

Mándi Nikoletta

# Az addiktológiai rehabilitáció mint átmeneti tér<sup>1</sup>

## Bevezetés

A tanulmány a Mérőföldkő Egyesület Kovács-szénáján található addiktológiai rehabilitációs otthonában zajló részt vevő megfigyelés tapasztalatait, a segítőkkel és a gyógyító folyamatban részt vevő „terápiásokkal”<sup>2</sup> készített életútinterjúk és a félig strukturált interjúk alapján levont következtetéseket osztja meg az olvasóval. A terepmunka 2010 ősze és 2012 tavasza között realizálódott.<sup>3</sup> Ebben a körülbelül másfél éves időtartamban kisebb-nagyobb megszakításokkal vettem részt a rehabilitáció folyamatának mindennapjaiban.

Az addiktológiai rehabilitációs intézményi gyakorlat Magyarországon a '80-as évek időszakáig ismeretlen kezelési modalitásként, külföldi orvoslási eljárásként volt ismert. Kezdetben a külföldi kapcsolatokkal bíró pünkösdi egyházak, majd a református egyház működtetett drogterápiás intézetet, később alapítványi, önkormányzati és egészségügyi fenntartású intézetek alakultak. Több drogambulancia (Budapest, Szeged, Pécs) figyelemmel kísérte a specifikusan drogbetegekre szakosodott hosszútartású, rezidenciális (bennfekvéses) kezelést nyújtó intézmények létrejöttét. Az első hét drogterápiás intézet külföldi minták alapján, a tradicionális kórházi kezeléseket és a medikalizáció kudarcaiból leszűrt tanulságok alapján alakította ki szabályrendszerét, filozófiáját. Az 1995-ben megalakuló MADRISZ (Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége) az elsőként létrejött drogterápiás intézmények érdekvédelemre és szakmai párbeszédre szerveződött szövetsége, amelynek elsődleges feladata a szakmai elismertség kivívása, a szociális megközelítés mint kezelés elfogadtatása az egészségügyi struktúrában, valamint a kiszámítható finanszírozási feltételek felkutatása és kiaknázása volt. 1997-ben sor került egyfajta szakmai minimál-feltételrendszer megfogalmazására is, ami máig is alapját képezi az intézetek

működésének. Az 1993-as szociális törvény alapján az intézmények állami finanszírozást kaptak, végül pedig 1997-ben a meglévő szociális juttatás mellé a társadalombiztosítás elkülönített pénzügyi keretéből kiegészítette az ellátáshoz szükséges anyagi hozzájárulást. 2000-ben az országgyűlés elfogadta az országos Drogstratégiát, meghatározta azt az irányvonalat, amelyre a drogkezelési lánc elemei felfűzhetőek, s az egymásra épülő segítő szolgáltatások helyét és szükségességét is. A jelentősebb szerveződések a két, absztinenciára fókuszáló területen jelentek meg: a prevenció és a rehabilitáció területén. Első körben tehát az absztinencia alapú szolgáltatások és kezdeményezések vállaltak szerepet a drogbetegek kezelésében (Szabó, 2005).

Magyarországon a jelenleg kialakított addiktológiai ellátás ún. „legmagasabb küszöbű” ellátási formái a hosszútartású rehabilitációs otthonok. Az országban jelenleg működő 13 intézményben a bentlakásos kezelés javasolt időtartama többnyire egy év, de ez akár két évre is hosszabbodhat. Az otthonokban folyó munkában a következő szakemberek vesznek részt: pszichiáter, pszichológus, jogász, szociális munkás, addiktológiai konzultáns, lelkes, talpra állt szenvedélybeteg, azaz többségben az „új segítség” képviselői. A terápiás közösségi ellátási forma jelenleg 65 országban nyújt kezelési lehetőséget szenvedélybeteg számára. Magyarországon elsősorban az illegális szerhasználók ellátásában játszik szerepet az a 13 intézmény, mely hosszú távú kezelési lehetőséget biztosít, s ebből 8 kifejezetten a TC-filozófia mentén szervezi működését (Topolánszky, 2009).<sup>4</sup>

Kovácsszénája egy Baranya megyében található kistelepülés, Pécsről 30 km-re fekszik, a Mecsek hegység lábainál. Lakossága 60 fő. A Mérőföldkő Egyesület 2002 októberétől a pécsi székhelyű INDIT Közalapítvány (Integrált Drogterápiás

Intézet Közalapítvány) fenntartásában szenvedélybetegek rehabilitációjára szakosodott intézményt működtet a településen.<sup>5</sup> A Kovácsszénáján található rehabilitációs otthon és a hozzá tartozó 5000 nm<sup>2</sup>-nyi terület a falu szélén található, mellette erdőkkel és szántóterülettel. Az épület háromszintes, a legalsó szinten található a fatüzeléses kazán, ami a melegvizet és a fűtést biztosítja. A második szint a közösségi tereké, az irodaként is működő segítői szoba mellett csoportszoba, étkező, konyha és raktárhelyiség szolgálja az itt élőket. Az emeleten találhatók a 2-3 ágyas szobák, a betegszoba, a „ruhabank”, valamint zuhanyzók és mellékhelyiségek. Az épület „L” alakú formája lehetővé tette a női és a férfi szárny kialakítását, így a két oldal találkozásánál az éppen ügyeletet ellátó segítő ágyát helyezték el. A házhoz tartozó területen a szabadidő hasznos eltöltése érdekében focipálya, röplabda pálya, gyümölcsös, komposztáló részleg van kialakítva. A lakóépület mögött található egy színházteremként funkcionáló épület, külön fűtésrendszerrel. A két épüleategység között a „terápiások” által épített mesterséges tó terül el. A rehabilitációs otthon befogadóképessége jelenleg 16 fő, az intézmény általában teljes létszámmal működik, jellemző a várólista. Az otthon célcsoportját olyan kémiai és viselkedéses addikciókban szenvedő személyek képezik, akik motiváltak a változásra. A bekerülés feltétele az AIDS- és hepatitisz-szűrés (esetleges pozitív eredmény nem jelent kizáró okot) és a háziorvosi beutaló. Erre utal az ún. „magas küszöbű ellátás” fogalma.

### Az otthon filozófiája, az alkalmazott program elemei

A Perfas (2004) alapján – a terápiás közösségek (TC)<sup>6</sup> tekintetében általánosan – megfogalmazott négy tétel teljes mértékben azonosítható az általunk vizsgált intézmény alapelveivel.

Az első az addikcióra vonatkozó nézeteket foglalja magába. Eszerint a droghasználat az egész személyiségre vonatkozó helytelen működés, tanult viselkedés, amely más, diagnosztizálható rendellenességgel jár együtt. A második szerint a függő személyiség olyan viselkedési, kognitív, pszichológiai, társas és morális tulajdonságokkal rendelkezik, amelyek alkalmatlanná teszik a tiszta, funkcionális értelemben megfelelően alkalmazott életvitel folytatására. Mindezek ellenére a szenvedélybetegek képesek személyes

deficitjeik legyőzésére és a funkcionális értékrend elsajátítására. A harmadik tétel a gyógyulás folyamatáról szól, mely az életvitel és identitás változásában ölt testet, és amely túlnő a kábítószerrel való leszokáson. Mindez egy olyan komplex tanulási folyamatot feltételez, amelyben a visszaesés (relapszus) esélye állandóan jelen van, így a többszöri kísérletezés, próbálkozás a folyamat általános jellemzőjévé válik. A negyedik tétel a módszereket ismerteti, melynek kiemelt területei a társas tanulás, a közösség megtartó erejébe vetett hit és az önségítés.

A terápiás közösségek filozófiája és módszertana mögött meghúzódó elméleti háttér elsősorban a szociológia és a pszichológia tudományterületeit érinti. Az „ősi” elmélet elsősorban a csoportban betöltött rögzült szerepek megszüntetésére irányuló szükségletek előhívására és az érzelmekkel való foglalkozásra fókuszál, a „harc”, a „repülés” (menekülés) és a „visszavonulás” mint megküzdési mechanizmusok letételére épül, majd a szociális tanulás és az ún. „támadásterápia” gyakorlatán keresztül az új megküzdési stratégiákkal való megismerkedés témáit foglalja magában. Mindezek az eredeti terápiás közösségekben alkalmazott elvek azonosíthatók a Kovácsszénáján működtetett rehabilitációs otthonban is.

Az otthonban alkalmazott módszereket két nagy csoportra bonthatjuk (Topolánszky 2009). Az első csoportba az intervenciók három, egymást átfedő kategóriája tartozik: a magatartást formáló technikák, a pszichológiai és spirituális módszerek és a saját kompetenciát fokozó technikák.

*„Egyébként jó sok ellentmondás van! Hogy állandóan, egyrészt ezt kérjük, hogy magasabb erő, hogy engedd el magad, hogy ne kontrolláld magad, de közben mégis nagyon nagy akaraterő szükséges és tudatos döntés és sok minden van, de a kettő mégis egymás mellett van. Én azt látom, hogyha csak spirituális életet élnék, akkor nagyon szegény lennék. Mert az intellektuális kihívásokról lemaradnék, egy csomó dologról. Ha viszont az lenne, ha csak ezekben élnék, akkor meg nagyon üres lenne az életem, talán ezért nem lettem gépészmérnök. Viszont a kettő egymást nagyon szépen ki tudja egyensúlyozni. Tehát én ezt látom. Talán a spirituális kicsit előrébb van a racionalistától. De valóban ez az ellentmondás tényleg ott van. Talán itt jön be az, amiben mi tudunk talán segíteni, hogy simán ez a kétféle tanulás, amiben talán mások vagyunk, mint a többi rehabilitációs intézmény. Egyrészt adunk egyfajta kognitív tanulási lehetőséget, ahol ezek és ezek*

*és ezek és ezek a törvényszerűségek, a betegség így és így és így működik. Te beteg vagy! Te függő vagy! Életed végéig az maradsz, nem fogsz belőle kigyógyulni! Viszont ezekkel az eszközökkel így és így és így karban tudod tartani magad és emellett meg van az a lehetőség is, hogy az érzelmi folyamataidat, az érzelmi tanulásaidat ki tudod gyakorolni. Gyakorolni tudod a rehabon. És meg is értheted ezeket az érzéseidet, ez meg már egy másik irány, az emocionalitás. És hogy nagyjából, hogy használd mind a kettőt.” (N)*

A második csoportba a terápiás környezet fenntartása érdekében kialakított tényezők tartoznak. Az intézményes gyakorlat fő specifikumai összefoglalóan: a közösség gyógyító erejébe vetett hit, a mintakövető tanulás, az interprofesszionális stáb működtese és a 12 lépés általi konceptuális keretezettség.

A következőkben Topolánszky (2009) összefoglalása alapján az interjúrészek segítségével azt prezentálom, hogy a TC-k által nyújtott, általánosságban leírt programelemek milyen módon jelennek meg az adott közösség gyakorlatában.

- A közösségi elkülönítés. A bennfekvéses környezetben a kezelést vállaló személy hónapokon keresztül napi 24 órán át van távol a külső környezeti befolyástól, az első szabályozott kimenőig. A vizsgált terápiás közösség esetében a gyakorlat a következő: „Az izoláció időszaka 60 napot foglal magába, ez áll az első két hétben a külvilággal kapcsolatos információk és a külvilággal való kommunikáció teljes hiányából is. A terápiás nem telefonálhat, nem írhat levelet hozzátartozóinak sem. Később ez a szigor enyhül, de egészen az ún. »60 napos felállásáig«, a következő másfél hónapban még érvényben van.” (N)
- Közöségi környezet. A TC közöségi teret jelent a közös cselekvések és az egymásroutaltság érzésének begyakorlására. Ennek fizikai és interperszonális kifejeződései alakulnak ki. „Közösen dolgoznak, közösen mennek csoportra, mindent együtt csinálnak. Ez lehetőséget teremt a »megosztásokra«, arra, hogy felelősséget vállaljon önmagáért és a másik emberért, rendszerességre tanítja őket. A kinti drogos társadalom ugyanis nem éppen a rendszerről és a felelősségről szól.” (R)
- Közöségi aktivitások. Az egyéni tanácsadás kivételével minden aktivitás és program a közösségben történik. „Dolgozzon, vegyen részt a közösség életében. Így hamarabb beleke-

*rül, a tagjává válik, és hamarabb át is pörgeti az elvonást. Nem magába zárva pörögnek a gondolatai. Elterelődik a figyelme önmagáról, nem folyamatosan önmagával foglalkozik. Az izomfájdalmak, görcsök, esetleg epilepsziás roham, mindezt hamarabb átpörgeti a szervezet, ha részt vesz a közösség életében, és nem vonja ki magát a közös cselekvések, feladatok alól.” (N)*

- Munkatársi szerepek és funkciók. A segítő munkacsoport szintén felépülőben lévő függők és más, hagyományos segítő hivatást űzők (esetünkben szociális munkás, pszichológus, pszichiáter) együttese. Nem gyógyítók, inkább facilitátorai és irányítói a közösségi folyamatoknak.
- Sorstársak mint szerepmodellek. A terápiában az idősebbeket, az előrébb járókat – akik mintaképként képviselik a közösségi értékeket és tanításokat, valamint felmutatják az elvárt magatartásmintákat –, szerepmodellek tekintik. A közösség ereje szoros összefüggést mutat a szerepmodellek számával és érettségével. Valójában minden terápiás szinten szerepmodelllátás érvényesül, felelőségekkel felruházva, kivéve a kicsikét. „Mert ez egy nagy felelősség. Mert pl. a 60 napos felállás után vállalhat valaki mentorálást, tehát olyan működésmódjának kell lenni egy teljes jogúnak, hogy az példa értékű legyen, hogy rá merjenek bízni egy elvonásban bekerülő embert.” (B)
- Strukturált nap: az elrendelt napi rutincselekvések éles ellentétben állnak a droghasználó jellemzően dezorganizált életformájával, és élesen elütnek a negatív gondolkodás és unalom meghatározta faktoroktól, melyek a droghasználat előjelzői. Ezért e terápia fejlesztői lehetőleg egy minden pillanatban strukturált napirend kialakítására törekednek. „Ahogy ez az egész felépül, az nagyon komplex, rendszerezett, az egész rendszer, akár napi szinten, akár az egész hosszú, 8-10 hónapos folyamatot tekintve.” (R)
- Munka mint tanulás és terápia. Az önszorgatás alapuló közösségi szemlélet értelmében minden tag felelős az intézet napi működtetéséért. A munkaszerepek közvetítik a terápiás értékeket, erősítik a program elfogadását, lehetőséget teremtenek a képességek és készségek begyakorlására, és önvizsgálatra,

önmegfigyelésre, a személyes növekedés lehetőségére készítetnek. *„Például, konyhásnak lenni heti felelősséget jelent. Egy hétig tart a feladat, egyszerre ketten vannak. És megtanulnak főzni, reggeli, ebéd, vacsora, 14-16 embernek, ez is óriási felelősség, van, aki még életében nem főzött, soha, semmit.” (No)*

- Fázisok, szerepek. A változás folyamatának fejlődésszemléletét kifejezi a fázisokra osztás. Az egyes fázisokon belüli megerősödés a következő fázis felé vezet. *„Vannak a kicsik és a nagyok, a kiépítkezők, a mentorok, a teljes jogúak, szóval van hierarchia, fokról fokra kell haladni.” (B)*
- TC-koncepció. A formálisan és informálisan is jelenlévő program a TC közösségi tanításán, átadásán alapszik, különösen az önségítés, a személyes növekedés, valamint a helyes élet elsajátítása gondolatán keresztül. Ez a koncepció a napi közösségi cselekmények és írott anyagok segítségével megvalósuló ismételteken keresztül mélyül el. *„Aztán ami szokott segíteni, amikor az idősebb terápiás a fiatalabbal, az újonnan érkezővel beszél. »Hát igen, amikor én is így voltam! Amikor bekerültem a házba, nem tudtam aludni, nem tudtam enni! Minden idegen volt! Kínaiul beszéltek! Semmit sem értettem. Aztán látod, most már itt vagyok!« – Na, ennek van egy nagy benntartó ereje még.” (N)*
- Sorstársi csoportok találkozása. A legfontosabb közösségi és terápiás alkalom az encounter, melynek lényege az egyéni tudatosság szintjének emelése, a megváltoztatandó attitűdre vagy viselkedésre vonatkozóan. Számos formája alakult ki, és intenzitása is változó a munkatársi kör irányultsága és az alkalmazott módszerek intenzitása, illetve a megcélzott csoportok függvényében. *„Naponta két nagy csoport van, egy délelőtt, egy délután, és persze vannak a kisebb napi csoportok is, amikor írniuk, olvasniuk kell, pl. önéletrajzot, hát abból soha nem fogynak ki, és persze a 12 lépéses irodalmakat olvasniuk, úgyhogy itt nem a lányregények mennek. Aztán vannak az eseti, helyzetfüggő csoportok, amik pl. a fluktuációval járnak, így ha elmegy valaki, akkor »elmenős« csoport, ha visszajön valaki, akkor a »miért jöttél vissza« csoport.” (B)*
- Érzelmi növekedési tréning. A személyes növekedés és az intenzív szocializáció az érzelmek

azonosításának, megfelelő kifejezésének és menedzselésének eszközeit is magában foglalja a közösségen belül. *„Egy embert felépíteni, 1 év alatt, mondjuk, ez hihetetlen! Az utcáról, a nuláról, a börtönből jön, és lesz belőle egy olyan ember, aki meg tudja fogalmazni a gondolatait, érző lény lesz az érzéketlen, önző emberből. Ki tud tekinteni saját magából, észrevesz más dolgokat is magán kívül, türelmes, empátikus lesz.” (N)*

- A kezelés tervezett hossza. A program teljes körű és sikeres elvégzéséhez a terápiás idő optimális hosszának megválasztása fontos feltétel. Ennek konzisztensnek kell lennie a gyógyulás közösségi céljaival s a változás folyamatának fejlődésre vonatkozó szemléletével. Egyénenként különbözhet, sőt különböznie kell, de egy minimális periódus mindenképpen szükséges a közösségi tanulás értékeinek internalizálásához.
- A kezelés kontinuum. A bennfekvéses kezelés csak egy eleme a gyógyulás folyamatának. Az utógondozás, valamint az ezt irányító szemlélet és megközelítés a terápiás közösség kezelési modalitásának folyamánya kell, hogy legyen, melynek sokfajta alkalmazási formája lehet. Ennek következtében a helyes életvezetés és az önségítésen alapuló gyógyulás, valamint a sorstársi együttműködések továbbra is lényegesek a munkába állás, a tanulmányi karriert segítő, a mentális egészség fejlesztését támogató, a szociális vagy bármely más tipikus utógondozási szolgálat igénybevételénél. *„Amikor valaki kiköltözik, akkor már előtte 1 hónappal elkezdődik a »kiépítkezés« időszaka. Van a »merre tovább« nevezetű csoport, ezen csak a segítő és azok a terápiások vesznek részt, akik a folyamat végén tartanak, tehát a kiépítkezők. A papírok intézése főleg bentről megy, de már kijárhatnak Pécsre, ha szükséges, ott intézni a dolgaikat. Átrágnak a képzettségeit, munkalehetőségeit, korlátait, készségeit, olyan SWOT-analízisfelét készítünk vele együtt. Ennek célja a realitásokkal való szembeállítás, pl. ha valaki rögtön stewardes szeretne lenni, hát, az nem éppen szerencsés. Megbeszéljük, hogy Pécs vagy Budapest, persze általában az előbbi javasoljuk. Átbeszéljük a féltreim, az adódó nehézségeket, hogy hogyan kell kezelni az elutasításokat, pl. a munkakeresés kapcsán. Szinte minden esetben a félutas házunkba költöznek ki.” (N)*

## A rehabilitáció mint átmeneti tér. A rituális bánásmód

A rehabilitáció átmeneti terében a struktúra és a funkciók szempontjából az általam beavatási rituálék-ként értelmezett időszakaszolás instrumentális megértését tartom szükségesnek. Van Gennep átmeneti rítusokról alkotott elmélete ugyancsak a funkcionalitás szerepét hangsúlyozza. Az „elválás”, az „átmenet” és az „újra beilleszkedés” három rituális szakasza a változást elősegítő, azt megkönnyítő tényezőként artikulálódik a közösség által működtetett átmeneti térben. A közösség hierarchiájában betöltött szerepek – melyek a viselkedésen túl az időtől is függnék – szimbolikusan kódolt cselekedetek, a hierarchizált szerephálózat kulturális egység is egyben. A fent leírt három állomás ebben a térben értelmezhető egyrészt makroszinten (kivonulás a társadalomból – a rehabilitáció átmeneti tere – visszailleszkedés a társadalomba), azonban a középső fázis szintén szakaszokra bontható: az újonc egyik szintről a másikra jutásán keresztül egyben a közösségi szerepek hierarchikus rendjébe való betagozódás is végbemegy. Dethlefsen (1997) szerint korunk nagy problémái olyan területekről táplálkoznak, melyek a múltban kultuszhoz kötődtek. A kultusz lehetőséget adott a tapasztalatmezők feldolgozására, átélésére. A szerző szerint a kultusz és a rituáléja jeleníti meg a rendet, amely lehetővé teszi a káosz, a kábulat, az örület, az extázis átélését, míg korunk deritualizálódott világa nem kínál keretet ahhoz, hogy ezek a mindenkiben jelen lévő lelki minőségek átélhetővé válhassanak. A mítosz és kultusz – mint kollektív élményfajta – speciálisan irányították az ember lelki és szellemi fejlődését. (Nem véletlen, hogy míg a szerhasználat a jelenben magányos tevékenység, addig a gyógyulásban a közösség ereje teszi átélhetővé az újjászületést).

A Van Gennep alapján Turner (2002) által kidolgozott átmenetek rendszerét és a szenvedélybetegségből való felépülés dinamikus modelljének (Brown, 1985) összefüggéseit vizsgálva több párhuzam adódik az értelmezésben. A preliminaris rítusok, melyek az elkülönülést, szeparációt hangsúlyozzák, a detoxikáló, absztinenciát beigazító időszakkal vonhatók párhuzamba. Ebben az esetben nemcsak a társadalmi struktúra egy bizonyos pontjáról való leválás megy végbe, hanem egy „kulturális feltételrendszer-től”, azaz állapottól való elszakadást azonosíthatunk. Az előző világról való elszakadás az addiktológiai kontextusban az utolsó szerhasználatot követő hete-

ket foglalja magában. A szerhasználatról absztinenciára váltás jelentős pszichológiai változásokkal jár. A kezelésnek ebben a fázisában a józan gondolkodás és beszédmód, a józan diskurzus internalizálása még nem hozzáférhető az átmenet előszobájában lévő személy számára. A liminális rítusok – melyek a marginalitás helyzetében jönnek létre – legmarkánsabb attribútuma a bizonytalanság. A rehabilitációs jelenlétet értelmezve a korai felépülés időszaka hordozza a legnagyobb veszélyt a szerhasználó számára. A posztliminális rítusok az „újhoz” való csatlakozást testesítik meg. A folyamatos felépülés időszakában a szubjektum ismét állandó állapotba kerül, tudatosul benne, hogy új helyre érkezett. White (2001) szerint a függőre váró munka – amelyről az átmeneti rítus metaforája ad ismereteket – egy tapasztalati térképpel ruházza fel a személyt, ami hangsúlyozza a szeparáció, a liminalitás és a reinkorporáció fázisát, s a rítusok során megfogalmazott közös identitás és értékrend-szer elmélyíti a közösség kognitív tartalmait. Péley (2002) szerint az intézményesített átmenet hiánya, illetve hiányos funkcionálása eredményezi a deviáns szubkultúrák létrejöttét. Kutatásában, mely marginális helyzetű fiatalok beavatás-hiány jelenségét vizsgálja, olyan fogalmakat emel ki, háttértényezőként azonosítva azokat, mint: a múltnélküliség (a család működésbeli, struktúrából fakadó deficitjei), a vezetőnélküliség (elsődleges szocializációs miliő, hiányzó apa, kortárs csoport nyújtotta pseudoidentitás), az időnélküliség (passzív időtöltés, állandó várakozás a szociális időtlenség állapotának elmúlására) és a kvázi beavatási elemek (szerepkísérletezések, pl. szex, lerészegedés). Ezek a beavatáspótló kísérletek, viselkedések a formai hasonlóságok ellenére nem a természetes identitáskrízis velejárói, hanem repetitív módon a krízis regresszió állapotát mélyítik el. A rehabilitáció folyamata – ugyan mesterségesen kialakított, izolált körülmények között – többek között a rítus-hiatus kompenzációját nyújtja.

## Mobilitás a közösség terében. Stációk mint tranzicionális rítusok<sup>7</sup>

### 1. A felvételi

A bejelentkezés személyesen vagy telefonon történik, önkéntes alapon. Telt ház esetén sem szakítják meg a felvételi gyakorlatát, azonban ilyen esetekben a felvételiző várólistára kerül. Általában 2-3

hét a várakozási idő, a tapasztalatok azt mutatják, a lemorzsolódó vagy az idejét kitöltő, távozni készülő terápiások fluktuációja miatt kb. ennyi a bekerüléshez szükséges időtartam. Rehabilitáción való részvételre senki nem kötelezhető. A felvételi elbeszélgetések szerdánként zajlanak, annak folyamatát minden esetben videóra rögzítik. Az archiválás gyakorlata funkcióval bír: amennyiben a közösség tagja a számára kiszabott idő előtt el akarja hagyni az intézményt, ezzel a felvétellel szembeállít távozásának bejelentése alkalmával. A távozás hajlandóságának bejelentése után egy ún. „elmenős” csoportfoglalkozásra kerül sor, melynek során levetítik a kisfilmet, tükröt tartva az illető számára bekerülésének körülményeiről, akkori énjéről. Az elbeszélgetés valójában egy olyan motivációs interjú, amelyet az ún. FRAMES-modell ír le a legpontosabban. (Rastegar, Fingerhood, 2005). A modell hat összetevőt tartalmaz, melyek közül a konkrét, pragmatikus tanácsadáson kívül mind-egyik azonosítható a folyamat során:

- Feedback – visszajelzés a szerhasználat folyamán fennálló konkrét veszélyekről
- Responsibility – a kliens felelősségének hangsúlyozása
- Advice – tanácsok
- Menu – alternatív megoldási lehetőségek felvázolása a változás elérése érdekében
- Empathy – empátiás, támogató légkör biztosítása
- Self-efficacy – az önhatékonyság hangsúlyozása.

A felvételi során általában egy vagy két segítő, valamint egy vagy két „teljes jogú” idősebb terápiás van jelen. Az idősebb általában aktív, kérdező, míg a fiatalabb a passzív, megfigyelő szerepét betölti ebben a szituációban. A körülbelül egy órán keresztül zajló beszélgetés konkrét tematikai elemeket tartalmaz: elsősorban a felvételiző drogkarrierjével, motivációs hátterével, beilleszkedési alkalmasságával és betegségtudatával kapcsolatban álló kérdéseket. A szenvedélybeteg többsége a felvételi idejéig általában már megélt olyan jellegű krízist, mélypontot, ami arra motiválja őket, hogy rehabilitációra jelentkezzenek, azonban arra is van példa, hogy valaki a felvételi folyamán, a feltett kérdések hatására, illetve időben még később, már a rehabilitációs folyamat alatt éli meg azt az érzést, ami miatt változni akar. Általánosságban jellemző a jelentkezés körülményeire, hogy a függőség

súlyos állapotai állnak már fenn, s a veszélyek konkrét realizálódása váltja ki az „önérdek racionalitásának” eliminálódását. A vezetőség a felvételiző hozzátartozójával konzultációt folytat a kezelés körülményeiről. Az elbeszélgetés után a jelentkezőt kiküldik, majd a felvételi bizottság és a közösség terápiás tagjai közösen döntenek a közösségbe fogadásról, illetve annak elutasításáról. *„Befér-e a közösségbe, milyen érzéseket váltott ki a személye, az éppen adott összetételű közösség elbírja-e, befogadja-e, vajon nem bomlasztó-e a közösség számára – ilyen jellegű kérdéseket szoktunk megtárgyalni.” (N)*

Ha a jelentkező személy felvétele mellett foglalnak állást, úgy a felvett terápiás már nem hagyhatja el a házat, kivéve, ha mégis úgy dönt, nem kezdi el a terápiát. A ruháit átvizsgálják, a mobiltelefonját, iratait, pénzét, személyes jellegű tárgyait egy arra elkülönített dobozba teszik. A felvételi adatlap kitöltése és az adminisztráció után az illető neve felkerül arra a táblára, amin a ház lakóinak nevei szerepelnek. Ettől a szimbolikus gesztustól kezdve a fiatal terápiás a közösség tagjává válik – ugyan még nem teljes jogú taggá –, s a ház Alkotmányában<sup>8</sup> foglaltaknak megfelelően szükséges viselkednie. Az ún. „bemutakozó csoport” az első olyan fórum, ahol az újonnan bekerült tag feltárja a közösség előtt bekerülésének előzményeit.

## 2. A „beépítkezés” időszaka. Az első 60 nap. Izoláció

A terápiás folyamatot előkészítő stádium célja a beilleszkedés, amelynek folyamán a jelölt megismerkedik a közösséggel. Ennek egyik első fóruma az ún. „bemutakozó” csoport. Három fő célja van:

- Az újonc és a közösség kölcsönös, rövid bemutatkozása. *„Pár szóban elmondja, hogy ki ő, innen és innen jöttem, ezt és ezt használtam, hány éves vagyok, ennyi ideje drogozok. Ennyi. Aztán a csoport minden tagja ugyanezeket az infókat megosztja magáról.”*
- A szabályok ismertetése. *„Majd a terápiások felolvassák az Alkotmányt és a házirendet. Mindez csak szimbolikus, mert nem biztos, hogy sokat ért mindebből, de így vezetődik be a ház életébe.”*
- A mentor bemutatása. A mentor általában azonos nemű, idősebb, már teljes jogú terápiás. Kiválasztására különös figyelmet fordít

a közösség, hiszen a mentor és mentorált között kialakuló kapcsolat szorosabb, így ellenkező nemű mentor kijelölése esetében nagyobb az esély a még szorosabb összefonódásra, ezáltal az absztinencia megszegésére.<sup>10</sup> „A beilleszkedést az idősebb terápiás társa segíti az első két hétben, a mentor. Általában a teljes jogúak beszélnek meg a segítőkkel együtt, egymás között, hogy ki lenne alkalmas az adott személy mentorálására. Lehet egyébként nemet mondani. A mentor személye szintén a bemutatkozó csoporton kerül nyilvánosságra, onnan már vele együtt lép ki az újonc.”

Az első két hét folyamán a fiatal terápiás számára nincs következmény. A legnehezebb időszakként tartják számon, hiszen a tünetek ebben a fázisban a legkifejezettebbek. A stabilizáció fázisába való elmozdulás folyamata dinamikus, ám gyakran kiszámíthatatlan. Sokaknak hosszabb moratóriumokra van szükségük, hogy konszolidálják fejlődésüket, mielőtt tovább lépnének a következő fázisba. „Annyit szoktunk mondani, hogy »Csak figyelj és egyél!« – általában azért is, mert elvonásban érkeznek, s akkor az a legfőbb probléma, hogy túléljék az elvonást, és kicsit megismerkedjenek a szabályokkal. Tehát nem is elvárás, hogy oda tudjanak figyelni. Annyi elvárás van, hogy nem szabad egész nap fönt aludni. Persze, ha valaki olyan szinten van, hogy hány, meg minden, akkor vannak kivételek. De nem hagyjuk, hogy egész nap fönt döglődjene, mint otthon, ami fétrengés egész nap, ha elvonásban vannak. Csak extrém esetben lehet fenn, de az, hogy remeg, verejtékezik, hány, az még nem az az eset.”

Két hét eltelte után befejeződik a türelmi idő, a terápiás számára innentől kötelező érvényű szabályok vannak, azok nem betartása már számára is következményeket von maga után. Következmény alatt azokat a feladatokat értik, amit a terápiás azért kap, mert nem követi a ház szabályait, illetve társaival nem a megfelelő módon viselkedik. A „következmény-rendszer” sajátosan működik Kovácsszénáján. „Szénán, ha belépsz póló nélkül a házba, akkor, vagy mit tudom én, fölrakod a lábad valahova, ahova nem szabad, akkor írásos következményt kapsz. Szóval vannak sémák, amik, mit tudom én, hogy föláll valaki az asztaltól, akkor utána az lesz a következménye, hogy ő állhat utoljára föl a kajától. És különben vagy hasznos, vagy nem. Vagy bejön ez a beavatkozás, vagy bejön egy akció, vagy egy következmény, vagy nem. Szóval ez nem 100%-os. Valamikor kifutja magát, akkor el is szok-

tuk venni. Szóval ez a kovácsszénájai rendszer. Pécsvárad, a harmadik rehab a környéken, na, az kocka, aki abból kilóg, azt »nyissz-nyissz«, és ebbe a kockába benne kell maradni. Komló tök szabadság, szeretet völgye, spiritualitás, lehet mindennek tere, szóval pont az ellenkezője. És Szénája meg valahol a kettő között van, mert pécsvárad alapból indul. Ha valaki be mer szólni valakinek, vagy valamiért olyan konfliktus van, mondjuk, párszor, szóval nem folyamatosan, akkor azért nincsen elküldve. Ha Pécsváradon van egy ilyen helyzet, ha valaki valamit olyat csinál, amit a szabályrendszer kizár, akkor az el van küldve: »Szevasz!«. Mi inkább dolgozunk vele! Ebben inkább Komlóra hasonlítunk. A következményelvűségben, abban meg inkább Pécsváradra.”

Egy következmény 1 hétig van érvényben. A kirótt feladat „cselekvős”, illetve „beszélős” típusú lehet, attól függően, milyen jellegű hibát vétett a ház lakója. A szabályok megsértésének megvallása „bevállásos” alapon működik: amennyiben a terápiás vét az előírt szabályok ellen, úgy, hogy az nem kerül nyilvánosságra, akkor a lelkiismeretére van bízva ennek megvallása, publikussá tétele. Következményért a teljes jogú tagokhoz kell fordulni, kérni kell azt.

30 napos felállás: a 30 napja már a házban tartózkodó terápiásnak kérvényt kell benyújtania a közösség felé, és összegeznie kell, hogy mit tett az elmúlt időszakban, felépülése érdekében. A közösség előtt nyilvánosan át kell gondolnia, mi az, amit megtett, mi az, amit nem, illetve amin változtatni kellett volna. A közösség tagjai egyénenként hoznak döntést, s egyszerű szavazással, a többség akarata érvényesül. A terápia folytatása esetén már nemcsak önmagáért, hanem társaiért is felelősséget kell vállalnia. „Ha a közösség ekkor elküldi, akkor nincs már második esélye, távoznia kell. De ez nagyon ritkán fordul elő, csak akkor például, ha nagyon destruktív, vagy káros a közösségre nézve a viselkedése, vagy ha éppen már nem először kezdte a terápiát, még sincs változás, alázat, vagy hajlandóság se arra.”

Az izolációs időszak az első 60 napig van érvényben. A terápiás nem fogadhat telefont, levelet, látogatót. A legfontosabb feladata a beilleszkedés, a közösség szabályainak elfogadása, azok alkalmazása, a csoportterápiás foglalkozásokon való aktív részvétel. Mindezek sikeres abszolválása után a közösség – a terápiások és a szakmai stáb – újból dönt arról, hogy a következő szakaszba léphet-e. Az értékelés a következő módon zajlik: „Feláll a közösség előtt a teljes jogú tagságért, és számot ad az addigi

történekekről, az addigi munkájáról. Beszámol minderről egy csoporton. Ezt nevezzük 60 napos felállásnak. Ezen a közösség eldönti, hogy menjen vagy maradjon. A stáb általában elfogadja a közösség döntését, általában jóvá hagyjuk ezeket. A legritkább esetben szoktuk megvétózni, felülrni a döntést az ilyen elküldéseknél. Ritkán fordul egyébként elő ilyen, évente 3-4 alkalommal. Ha pl. a 60 napos felállás az nagyon necces, szóval megosztja a közösséget, és mondjuk a stábot is, akkor van még alkalma háromszor felállni arra, hogy a teljes jogot megkaphassa. Van még 3 hete tulajdonképpen, és minden héten újból és újból föl kell állni, elmondani, hogy mit tett másképp, aztán a közösség is elmondja, ők hogyan látják. Még három esély ez, mindig hétfőn vannak ezek a súlyosabb csoportok. Ez egy erőteljes határvonal. Ilyenkorra már majdnem 90 napos a kérdéses ember, ekkorra már ki szokott derülni, hogy tinglitangli, eljópofizza a dolgokat, vagy tényleg akar valamit. Így nem tudnak nagyot tévedni.” Amennyiben a közösség nem támogatja a teljes jogú tagságot, úgy a kliensnek távoznia kell az intézményből. Ellenkező esetben a terápiás megkezdheti terápiája következő állomását. A terápiás intézményt bárki szabadon elhagyhatja, ha úgy dönt, hogy nem vállalja tovább az ottlétet. Azonban, ha „kint” meggondolja magát 24 órán belül, és tovább szeretne menni a felépülés útján, visszatérhet, amennyiben megtartotta a három absztinenciát (szex, erőszak, drog). Ezek megszegése esetén a terápiás legközelebb 3 hónap elteltével felvételizhet ismét az intézményhez.

### 3. A középideőszak

A 60 napos felállással teljes jogú tagságot elnyerő terápiás számára két hónap után új szakasz kezdődik. Felelősségeket vállal a közösség szolgálatában (napos, felvételiztet), a tevékenysége folyamatos értékelés alá esik, jogokkal rendelkezik (kapcsolatot tarthat hozzátartozóival, önségítő közösségek gyűléseire járhat, adaptációs szabadságra mehet), s a közösség életében aktív szerepet tölt be. A stabilizáció időszakát éli, természetesen megingásokkal, érzelmi visszaesésekkel. Ugyanakkor minden megingás ellenére napenkénti szembesülés történik a sikerrel is, hiszen annak megvalósulása a kábítószermentes napok számától függ. Ahogyan növekszik az absztinens napok száma, úgy érik meg a józanságra a szenvedélybeteg. Minél „idősebb” valaki, annál bölcsőbb, hitelesebb. Az újfajta „időszámítás” egyik célja, hogy a program

befejezése előtt távozóik vállalják a felelősséget az esetleges visszaesés bekövetkeztekor. Amikor egy terápiás átlép az akut szakaszból a stabilizáció fázisába, gyakran tapasztalható, hogy a tünetek viszonylag gyorsan enyhülnek, ám a pszichoszociális működésmód lassabban változik. A fázisokon való haladás ütemét több tényező határozza meg, pl. a szociális kompetenciák, a stresszorok, a komorbiditás, a biológiai vulnerabilitás, vagy a családi támogatás jelenléte. Az ajánlott rehabilitációs időszak 8-10 hónap, ám ez hosszabbodhat, az adott személy állapota szerint. Az átmeneti időszak leghosszabb fázisa ez.

### 4. A kiépítkezés

A terápiás – a közösség jóváhagyásával – elkezdheti tervezni a terápia utáni életét. Az utolsó, intézményben töltött hónapja az ún. reintegrációs időszak, amely során fokozatosan építkezik „kifelé”, munkát keres, hivatalos iratait rendezi, megkezdvi visszailleszkedését a társadalomba. A felépülés folyamatában ez az időszak a stabilizáció és a stabilitás fázisait követi. A tüneti és a funkcionális felépülés igazi próbája kezdődik el a terápiás életében.

### A nap struktúrálása

Reggel 6 óra 35 perckor van az ébresztő, 7 óráig reggeli készülődés, kávészünet, ezután következik a reszort, azaz a takarítás. A közösség tagjai együtt végzik a napi teendőket. A kiosztott feladatok 1 hétre szólnak. 7.45-kor kezdődik a „reggeli találkozó”. A csoport kezdetén közösen, kört alkotva, egymás kezét fogva elmondják az imát, amely így hangzik:

„Azért vagyok itt, mert nincs menedék önmagam elől. Mindaddig menekülök, míg meg nem látom magamat mások szemében és szívében. Mindaddig nem vagyok biztonságban mások elől, míg nem osztom meg velük végre titkaimat. Míg attól félek, hogy megismernek, sem magamat, sem másokat nem ismerhetek meg, egyedül leszek. Hol találhatnék egy ilyen tükkörre, ha nem a közösségünkben? Itt végre, másokkal együtt tisztán megmutatkozhatom önmagam számára. Nem álmaim óriásaként, és nem is félelmeim törpéjeként, hanem úgy, mint olyan valaki, aki része az egésznek, és részesedik az egész céljából.

*Ebben a közös alapon eresztheték gyökeret, és ebből növekedhetnek. Nem leszek többé egyedül, mint a halálban, hanem élni fogok önmagam és mások számára.*” ([http://merfoldkorehab.hu/rehabilitacios\\_otthon.html](http://merfoldkorehab.hu/rehabilitacios_otthon.html) 2011-11-16)

A napos ismerteti az aznapra tervezett feladatokat, majd személyes felszólalások következnek, a napi célokról, aktuális állapotukról és a beszerzett következményekről. 8 és fél 9 között kezdődik a reggeli. Ezután kerül sor a délelőtti és a délutáni folyamán is 2 tematikus csoportos foglalkozásra. *„Ezenkívül hétfőnként van a stábértekezlet, ahol az összes segítő részt vesz. Ekkor a közösség átbeszéli a kérelmeket (pl. napos kérelem, megfigyelő kérelem, aktivitáskérelem, felálláskérelem). Ők megbeszélik, majd a segítő beül hozzájuk, s csak azokkal foglalkozunk, amelyeket előzetesen a közösség már támogatott. Ez a rendszer egyszerre hierarchikus és demokratikus is. Nekik is nagy felelősség például valakit elküldeni, az nagyon nehéz dolog. Nemet mondani nagy felelősség. Nagyon ritkán van, hogy felülről belenyúlnánk ezekbe. Közösségi és szakmai kontroll ez egyben, amit ők csinálnak, mert egy idő után szakmaivá válik a közösség döntése is, hiszen az idősebb terápiások átveszik a stáb szempontjait.”*

*Az „encounter-”<sup>11</sup> (találkozás) és dialóguscsoportok szerepe Kovácsszénáján*

A Kovácsszénáján működő csoportok tematizálása:

1. Személyes csoportok. Ezek a csoportok valójában encounter-csoportokként működnek. Az ügyeletes segítő részvételével zajlanak irányított, strukturált formában. A „drogkarrier”, a „család”, a „kapcsolat”, a „neheztelés”, az „önszeretet/önközpontúság”, a „szégyen/bűntudat”, a „változás” és a „félelem” csoportok tartoznak ide. Az elnevezésük az adott csoport tematikai preferenciáit tükrözi, minden nap zajlanak. Időtartamuk 1 óra, amit negyedórás „azonosulási” kör követ.
2. A „visszaesés megelőző” (VMCS) és a „spirituális és lelki értékek” (SLÉ) csoportjai kevésbé strukturáltak, a segítő itt közvetett koordinátori szerepben vesz részt, elsődleges feladata a facilitáció. Az írásos, olvasós csoportok, a „reggeli találkozó” és az „esti értékelő” csoport is ide tartoznak.
3. A nonverbális foglalkozások nem klasszikus

csoportmódszerekkel dolgoznak. A „film” csoport, a „mozgás”, a „pszichodráma” és a „színháztréning” tartoznak ide.

4. Az eseti, helyzettől függő, szituatív csoportok nem állandóak, kivéve a közösségi értekezletet, ez heti egy alkalommal zajlik. Az önálló csoportokban nem vesz részt segítő. Az „elmenős”, a „miért jöttél vissza?”, a „be-mutatkozó” csoport tartoznak ide.
5. A „betegségtudat csoport” informatív tanulócsoporthként működik, pszichoeducációs céllal.

A csoporton zajló dialógusok hasonlatosak a Meyerhoff (1986) által leírt „definiáló ceremóniához”. A terápiásnak lehetősége van a közösség előtt elmondania élete történetét, vagy az éppen zajló aktuális eseményeket, kiemelve a tapasztalatoknak szóló jelentés-tulajdonítást. A közösség tagjai erre a narratívára reagálnak, majd a mesélő újra és újra elmondhatja történetét. A folyamatos oda-vissza való mozgás erőteljesen formálja, alakítja az eredeti történetet (elmondás - reagálás - újra elmondás - újra reagálás folyamata). A csoportok másik fő jellegzetessége az ún. „decentrált megosztás”, amelynek során a záróaktust az azonosulási kör jelenti. A résztvevőknek lehetőségük van arra, hogy az elhangzottakra oly módon reagáljanak, hogy kiemeljék az adott narratíva számukra leginkább dominánsan ható részleteit, az esetleges előforduló analógiákat az ismertetett történet és saját történetük között.

A foglalkozások legitim és gondosan szabályozott színteret nyújtanak a közös beszédhez, az egyet-nem-értések kinyilvánításához és megéléséhez, a konfliktusok megjelenéséhez, amelyet egyébként a ház szigorú szabályai más térben és más időpontban nem tesznek lehetővé. A csoportok átmeneti tere egyfajta «valóság terápia», amelyben a személy kénytelen meghallgatni mások véleményét a viselkedéséről, majd szembesülni azokkal. A kegyetlenségnek ható őszinteséget és keménységet biztonsággá, szeretetté és tiszteletté transzformálni képes fájdalommal teli alkalmak itt mint az egymás iránti tisztelet megnyilvánulásai értelmezhetőek. A konfrontáció célja az, hogy felfedje a viselkedés mögött húzódó érzéseket és szükségleteket, és mind a konfrontáló, mind pedig a konfrontált személy véleménynyilvánításaira, érzelmi folyamataira koncentráljon.

*„A terápia analitikus olyan szempontból, hogy számos helyzetben az analitikus, dinamikus megközelítést használjuk, és dolgozunk azokkal a fogal-*

*makka, amikkel a pszichoanalízis. Például az énvédő mechanizmusok, tehát az elfojtás, a racionalizáció, az eltolás, tehát ezeket mind nagyjából, amit Anna Freud kidolgozott. Tè is láttad ezeket, kint van a csoportszoba falán is. A projekcióval, identifikációval, tehát ezekkel dolgozunk napi szinten. De egyéni munkában nem állunk senkivel, ha valakinek nehézsége van, akkor én tudok vele beszélgetni, de úgy, hogy mindig a terápiás térben, mindig a közösségi térben, tehát ott jöhetnek, mehetnek, bekapcsolódhatnak, tehát tulajdonképpen titkok, azok nincsenek. Semlegesnek kell legyünk, olyan szempontból, hogy ne vonódjunk be a személyes viszonyokba. Ne minket akarjanak használni önigazolásra, vagy ön-érdekérvényesítésre vagy csak pusztán arra, hogy »hát velem beszélgetett ő«.*

## A munka szerepe

Az idő korunkban zajló profanizálása miatt elvesztett az annak tulajdonított szakrális jelleg. Napjainkban az elsősorban megélhetést biztosító munka, s annak rituáléi próbálják kompenzálni az ebből fakadó hiányt. Hétköznapijaink weberi „varázstalanítás” világképünk egyik legfontosabb dinamikai elemévé vált (Weber, 1970: 137–138). Éppen ezért a rehabilitációs otthonban zajló munkaterápia kiemelt jelentőségű a terápiások életében.

A közös munka olyan sajátos formaként értelmezhető, amely tartalmazza a tárgyira irányuló, instrumentális, ugyanakkor az interaktív tevékenység elemeit is. A munkavégzés időstrukturáló szerepén túl az együtt végzett tevékenység közben alkalom nyílik a „megosztásokra” is, így annak folyamatában jellegzetesen keveredik a két elem.

Az óráról órára szervezett időbeosztás módszere a meghatározott időritmus kialakítása, az általában ritmikusan ismétlődő tevékenységek, és azok ciklusainak szabályozása alapvető fontossággal bír a terápiások életében.

A házi- és a ház körüli munka megkívánja a külső és a belső fegyelmet, annak a test fölötti uralom kialakításában betöltött szerepét, sőt, annak mentalitáselemmé válása folyamatait és mechanizmusait. A terápiában eltöltött hosszú hónapok szigorú strukturáltságának egyik célja, hogy a terapia előtti szerhasználó életmódra jellemző strukturálatlanságot kompenzálja. E kompenzációs mechanizmus egyik eleme tehát az időbeosztás, az idő mind erőteljesebb „behálózása”.

A Foucault (1990) által leírt fegyelmező idő, „amelyben a test szorgalmasan végzi a dolgát”, fontos eszköze a tevékenység megszervezésének. A test új gesztusaira, mozdulataira, azok felbontására és betanulására van szükség. *„A cselekvős következmények például sokszor egyszerű munkavégzést takarnak, takarítást, cipőpucolást, vagy a virágok gondozását. Nagyon sokan főzni sem tudnak, erre itt meg egyszerre 15-16 emberre kell komplett ebédeket, vacsorákat megcsinálni nekik.”* Olyan elemek habitualizációját jelenti ez, amelyek az emberi testet hozzáigazítják az új időbeli imperatívuszokhoz. *„Fel kell kelni, időben oda kell érni a csoportra, mindent időre kell elvégezni. Ez még nekünk is komoly munka, hát még egy függőnek, aki soha nem foglalkozott ilyenekkel, hanem mondjuk az anyag beszerzése strukturálta a napjait, amit aztán a vég nélküli punnyadás, vagy a fetrengés követett, mondjuk a teljes szétesettség állapota.”* A határidők percre pontos kijelölése, az attól való eltérés szabadságának hiánya az összes tevékenység tekintetében érvényes. Az általános keretek megadása ugyanakkor több, mint egy közös és kötelező külsőleg kényszerített ritmus: egyszerre konkrét és szimbolikával bíró „program”, amely a tevékenység kimunkálását biztosítja, belülről ellenőrzi lefolyását és fázisait.

A külső és önkontroll megerősödése, a fegyelem, a szégyenérzet, a kimért pontosság megjelenése és a testi megnyilvánulások a munka során, illetve annak hatására kialakuló jellegzetes új vonások a függők életében. Mindezekben a folyamatokban a munka diktátuma által irányított uniformizált egyenlőség elérése szintén terápiás cél. *„Fontos az egyénieskedés meg a szembetűnő másság megszüntetése. Alá kell rendelődni a közösségnek. A külső változás előbb vagy utóbb, de elindítja a belső is. Le kell vágni a haját, ki kell szedni a testékszereket, részt kell venni a munkában, közösen, a közösség egy tagjaként.”*

A munkarituálék szociális funkciója ebben a térben abban rejlik, hogy azok szimbolikus jelentés hordozói, bizonyos esetekben akár túlterminált jellegűvé is válnak. A munka, mint az összes itteni tevékenység, a spiritualitás gyökereit is magában hordozza. Olyan performatív önmegjelenítési formává válik, amely a „felsőbb erőhöz”, illetve a közösség többi tagjához való viszonyban jelenik meg. Ezáltal a munka gesztusai kiterjednek más területekre is, elsősorban a kapcsolati munkára és az önmagunkkal való munkára.

## A nap lezárása

A vacsorára hétköznaponként fél hétkor kerül sor. A „konyhás” szerepkör heti felelősségvállalást jelent. A nap további részében az írásos feladatok teljesítése történik, egyfajta számvetés. Az este 8 órakor kezdődő „esti értékelő” csoporton zajlik a feljegyzések közösség előtti, egyénenként való felolvasása. *„A közösség együtt értékeli, értelmezi a terápiás napját. Szempontokat, külső meglátásokat ad neki. Minden igaz, amit a közösség visszajelez, mond, mert a valóságot tükrözi. Lehet, hogy nem jól fogalmaz, vagy indulati dolgokat tükröz, de az igazság csírja ott van benne. Van az esti értékelőn is visszajelző, konfrontációs kör, vagy azonosulási, de akár pozitívak, akár negatívak ezek, mindenképpen igazak. A közösségi értelmezés által új értelmezést kap önmagáról.”* Este tíz órakor takarodó, 11 órakor lámpaoltás.

## Hétvége

A hétvége általában a kikapcsolódás és a spiritualitás jegyében telik. Egy órával később van az ébresztő, így minden foglalkozás és étkezés egy órával kitolódik. Általában mozgásterápiával telik a nap. A délelőtti folyamán egy hosszabb foglalkozás zajlik, egészen ebédig, délután szintén több órás mozgástréningen vesznek részt a tagok, meditációs és relaxációs elemekkel. A zene és a nonverbális foglalkozások kedvezően befolyásolják a terápia menetét: az általános cél a szorongás és a feszültség enyhítése, a mentális értelemben vett egyensúlyra törekvés, a monotónia csökkentése. A foglalkozás szakaszainak végén érzéskört tartanak, reflektív, önreflektív céllal.

Az új terápiás társak „beavatása” szintén ekkor történik. „Falhoz állítják”, s társai külön-külön, szavak nélkül érzéseket adnak át neki. Ebben a helyzetben a nonverbális kommunikáció minden formáját alkalmazhatják. Miután a közösség minden tagja átadott a számára valamilyen impulzust, le kell feküdnie a földre. Társai magába emelik a testét, végig viszik a színházteremben, majd kérdéseket tesznek föl neki.

A napot minden szombaton filmvetítéssel zárják. A film kiválasztása is közösen történik, s minden esetben kapcsolódik a szenvedélybetegség tematikájához. A vetítés érzéskörrel zárul. Ezekon a napokon nincsenek írásos feladatok, kizárólagosan az érzések verbális megfogalmazásai kerülnek előtérbe.

A hétvége jelentőségét növeli a teljes jogú tagok számára az is, hogy ilyenkor van lehetőség a „külvilággal” való kapcsolattartásra, telefonhívások intézésére. Ez előzetes kérvénnyel, valamint egy levél megírásával történhet meg. *„A közösségnek felolvassák a kimenő levelet, majd a közösség és a segítő együtt véleményezi. Például, ha van büntudatkeltő játszma, vagy vádlás a levélben, annak ki kell kerülnie. Ellenállás van ugyan, de a közösség az elsődleges cenzor, általában végül belátják, s ha mindenki rábólint, mehet a borítékba. Ha kapcsolatot akar valaki a rokonaival, akkor levelet kell írnia neki, kérnie kell, hogy hívják fel őt. Meg kell tanulniuk kérni.”*

## Terápiás szótár: fogalmak, időstruktúrák, pozíciók

### A mentorálás rendszere

A szakmai stáb és az idősebb terápiások közös döntése alapján minden új terápiás mellé kijelölnek egy mentort az idősebb, teljes jogú terápiások közül. „Teljes jogúnak” számít az izolációból kikerült személy, aki felelősséget vállal tetteiért, társaiért, és jogokkal rendelkezik. Ő segít a fiatalabb társának a beilleszkedésben, a közösség működésbeli és strukturális sajátosságainak értelmezésében, elmagyarázza a napi teendőket és a szabályrendszert. Felelősséget kell vállalnia a mentoráltjáért. Az elégtelen mentori működés szintén következményeket von maga után. A mentor kiválasztása elsősorban a teljes jogú tagok feladata, ám a szakmai stáb felülírhatja döntésüket. Általában azonos nemű szponzorra esik a választás. Ez az időszak két hétig tart, ennyi idő áll a „kicsik”, a közösség új tagjainak rendelkezésére ahhoz, hogy „asszimilálódjanak” az új környezetbe.

### A napos

A közösség minden reggel „napost” választ, akinek az a feladata, hogy ellenőrizze a többiek munkáját, megnyissa a csoportos foglalkozásokat. Egy napon keresztül felelősséget vállal a közösség egészéért, annak működéséért. A reggeli „találkozó” csoporton ismerteti az aznapra tervezett eseményeket, az esti értékelőn pedig összegzi és lezárja a napot. Minden kérdéssel hozzá fordulhatnak a többiek, és minden,

a szigorú struktúrán kívül eső történés esetében engedélyt kell kérniük tőle (pl. a konyhába való belépés esetén). A cigarettaszünetben akkor lehet rágyújtani, ha azt a napos engedélyezi. Ezt a posztot kizárólag a teljes jogú terápások birtokolhatják.

## A következményrendszer

*„A következményeket megpróbáljuk egymásra építeni. Eleinte kis következmények vannak, amelyek elég általánosak. Még új a terápias, nem szokta meg a szabályokat, nincs érzelmi stabilitásban, mi sem ismerjük még őt annyira, ezért ilyenek a következmények. Am minél idősebb valaki, a terápiaja hosszúságát, idejét tekintve, a következmények úgy lesznek egyre nagyobbak, speciálisak, személyre szabottak. Léteznek cselekvős következmények, amik plusz feladatokat jelentenek, és vannak a beszélős következmények, például történetek elmondása, a mélypontok elmesélése, székgyen megosztása, drogkarrier, vagy család témában is. Ezeket néha írásban is kérjük, hogy foglalja össze magában a gondolatait. Ezek a következmények egy hétig tartanak. Mindig a közösség szabja ki, hogy mi legyen az. A teljes jogúakhoz kell menni következményért, a teljes jogú már magának hozza. Mindez bevallás alapján működik, például valaki bevallja, hogy belépett a konyhába engedély nélkül. A bevallások mindig az esti értékelőn történnek.  $\frac{3}{4}$  8 és 8 között megírja a napját, felolvassa a közösség előtt, és ha szükséges, akkor történik a következmények kiosztása. A következőt képzeled el: »Beléptem a konyhába. Reggelig segítséget kérek rá.« Persze, ha valakinek heteken át nincs következménye, az gyanús, mert annyi szabály van, hogy azt lehetetlen betartani. Ha nem történik semmi, az is baj. Több hónap után rögzülnek csak a szabályok. De ha valami belső munka elindul benne, mondjuk az anyjával kapcsolatban, akkor elfeledkezik a tudatosságról, és szabályt vét. Furcsa és paradox, de ilyen esetben a hiba átfordul pozitívba. A szabályok a házirendben, az alkotmányban vannak lefektetve, a többi meg tulajdonképpen szokásként, szóbeli hagyományként van jelen, ezek az íratlan szabályaink.»*

## Az adaptációs szabadság (ASZ)

Az adaptációs szabadságot két esetben alkalmazzák a segítők. Általában a terápiába érkezés után eltelt negyedik hónapban, „120 naposan”, abban

az esetben, ha „megérdemli” a közösség valamely tagja. Ilyenkor bármikor visszatérhet a házba. A másik eset, amikor a terápias már huzamosabb ideje nem produkál változást, állapota stagnál. Ez esetben a szabadság célja, hogy szembesüljön régi környezetével, önmagával. *„Van benne rizikó, az is előfordul, hogy rájátszanak, hogy küldjük ki őket, de erre általában rájövünk, s addig nem mehet, amíg át nem értékeli a dolgokat. Tehát ha öndestrukciót észlelünk, akkor várjuk, hogy megérdemeltbe forduljon át. De nagyon felkészítjük őket a veszélyekre. Ennek az egésznek az a célja, hogy szembesüljön a betegségével, régi környezetével, előző önmagával, de már józanon. Meg a rögzültségeivel, sóvárgással, kamuzási kényszereivel, és hogy kikapcsolódjon, új társakkal ismerkedjen meg, használja a terápiában tanultakat, integrálja azt, építsen kapcsolatokat kinti, józan társaival. Naponta kötelező AA-ba, NA-ba, vagy GA-ba menniük. Úgy kontrolláljuk ezt, hogy egyrészt az ösztinteségükre alapozunk, másrészt meg ismerjük a kinti önszolgáltató csoportokat, kiderül minden. Adunk nekik felépült, hiteles szenvedélybetegek telefonszámaikat, s már innen, bentről fel kell hívnia. Így alakítjuk a józan kapcsolataikat, már nem csak a „díler” száma lesz meg nekik, hanem olyan emberé is, aki hívható bármikor, ha baj van. Az oroszlanbarlangba úgy engedjük vissza őket, hogy közben kapnak támogatást, kapaszkodókat.»* A tapasztalatok azt mutatják, hogy az érzelmi stabilitás, a teljes jogú tagság garancia arra, hogy a terápias visszatér, és folytatja a munkát a felépülés érdekében. Az ezt követő időszakban a figyelem, a tudatosság és a motiváltság fokozódik.

## Búcsúztató

A ház elhagyásának napján mindenféle rituális búcsú nélkül lép ki a terápias a kapun. Szinte minden esetben a félutas házba költözik ki. Ha összegyűlik legalább 2-3, a programot befejező ember, akkor kerül sor, kb. távozása után 1-2 hónapon belül a csoportos „búcsúztatóra”. Ez a szimbolikus aktus az egyik meghatározó momentum a terápia során. *„Azoknak a társaiknak, akik sikeresen elvégezték a terápiát, a többiek egy órás műsorral készülnek. Ezt általában a rehabilitációs otthonban tartják. Ilyenkor meghívják, pontosabban visszahívják a felépült szenvedély-*

*betegeket az otthonba, s egy meghívottat hozhat magával. Az érintetteket megajándékozzák egy színdarabbal vagy egy-két énekkel, kis műsorral és egy szimbolikus ajándékkal. A búcsú azzal zárul, hogy az érintettek egy – saját nevüket tartalmazó – falevelet akasztanak fel arra a fára, amin azoknak a neve szerepel, akik az intézmény működése alatt sikerrel befejezték a programot. Ez a „Józan-ság Fája”.*

A rehabilitációs otthonban töltött izoláció után a „kinti” élet nehéz és szokatlan a terápiások számára. A szakmai stáb javaslata alapján, a sikeres terápiát követő két éven belül nem javallott párkapcsolat létesítése. A Mér-földkő Egyesület Átmeneti Otthona lakhatást biztosít a rehabilitációról kikerült, felépülőben levő szenvedélybetegek számára. A „félutas ház” elnevezése szimbolikusan fogalmazza meg azt, hogy a rehabilitáció csak az út elejének egyik kisebb állomása. A szabályok kevésbé rigidek, a mozgástér jóval nagyobb. Továbbra is ajánlott a heti több alkalommal való részvétel a különböző független önszolgáltató csoportokon, mint például a Narcotics Anonymus (NA), vagy az Alcoholics Anonymus (AA) csoportjain. *„Egy év – növény, egy év – állat, egy év – párkapcsolat” – a lényeg, hogy fokozatosság legyen. Meg kell tanulni az öngondoskodást meg a környezetünkről való gondoskodást, és megvárni, hogy túléli a növény, aztán ha jól van az állatkád is, akkor készen vagy egy párkapcsolatra, szóval ez egy jó kis mondat. De én nem vártam meg, és szóval valamit bekavartam. Nem csak én voltam benne, de én is bekavartam ebbe az egészbe. Ugyanaz a hatás, elvisz mindent, és tényleg, mindent elvisz. Elkezdtem a kereteimen lazítani, nem mondani igazat, elkészni a munkahelyemről, eljönni a munkahelyemről idő előtt. A szerelemnek a szenvedélye ugyanolyan függővé tehet, tehát nincs ugyan kémiai szer, tudod, hogy nem lehet, és akkor gyakorlatilag áthelyezed valami másra, és addikt módon tudsz csak kapcsolódni. Tehát kapcsolati függőség lesz a szerfüggőség helyett. És már mindenki mondta ezt a környezetemben, és ezt megtanultam a terápiában, hogy ha mindenki mondja, bármit érzek, igazuk van! Ezt a ráhagyatkozást úgy mond megtanultam. Ha mindenki mondja, ha tetszik, ha nem, az úgy van, érdemes nem a saját fejem után menni. Ez azért mondjuk segített.”*

## Összegzés

A vizsgált közösség megosztott kollektív szimbolikus tudással és az interakciók ritualizált formáival is rendelkezik, amelyekben bemutatják és módosítják ezt a tudást. E tudás ismételt megjelenítése minden rituális bemutatásban az önbemutató, a szociális rend biztosításának és transzformációjának útja (Wulf, 224. o.). A rehabilitációs térben minden cselekedet közös cselekedet, így a rituálé sikere érdekében az eltéréseket redukálni kell. Ha a differenciák túl erősek, akkor a közösséget veszély fenyegeti. Az „elég jó” és a hatékony működés érdekében a rendszer kénytelen bizonyos szelekciós mechanizmusokat működtetni: ha individuális szinten olyan zavar keletkezik, ami a kollektív ideák és eszmék megkérdőjelezését vonja maga után, illetve viselkedésben megnyilvánuló koherenciát bontó mentális működések válnak nyilvánvalóvá, akkor – többszörös kompenzációs törekvések után – annak sikertelensége esetén kidobja magából a tagot.

A változás terében szcenikus megrendezés, szociális hierarchiák, hatalmi viszonyok is láthatóvá válnak, a hatalom felosztása adja a közösség koherenciáját. A ciklikusan visszatérő rituálék célja, hogy biztosítsa a közösség jelenlétét, és megbizonyosodjon az ismétlésben annak rendjéről, transzformációs potenciáljáról. Az idővel való rituális bánásmód létrehozza az idő kompetenciáját, mint szociális kompetenciát, s annak kezelése ebben a térben az elsődleges szocializáció deficitjeiből következően az ott elmaradt kulturális tanulási folyamatok bepótolta eredménye. Az idő, annak szigorú strukturális szerepe mint rendező elv szabályozza a szociális együttélés egész területét, egyes rituálékban szakrális idővé válik (Wulf:290). A segítők törekvése arra irányul, hogy a priméren pragmatikus nézőpont helyett (amely során az együtccselekvés mint praxis mindössze együttműködést hoz létre), a priméren szemantikus nézőpont elveit érvényesítve dolgozzanak együtt a rehabilitációban részt vevőkkel.

## Irodalom

- Yalom, I. D. (2001): *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata*. Animula.
- Bracke, R. (1996): De encounter, het hart van de therapeutische gemeenschap. In Broekaert, E.; Bracke, R.; Calle, D.;

Cogo, A.; van der Straten, G. & Bradt, H. (Ed.) *De nieuwe therapeutische gemeenschap*. Leuven, Belgium: Garant. 65–70.

Brown, S. (1985): *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery*. John Wiley and Sons, New York.  
Dethlefsen, Thorwald (1997): *Oidipusz, a talány megfejtője*. Magyar Könyvklub

Foucault, M. (1990): *Felügyelet és büntetés. A börtön története*. Gondolat, Budapest

Kelemen, G.-B. Erdős, M. (2004): *Craving for Sobriety. A Unique Therapeutic Community in Hungary Pécs*. The Faculty of Humanities University of Pécs and The Leo Amici 2002 Foundation

Meyerhoff, B. (1986): „Life, not death in Venice”: Its second life. In: Turner, Bruner (szerk.): *The anthropology of experience*. Univ of Illinois Press.

Péley, B. (2002): *Rítus és történet. Beavatás és a kábítószeres létezés módja*. Új Mandátum Könyvkiadó. Budapest. 50–65. o.

Perfas, F. B. (2004): *Therapeutic Community Social Systems Perspective*. iUniverse, INC. New York Lincoln Shanghai

Rastegar, D. A., Fingerhood, M. I. (2005): *Addiction Medicine. An Evidence-Based Handbook*. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia.

Szabó, J. (2005): Alkoholfüggő férfiak nyelvi kifejezőmódjának vizsgálata. (előadáskivonat) *Psychiatria Hungarica*, XX. Évf. 2005/Supplementum, 31.

Szabó Judit (2005): Az elmúlt 10 év nagyobb szakmai és társadalompolitikai változásai és azok hatásai egy drogtérapiás intézetre. (Az előadás elhangzott Budapesten, az Alkohol és Addikciók Nemzetközi Tanácsa (ICAA) által szervezett konferencián, 2005. október 27-én a Terápiás Közösség szekciójában.) <http://www.ok.hu/katalogus?hol=1&q=AZ%20ELM%20DALT%2010%20EV%20NAGYOBB%20SZAKMAI%20C9S%20T%20C1RSADALOMPOLITIKAI%20V%20C1LTOZ%20C1SAI%20C9S%20AZOK%20HAT%20C1SAI%20EGY%20DROGTER%20C1PI%20INT%20C9ZETRE>

Turner, V. (2002): *A rituális folyamat*. Budapest, Osiris

Topolánszky, Á. (2009): A terápiás közösségek új generációi. In: Demetrovics, Zs. szerk. *Az addiktológia alapjai III*. Budapest, ELTE EÖTVÖS Kiadó. 385–402.

Weber, M. (1970): *Állam-politika-tudomány*. Tanulmányok. Fordította Józsa Péter. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó

White, M. (2001): A fogyasztói kultúrának szóló kihívás. Átmeneti rítusok és elfogadó közösségek. In: *Az addiktológia horizontja* Szerk.: Kelemen, G.-B. Erdős, M. PTE Egészségügyi Főiskolai kar, Pécs

Winnicott, D. W. (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek: Válogatott tanulmányok*. Új Mandátum, Budapest

Wulf, Ch. (2007): *Az antropológia rövid összefoglalása*. Enciklopédia Kiadó

## Jegyzetek

- 1 Az „átmeneti tér” fogalmát Winnicott (2004) alapján értelmezem, köztes élménytérként, amely lehetőséget ad arra, hogy a szubjektíven átélt élmények és az objektíven észlelt valóság kölcsönhatásba kerülhessenek egymással.
- 2 A „terápiás” kifejezés a rehabilitáción részt vevő szenvedélybetegek önmagukra alkalmazott elnevezése.
- 3 Terepmunkám intézményi hátterét a PTE BTK Interdiszciplináris Doktori Iskola biztosította.
- 4 A koncepcionálisan alapozott, hagyományos terápiás közösségek működéséről magyar nyelven mind ez idáig kevés publikáció született, mindössze Topolánszky Ákos írásai nyújtanak általános betekintést az intézmények életvilágába. Az egyetlen – magyarországi intézményről angol nyelven íródott – monográfia a Kelemen-B. Erdős által 2004-ben megjelent kötet, mely a komló rehabilitációs otthon működését mutatja be.
- 5 Az INDIT Közalapítvány olyan integrált terápiás rendszer, amely több intézményből (szenvedélybetegek nappali intézményei, drogambulanciák, drogrehabilitációs otthonok, félutas házak), kapcsolódó munkacsoportokból (FÜGE Drogprevenációs Munkacsoport, Iskolai Szociális Munkás Hálózat) és szolgáltatásokból (közösségi ellátások) tevődik össze. Szem előtt tartja a szenvedélybetegség megoldásának komplex szükségességét, a különböző szintek és szolgáltatások átjárhatóságát, az igények szerinti legmegfelelőbb szolgáltatás minél egyszerűbb elérhetőségét.
- 6 Az angol nyelvű szakirodalomban használt terminus a „therapeutic community”, rövidítése: TC.
- 7 A terápiás közösségben zajló folyamat struktúrájának azonosítása és a stációk rendszerezése a közösség Alkotmányában leírtakra támaszkodva és a részt vevő megfigyelés, a terápiásokkal és a segítőkkel felvett életút- és félig strukturált interjúk alapján történt.
- 8 Az Alkotmány szövege az otthon alapítása után eltelt fél év után született meg, a kezdeti idők tapasztalataira alapozva: az éppen résztvevő terápiások és az akkori stáb tagjai közösen fogalmazták meg az útmutatóként szolgáló szöveget. A szöveg egyik fő sajátossága, hogy nem kötelezettségként, hanem jogként tekint a szex-, erőszak- és szermentes életre.
- 9 Az ebben a fejezetben használt interjúrészletek a segítőkkel készített félig strukturált interjúkból alakultak.
- 10 Az otthonban három absztinencia kötelező: szex -, erőszak -, és drogmentesség.
- 11 Az encounter-csoport kialakulásának előzményeiről, fejlődéséről lásd részletesen: Yalom összefoglaló munkáját a csoportpszichoterápia elméletéről és gyakorlatáról (Yalom, 2001. 379–400.)