegesen a terápiás élményből fakadó tapasztalatok, az ún. „terápiás tényezők” szükségesek. Yalom (2001) 11 ilyen tényezőt sorol fel. A továbbiakban néhány - a rehabilitáció szempontjából általam fontosnak ítélt - faktort tekintünk át.

A *reménykeltés* döntő fontosságú tényező a rehabilitáció folyamán. Már a kezelési módszerbe vetett hit önmagában is terápiás hatású lehet, ami kiemelten nagy jelentőségű ebben a kontextusban. A jelentkezők általában több módszeren vannak túl (pl: ambuláns kezelés, kórházi gyógykezelés, pszichiátria, egyén terápia, methadon fenntartó kezelés). A megküzdés - összeomlás kontinuum utóbbi pontjához közelebb álló emberekről van szó, akik számára egy bentlakásos, hosszabb távú rehabilitációs folyamat talán az utolsó esélyt nyújtja.

„Az *egyetemesítés*, különösen a terápia korai szakaszára jellemzően szintén a javulás egyik forrása lehet. („Itt mindenki átéli hasonló dolgokat, mint én, egy normának hiába magyarázom, milyen barnázni, ő nem függő, soha nem értheti meg, miről beszélek”.)

„Az *információ átadása* az egészséggel, betegséggel, függőséggel, pszichodinamikával kapcsolatos információkat jelenti. A terápisták ismerik a tünetek jelentését, a csoportdinamikát. Érdekes módon, ez a fajta tanulási folyamat - a többi csoportterápiás módszerrel ellentétben - explicit módon történik. A BT (betegségtudat csoport) célja, hogy a terápisták osztályában legyenek pl. az idegrendszer működésével, betegségük tüneteivel, annak különféle vonatkozásaival. A terápisták többsége nagyon kedveli ezt a csoportot, elmondásuk szerint ez az egyik olyan foglalkozás, amely erős motivációs hatást gyakorol rájuk. A szenvedélybetegségeket értelmező modellek (etikai, - szociológiai, - betegség modell) közül az utóbbi az, amire a rehabilitációs otthonokban alkalmazott terápia elsődlegesen épül. Az önszorgító csoportok prototípusa, az AA „radikális biológiai betegségelméletet fogad el ideológiának, de ezt csak az absztinencia biztosítására használja, egyébként minden szabálya és gyakorlata a társas hálózat által megerősített személyes autonómia erősítését célozza.” (Budai, 1992:84) Az AA betegségmodellje mellett a Minnesota modell adaptációja szerint is a betegségtudat előhívása és annak fenntartása a sikeres terápia egyik kulcsa. A modell az alkoholizmusra, mint multifaktorális betegségre tekint, fiziológiai, pszichológiai, szociális és spirituális összetevőkkel. Másik lényeges eleme a betegségből való felépülés lehetőségének elfogadása, ugyanakkor a teljes gyógyulás megvalósulásának kizárása. (Szentesi - Hegyi - Tihanyi, 2004) Sharfman (1986) - aki a pszichiátria és pszichológia kapcsán a nozológia kialakulásának történelmi hátterét tekinti át tanulmányában - szerint a lelki bajok és érzelmi zavarok lényegében nyitott rendszernek tekinthetők, azaz a betegség lefolyása előre meghatározhatatlan. Ha viszont betegségenként kezeljük őket, szükségszerűvé válik egy diagnosztikus rendszer kialakítása és a nozológia szükséges eszközként való elfogadása. Az általam vizsgált addiktológiai rehabilitációs otthon gyakorlatában érdekes kivételként jelenik meg a betegségtudat mozzanata. Miközben ismeretelméleti háttérként konceptualizálódik, a rendszert és a kezelési módot meghatározó identikus elemként rajzolódik ki, mégis, a „betegségtudat” csoporton kívül az összes többi csoportforma a lelki tényezők prioritását, az azokkal való foglalkozás elsődlegességét akceptálja.

„Az *altruizmus* megnyilvánulása leginkább a *mentorálás* rendszerében fedezhető fel. Az „újak” számára az első két hét időtartamára kijelölnek egy „öreg” terápiás mentort, aki fokozott figyelemmel fordul új társa felé, segít neki eligazodni az átmeneti térben. Az első 60 naphoz az újonc mellett áll egy segítő is, akinek kiemelt figyelmé egészen az izoláció feloldásáig megilleti őt.

A *primer családi csoport korrekív felidézése* több szinten is azonosítható tényező. Közvetlen megnyilvánulása az ún. család csoport, melynek célja az eredeti családhoz való viszonyulás megváltoztatása, elsősorban az anyával és az apával kapcsolatos érzések rendezésén keresztül. Közvetetten maga a csoport is leképezi az eredeti családot. A tekintélyfigurák, az egyentagú testvérek és a releváns személyek képei mind megjelenítődnek a körön belül. A személyes feltárulkozás, az erős érzelmek, az intimitás, a rivalizálás szintén a család atmoszféráját idézi meg, ami érzés szintjén leképeződik a csoportban. Nem egyszer elhangzott a körben: „Most ti vagytok az én családom.”

Az *utánzó viselkedés* szintén több dimenzió mentén vizsgálható. Egyrészt bizonyított, hogy bizonyos viselkedések megformálásával a segítők befolyásolják a tagok viselkedési mintáit. A volt terápistákból jelenleg segítőkbe váltak szerepe kiemelten fontos ebben a térben, hiszen személyes tapasztalataik, változásuk konkrét, követendő példaként jelenik meg. („Nagyon becsülöm K-t, hiszen neki is van gyereke, megjárta a poklot és mégis kijött belőle.”)

A tapasztaltabb társakkal és a segítővel való azonosulás a gyógyulásban is szerepet játszik. Annak ellenére, hogy az utánzó viselkedés nem mindig hosszan tartó magatartásforma, a kísérletezés, más bőrbe húzás segíthet egy adaptív spirál beindításában. Yalom szerint „megtudni, hogy mi nem vagy, egy lépés afelé, hogy megtudni, mi vagy”. (Yalom 2001:27)

Az *interperszonális tanulás* és az interperszonális kapcsolatok elmélete egyértelműen kapcsolódik a csoportos munkához. A rehabilitációs otthonban folyó terápiás munka dinamikájának azonban van egy másik érdekes jellegzetessége, mégpedig a cél eltolódása. A függőség értelmezése a csoportok rematikája alapján az interperszonális szempontból történik. Ez azt jelenti, hogy a függőség problémája interperszonális problémává alakul át. Tehát a függőség helyett pl. az elszigetelődés, túlérzékenység, önszeretet, neheztelés fogalmaival dolgoznak, természetesen úgy, hogy az erős betegségstádium kialakítása és annak megtartása folyamatosan prioritást élvez. A múlt hatása, az interperszonális kapcsolódások, a maladaptív személyközi beállítódások és az intrapszichés tényezők egyaránt feldolgozásra kerülnek.

A Franz Alexander által bevezetett fogalom, a korrekatív emocionális élmény központi fogalom a csoportterápiában. A kifejezés arra utal, hogy a terápia egyszerre érzelmi és korrekatív tapasztalat. Az erős érzelem, a katarzis előhívása önmagában nem elégséges. Ha mindezt nem foglalja keretbe egy kognitív komponens, az előhívott és átélt élmény értelmezhetetlen marad a terápiás számára. (Yalom, 2001) A csoport ennek az értelmezésnek a lehetséges terét nyújtja, ami a gyakorlatban az azonnali pozitív és negatív visszajelzések, reflexiók által valósul meg.

A *csoportkohézió* összetett és nehezen értelmezhető változó, mert egymással összefonódó dimenziók mentén vizsgálható. Egyfelől csoportjelenség, másfelől az egyén képessége. Egyszerűen megfogalmazva olyan erők összessége, melyek hatására a tagok a csoportban maradnak.

Terepmunkám első két hetében az otthon létszáma 10 - 14 fő között mozgott. Az állandó fluktuáció és mozgás (a régi tagok távozása és új tagok beengedése a rendszerbe) azt feltételezi, hogy megfelelően rugalmasnak kell lennie a rendszerhatároknak. Mindez folyamatos krízist indukál a körön belül, ugyanakkor erősíti a benn maradtak egységét. A terápia átlagos hossza személytől függően 6 - 9 hónap. A terápiások napra pontosan számon tartják „letöltött” idejüket. Amennyiben valakiben megszületik a döntés az idő előtti távozásról, összehívják az ún. „elmenős” csoportot. E csoport célja, hogy a távozni készülő maradásra bírják. Résztvevő megfigyelésem harmadik napján szembesültem először ezzel a jelenséggel.

A távozások háttérében rendkívül bonyolult folyamatok állnak. Ezek közül egyet említenék. Az ún. folyamatfókuszálás jelensége alatt az „itt-és-most” viselkedés permanens elemzését értjük. Miles (1970) szerint a folyamat kommentálása világunkban nemkívánatos

viselkedés. A másik magatartása elemzésének tabuja hétköznapijaukban több okra vezethető vissza, így: a szociális szorongásra, amely a gyetmekkori szülői kritika emlékére idézi fel, a szociális normákra, mivel a folyamatos megfigyelés és elemzés az interperszonális kapcsolatok konfliktuózus jellegét erősítene, a féltékenységre a megtorlástól és a hatalom megtartására, ami az életünkben uralkodó hierarchia – piramis megszüntetését jelentene. Ez a tabu a terápia speciális terében feloldódik, annak áthágása egyfajta előírászerű normává válik. A folyamatmagyarozat mindenki feladata a körben, arra nem csak a segítő jogosult. Magában foglalja az egyszerű viselkedés – és magatartásmód megcímkezését, különféle cselekvések párhuzamba állítását, magatartásmintázatok feltérképezését, a következmények kiemelését, a jelentések és motivációk értelmezését. Mindez persze rendkívül megterhelő. (Egy távozó terápiás többek között ennek hosszú távú elviselhetetlenségét hangsúlyozta. „Már nem bírom tovább, hogy állandóan magamtól beszéljek.”) Itt említendő még Foucault „mássá lenni” elve. Ha az egyén ezt követi, identitása egytolytában elszorvódik a „felülvizsgálat aktusára”, amely az identitáshoz az ideiglenesség attribútumát párosítja. A folyamatos önreflexió, önmagunk felülvizsgálása egyben a már meglévő minduntalan megkérdőjelezése. Foucault a változásban való léthez még hozzárendeli azt a lehetőséget is, hogy ez a lét szintén megjégesedhet, azaz ugyanúgy a változás tagadásához vezethet, mint a stagnálás állapotában lévő személyiség. (Marcell, 2006)

Zárszó

Terepmunkám során résztvevő megfigyelőként veszek részt egy rehabilitációs otthon lakóinak életében. A segítő törekvése olvasatunkban elsősorban arra irányul, hogy a priméren pragmatikus nézőpont helyett, amely során az együtt-cselekvés, mint praxis mindössze együttműködést hoz létre, a priméren szemantikus nézőpont elveit érvényesítve dolgozzanak együtt a rehabilitációban résztvevőkkel. E viszonyulásban a nyelv hozza létre a gondolatot, ami egymással beszélést, tehát közös munkát eredményez. (Trabant, 2003) A beszéd-munka így válik poezisz-szé.

Irodalom:

- Behr, H., Hearst, L. (é.n.). Csoportanalízis: A csoport - pszichoterápia modellje Foulkes szerinti. In: *Csoport - pszichoterápia*. Budapest: CSAKIT Kiadvány
- Binswanger, L. (1986). Az ember helye a pszichiátriában. In: Pethő B., szerk.: *Pszichiátria és emberkép*. Budapest: Gondolat.
- Bodor, P. (2002). Konstruktivizmus a pszichológiában. In: *BUKVZ 2002* 67.
- Brody, E. B. (1986). Kulturális, szimbolikus és értékelemek a deviáns magatartás társadalmi etiológiájában. In: Pethő B. (szerk.) *Pszichiátria és emberkép*. Budapest: Gondolat.
- Bruner, J. (1974). *Új utak az oktatás elméletéhez*. Budapest: Gondolat Kiadó 13-40.

- Bruner, J. (2005). *Váltságos elmék, lehetséges világok*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó
- Buda, B. (1992). Az alkoholológia új távlatai. In: *Utak az alkoholproblémák megértéséhez, megelőzéséhez és korai kezelési lehetőségeihez. Válogatott tanulmányok*. Budapest: Alkoholizmus Elleni Bizottság
- Chang, J. (1998). Gyermekek történetei, gyermekek megoldásai. Szociális konstrukcionista terápia gyermekek és családjaik számára. In: Hoyt, M. F. (szerk.): *Konstruktív terápiai kézikönyv*. Budapest: Animula
- Culler, J. (1997). *Dekonstrukció*. Budapest: Osiris
- Csahai, M., Erős, F. (2000). *Testhatárok és énhatárok. Az identitás változó keretei*. Budapest: József Műhely Kiadó
- Foucault, M. (2000). *A szavak és a dolgok. A társadalomtudományok archeológiája*.
- Foulkes, S. H. (2000). *A csoportanalitikus pszichoterápia módszere és elvei*. Budapest: Animula
- Freud, A. (1994). *Az én és az elhárított mechanizmusok*. Budapest: Animula
- Geertz, C. (1994). A vallás, mint kulturális rendszer. In: *Az értelmezés hatalma*. Budapest: Századvég
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Polity Press, Cambridge
- Habermas, J. (1987). *Philosophisch-politische Profile*. Frankfurt: Springer
- Haraway, D. (1993). The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of the Self in Immune System Discourse. In: S. Lindenbaum and M. Lock (eds) *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press. 367. o.
- Heaton, J. M. (2002). *Wittgenstein és a pszichoanalízis*. Budapest: Alexandra Kiadó
- Husserl, E. (1998). *Az európai tudományok válsága*. 1. kötet. Budapest: Atlantisz
- Kelemen, G. (2001). Az addiktológiai konzultáció néhány antropológiai kérdése. In: *Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia. Addiktológiai és pszichoterápiás tanulmányok*. Budapest: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány
- Leach, E. (1996). *Szociálanropológia*. Budapest: Osiris Kiadó
- Lotman, J. (2002). *Kultúra és intellektus. Válogatott tanulmányok a szöveg, a kultúra és a történelem szemiotikájának köréből*. Budapest: Argumentum - ELTE Diszkurzívák.
- Lukas, E. (2009). *Szabadság és identitás. A függőség problémája logoterápiai megközelítésben*. Budapest: Jel Könyvkiadó
- Marcelli, M. (2006). *Michel Foucault, avagy mássá lenni*. Pozsony: Kalligram
- Miles, M. (1970). *On Naming the Here-and-Now. Unpublished essay*. Columbia Univ.
- Omer, H. (1998). A terápiás hasítások alkalmazása empátias narratívák alkotásában. In: Michael F. Hoyt (szerk.) *Konstruktív terápiai kézikönyv*. Budapest: Animula
- Parton, N., O'Byrne, P. (2006). Mi a konstruktív szociális munka? In: *Esszé 2006/1*.
- Pethő, B. (1986). *Pszichiátria és társadalmi ügy*. Budapest: Magvető kiadó
- Pléh, Cs. (1997). Előadás a Nahalka István szervezte óbudai pedagógiai elméleti klubban, 1997. október „A konstrukcionizmus és a pszichológia” címmel

- Schafer (1976). *A new language for psychoanalyses*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Schutz, A., Luckmann, T. (1984). Az életvilág struktúrái. In: *A fenomenológia és társadalomtudományokban*. Budapest: Gondolat.
- Sharma, S. L. (1986). A nozológia kialakulásának történelmi háttere a pszichiátriában és a pszichológiában. In: Pethő, B. (szerk.) *Pszichiátria és emberkép*. Budapest: Gondolat, 382-394.
- Madigan, S., Goldner, E. (1998). Az anorexia narratív megközelítése. Megbeszélés, reflexivitás és kérdések. In: Hóty, M., F.: *Konstruktív terápiák kézikönyve*. Budapest: Animula.
- Szentesi, P., Hegyi, N., Tihanyi, R. (2004). A Minnesota - modell a Félút Centrumban. In: *Addiktológia*, 2004/1-2. 146-159.
- Trabant, J. (2003). *Mithridates im Paradies. Kleine Geschichte des Sprachdankens*. Verlag C. H. Beck, München, 313.
- Yalom, I. D. (2001). *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata*. Budapest: Animula.
- Watzlawick, P., Weakland, J. (1974). *Change*. N.Y. London: Norton.
- Willis, P. (2000). *A skocok. Iskola, ellenkultúra, munkáskultúra*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.
- Wittgenstein, L. (1998). *Filozófiai vizsgálódások*. Budapest: Adanusz Könyvkiadó.
- Wulf, Ch. (2007). *Az antropológia rövid összefoglalása*. Budapest: Enciklopédia Kiadó.