

# **Szakdolgozat**

Burai Csaba

Apor Vilmos Katolikus Főiskola  
Bölcsészettudományi Kar  
2600 Vác, Konstantin tér 1-5.

**Harcosok klubja,  
avagy megküzdési stratégiák kialakulása, fejlődése  
szenvedélybetegek körében**

**Konzulens:** Dr. Elekes Györgyi  
Főiskolai tanár  
Szakfelelős

**Készítette:** Burai Csaba  
Mentálhigiénés közösség-és kapcsolatépítő  
szakos hallgató

Vác, 2023

## **Köszönetnyilvánítás**

Ezúton szeretnék köszönetet mondani mindenekelőtt Dr. Elekes Györgyinek, aki támogatott szakmailag és emberileg egyaránt.

Továbbá Nagy Olgának, aki szintén támogatott a szakdolgozatom elkészítésében.

Illetve az interjúalanyoknak is, akik vállalták az interjút, és őszinteségükkel hozzájárultak a kutatáshoz.

## BEVEZETŐ

1.1. Bevezetés	3
1.2. A drogfüggőség kialakulása	10
1.3. A hazai kábítószerfogyasztás helyzetéről	14
1.4. A hazai drogrehabilitációs programokról: Minnesota-Portage	21
2.1. Pszichológiai reziliencia	23
2.2. Megküzdés (coping) stratégiák	24
3.1. Kutatási kérdések	25
3.2. Kutatás módszertana	26
4.1. Megküzdési stratégiák elsajátítása a rehabilitáció alatt	28
4.2. A megküzdési stratégiák működése a mindennapokban	30
5.1. Különbségek a két program között, előnyök és hátrányok	31
6.1. Összegzés és következtetések	32
7.2. Hivatkozott irodalmak:	36
7.3 Táblázatok, diagramok jegyzéke:	38
7.4. Strukturált interjú kérdései:	38
7.5. Mellékletek:	42

## 1.1. Bevezetés

Az addiktológiai kutatás hazai szakértője Elekes még a következőképpen fogalmazott a drogproblémáról. „A kábítószer-fogyasztás ma még nem tartozik a magyar társadalom legsúlyosabb problémái közé.” (Elekes, 2003, pp.12). A szerző kellő bölcsességgel odaillesztette a „még” módosítószót. Sajnos azóta a probléma súlyosbodott, s a kábítószer-fogyasztás kiterjedt a társadalom legkülönbözőbb rétegeire. A téma jelentősége növekszik, a különböző függőségek elterjedése jelenleg komoly társadalmi problémát és rengeteg kihívást jelent. A hazai szociálpolitikai rendszer, a kábítószer-ellenes stratégia, a hatóságok erőfeszítései sem tudják felvenni a versenyt a kábítószer-kereskedelem szövevényes hálózataival, és sajnos a kereslet igénye sem csökken. A hazai online napilapok is egyre többet foglalkoznak a témával, amely jelzi, hogy egyre nagyobb tömegeket érint a drogfüggőség. (Index 2023. 03. 13-án) „Amerikában éppen valóra válik a Walking Dead?” ezzel a címmel közöltek cikket. Az írás arról számol be, hogy „Az Egyesült Államok történetének egyik legsúlyosabb kábítószer-túladagolási válságát éljük át a fentanil-xilazin keveréknek köszönhetően.” Amerikában ugyanis minden ötödik percben meghal valaki túladagolás miatt, de nem jobb a helyzet Kanadában sem, sőt a helyzet tarthatatlanságáról film is készült a Netflixen. A kitekintést azért tartom fontosnak, hogy szemléltessem, hogy egy globális méretű problémával állunk szemben, amelynek beláthatatlan következményei vannak és lesznek a jövőben.

A függőség témaköre, s a felépülés szakaszai nem állnak távol tőlem, hiszen 2015 óta dolgozom a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonban. Felépülő függőként saját élményű tapasztalatokkal is rendelkezem, ami talán abban jelent előnyt, hogy a szakmai interakciók, a segítség folyamata során gyorsabban kialakul a kliensekkel a bizalmi kapcsolat. Az alapprobléma felvetése, vagyis hogy a kliens a terápiás program befejeztével képes lesz-e a társadalomba való integrációra, mindig a terápiás folyamat végén válik világossá. A program során válik el, hogy a személyiségfejlesztés hogyan tud megvalósulni, s a terápiás elemek <sup>1</sup>miként integrálódnak a személyiség különböző rétegeibe. Ezen gondolatok mentén született meg bennem a kutatás témája, vagyis a megküzdés (coping) stratégiák alapos vizsgálata.

A kutatás célja, hogy górcső alá vegyem a reziliencia kialakulásának folyamatait. Szeretném körüljárni a felépülés szintjeit, fejlődési szakaszait, valamint visszajelzést kapni a Portage és a Minnesota terápiás modell hatékonyságáról. A felépülési folyamatban az egyén erőforrásain túl

---

<sup>1</sup> <https://index.hu/tudomany/2023/03/13/drog-usa-nyugtato-fentanil-xilazin/>  
(Index 2023. 03. 13)

a környezetnek és a társadalomnak is fontos szerepe van. Szeretnék választ kapni arra a kérdésre, hogy a társadalmi berendezkedés és annak kulturális morálja képes-e integrálón segíteni az egyént, vagy dezintegráló hatást gyakorol rá. A tudatmódosító szereket két csoportba lehet sorolni, eszerint a csoportosítás szerint lehetnek legális és illegális szerek. A függőségeket is két csoportba soroljuk, amely során kémia és viselkedési függőségeket különböztetünk meg. Szakdolgozatomban a kábítószer által kialakult függőséget vizsgálom meg közelebbről.

## 2.1. Elméleti áttekintés

A kábítószer-fogyasztás mindig is jelen volt a történelmünk során, története évszázadokra, évezredekre nyúlik vissza, a különböző törzsi rituáléktól kezdve napjaink fogyasztói társadalmáig. A vándorló életmód során a törzsfőnök tűz melletti rítusa és a pipa füstölgő illata szakrális magasztalokba ágyazta e rituális szertartást. Napjainkban a kábítószeres társadalmi megítélése megváltozott, a hatóanyaguk is megváltozott, az ember spirituális/szellemi környezete elvesztette kapcsolatát a Teremtővel, de ami jó hír, a tűz megmaradt. „Substance Use Disorder” ez a mai hivatalos megfogalmazása a kábítószer-fogyasztásnak. Alan Leshner 1997-ben neurobiológiai tanulmányt tett közzé „Addiction Is a Brain Disease, and It Matters” (Az addikció agyi rendellenesség, és ennek van jelentősége) címmel. A függőség megítélése nagymértékben „függ” attól, hogy mennyire gondolták/gondolják betegségnek, legyen az akár lelki, akár testi/idegrendszeri (Kapitány- Fövény, 2019). A neurobiológiai tanulmány következtetése szerint a szerhasználó saját maga hoz döntést arról, hogy kipróbálja a kábítószeret, ezt követően történnek az agy neurokémiai változásai, amelyek következménye a neurobiológiai zavar. Ennek az elméletnek a létjogosultsága napjainkban is megoszlik. A függőséget számos szakirodalom/szakember különböző módon konceptualizálja. Számosan tartják betegségnek, de akaratgyengéségnek is nevezték már.” *Az addikció se nem örökölt betegség, se nem választás eredménye, hanem egy viselkedési jelenség, egy válaszreakció az emberi szenvedésre. Ha meg akarjuk érteni az addikciót, akkor nem a géneket kell nézni, hanem azt, hogy mi történt az ember életében.*” (Máté, 2022). Máté az egyén genetikai felépítését nem veszi figyelembe, nem tartja valid rizikófaktornak, a kiváltó okokat a traumákban, tragédiákban, családi mintázatokban keresi. Rengeteg ember próbálja ki a kábítószeret, pl. fesztiválon, filmnézés közben, vagy egy kellemesen eltöltött együttlét során. Viszont joggal merül fel a kérdés, hogy akkor miért nem válik mindenki függővé? A függőség biológiai öröksége meghatározhatja, hogy ki milyen hajlammal rendelkezik. Tehát kipróbálni a

kábítószert egy emberi döntés. Azon, hogy ez felelősségteljes döntés vagy sem, azon lehet vitatkozni, viszont aki hajlamosabb a függőségre, annál a későbbiekben nehezebb megállítani a folyamatot. A továbbiakban megpróbálom bemutatni, hogy miért nehezebb abbahagyni a használatot egy olyan személynél, aki hajlamosabb a függőségre.

### **Rizikófaktorok:**

(1) Az első a viselkedésszabályozással van összefüggésben, vagyis a függőknél viselkedés szabályozása/gátlása nem megfelelően működik. (2) Továbbá mindenkinek más a jutalmazási rendszere. Akik nem rendelkeznek hajlammal, azoknál maga az örömforrás elegendő, nem kívánnak megenni egy négyszemélyes KFC kosarat, illetve a szexuális élvezetet sem kívánják fokozni, megmarad a maga természetes szintjén. A közepagy jutalmazó rendszer a függőségi hajlammal rendelkezőknél alulműködést mutat. (3) Kulcsingerek észlelése: mivel az idegrendszerük biokémiája megváltozott, az emlékezeti ingereket a függésre hajlamosak hamarabb észreveszik (pl. zene, illat).

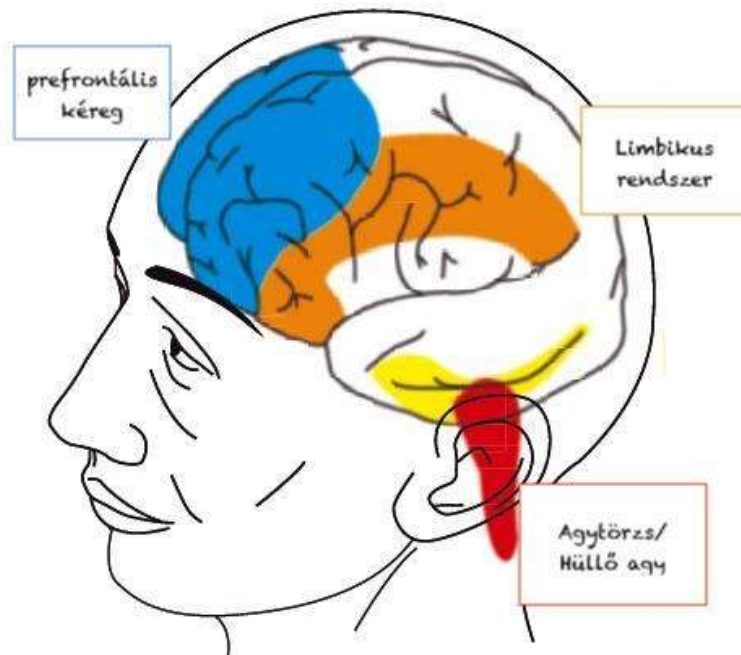
Tehát a szenvedélybetegség meghatározása legalább olyan bonyolult és komplex, mint a genetikai állományunk. Örökölheto maga a kockázati tényező, viszont számtalan dolog befolyásolja a függőség kialakulását. Az egyén környezete, családi mintázata, rendszere, a szocializáció során megtapasztalt élmények, traumák, kötődési zavarok. Multidiszciplináris tudományok sokasága szükséges ahhoz, hogy közelebb kerüljünk a függőség kialakulásának megértéséhez, genetikai kódjához, az emberi psziché működésén át a szocializációs folyamatokig. Egyetértek azzal a megközelítéssel, hogy mindannyian rendelkezünk függőségekkel, de Kapitány-Fővény Máté addiktológus nézetét osztom, mely szerint legyen inkább többféle függőségünk, amelyek nem okoznak életvezetési gondokat, mint egy függőség, amely kontroll nélküli. (Kapitány Fővény Máté, 2019)

### **A trauma, mint közös nevező**

Ahogy fentebb írtam, a függőség kialakulásának rizikófaktorai rendkívül összetett képletet alkotnak, viszont mindenki egyetért abban, hogy a képletek között mindig ott szerepel a trauma. „*A trauma értelmezhető olyan intenzív ingerelárasztásként is, amelyet az adott*

*személy nem képes megfelelően feldolgozni, így kihatással lesz későbbi érzelmi és személyiségfejlődésére.*” (Kapitány Fövény, 2019, pp. 81) Itt megjegyezném előljáróban, hogy nem csak az lehet trauma, amit az egyén közvetlenül saját maga megtapasztal, hanem az is, amit külső szemlélőként él át. A trauma lényege és súlyossága nem csak magától az eseménytől függ, hanem az esemény által adott válaszreakciótól is. Mindenkinél változó lehet, hogy ugyanazon eseményre hogyan reagál. *„A borzalmakat átélő emberek előre kiszámítható pszichés sérüléseket szenvednek.*” (Lewis Herman, , pp 14) Az átélt traumát az egyén szeretné kimondani, de szégyent is érez, amit önmagának tulajdonít. A megnyílás illetve a tagadás igénye között disszonancia keletkezik, ami feszültségbe torkollik, a kimondatlan szavak helyett pedig tünetekben fejeződik ki az egyén kommunikációja a külvilág felé. *„Az elfojtás, a disszociáció és a tagadás jelensége éppúgy jellemző a társadalmi, mint az egyéni tudatra.*” (Lewis Herman, , pp.17). A legjellemzőbb következménye a traumának a PTSD (poszttraumás stressz zavar), ami gyakran jár rémálmokkal, zavaros, nyomasztó gondolatokkal, intenzív érzelmi reakciókkal. Képek, hangok előhívhatják ezeket a nyomasztó dolgokat, aminek a lényege, hogy emlékezteti az egyént a traumára, valamint annak körülményeire. Így szándékosan kerülni fog minden olyan ingert, gondolatot, ami negatív emlékeket idéz elő benne, elzárkózik a külvilágtól, az emberektől, erőt vesz rajta a szorongás, a pánik, egyre mélyebbre sodródik, és egyre magányosabb lesz. A rehabilitációs otthonokba kerülők 90%-a fizikálisan és/vagy verbálisan bántalmazott, megalázott, megszegyenített, traumatizált ember. Ezért jogosan merül fel mindenkiben a kérdés, hogy mi történik az agyban, mikor egy traumatikus esemény lejátszódik.





1. Ábra: Forrás: Besser Van del Kork (2020): A test mindent számon tart

A vizuális ingerekért felelős agyterület az agy hátsó részében található, itt dolgozódik fel a vizuális információ. Innen két úton mehet tovább. Az egyik út a limbikus rendszer, ahonnan egy azonnali inger indul el, és riadót fúj az agyban, amivel megkezdődik egy válaszreakció. Tehát a válaszreakció már azelőtt lezajlik, mielőtt tudatosan felfognánk, hogy mi is történt valójában. Az amigdala nem csak vizuális választ ad az agynak vészhelyzetkor vagy éppen egy trauma átélésekor, hanem érzelmi válaszokat is, aminek következtében érzések sokasága zúdul az egyénre, ezek közé tartozik pl. a félelem. Az ingerek feldolgozásához létezik egy másik út, ami prefrontális kéreg, vagyis az agyunk „okos része” felé vezet. A prefrontális kéreg a homlokunk mögött található, ez felel az összes magasrendű funkcióinkért, pl. gondolkodás, döntéshozatal, tudatosítás, tervezés, megfontoltság. Igen ám, de ez távolabb van, mint az amigdala, és a folyamat feldolgozása is lassabb, tehát nem tud olyan gyorsan választ adni vagy döntést hozni. Amíg az amigdala a tudattalan, a prefrontális kéreg a tudatos feldolgozásért felelős. Mikor megtörténik az esemény, mondjuk egy baleset, akkor kétféle úton indul el az információ, és az úgynevezett hipokampusz, ami az agy könyvtárosa, funkciójának megfelelően a lehető legmélyebben és legerősebben elraktározza az emlékeinket. Nyilván azért, hogy ha legközelebb ilyen történik, akkor jobban, gyorsabban fel tudja dolgozni az agyunk a történetek a legközelebbi történést. A hipokampusz működése nagyban hasonlít az immunrendszeréhez, amely több millió betegséget képes memorizálni, hogy gyorsabb legyen a válaszreakció, mikor

egy vírus a szervezetbe kerül. Az agy úgy van felépítve, hogy a veszélyhelyzetekre emlékezni akar. Ha túl sok riadóztatás történik, vagyis ha túl sok trauma éri az egyént és/vagy a traumák túl sűrűn ismétlődnek, akkor ez a riadórendszer túl sokszor kapcsol be, illetve egy idő után már szinte ki sem kapcsol. Ezt a jelenséget nevezzük hipervigiliának (állandó készenlét). Küzdelem vagy elrepülés/menekülés. (Cannon, 1932)

A téma körültekintő vizsgálatához muszáj megemlíteni a szerhasználattal szoros kapcsolatban álló ADHD-t (attention deficit hyperactivity disorder), vagyis a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavart. *„Az ADHD esetében inkább szabály, mint kivétel a társbetegségek jelenléte.* (Psychiatric Times 2018 1. szám)

Az ADHD és a SUD kórképek között összefüggés van, mégpedig a gyermekkorból eredeztethető kötődési zavar.

Megjegyzés: Ha a becsült érték 1= nincs különbség az ADHD-val diagnosztizált és a kontroll gyermekek között a kockázat tekintetében. A magasabb érték azt jelenti, hogy nagyobb a szerhasználat elkezdésének, az abúzusnak/függőségnek a kockázata az ADHD-val diagnosztizáltak esetében (Lee, 2011).

Illetve ahogy azt ábra is mutatja, az ADHD okozta impulzivitás növeli a szerhasználat kialakulásának valószínűségét. A munkám során azt tapasztaltam, hogy a rehabilitációs programba bekerült ADHD-val rendelkező kliensek mindegyike dohányzott, és szerhasználatuk fő tárgya a marihuana volt. Viszont fontos különbséget tenni a valódi ADHD és a szerhasználat során kialakult károsodások között. Ugyanez vonatkozik a kettős diagnózissal rendelkező pszichiátriai betegekre, akiknél nem mindegy, hogy a kábítószerhasználat következményeként alakultak ki pszichiátriai kórképek, vagy ezek a kórképek már korábban is megvoltak, csak a szenvedélybetegségnek köszönhetően felerősödtek. Mindenestre megállapíthatjuk, hogy szoros összefüggés van az ADHD és a kábítószerhasználat között.

## **Pszichopatológiai kórképek és drogfogyasztás**

A kábítószerfogyasztás elkezdése előtt jelen vannak bizonyos kórképek, úgy is fogalmazhatnánk, hogy vannak olyan esetek, amikor elkerülhetetlen a szenvedélybetegség kialakulása. A kérdés inkább az, hogy milyen szerrel próbál az egyén kompenzálni és a tünetet csökkenteni. Rác

József (2005) munkájában a következő kórképeket különbözteti meg, amelyek mentén kilakulhat a szerhasználat, ehhez nézzük meg a következő típusú személyiségeket. (1) Határeseti személyiség: érzelmi labilitás, impuziv, szélsőségek között mozgó önértékelés, diszfunkciós kapcsolatok, önpusztító hajlam jellemzi. (2) Antiszociális személyiség: határok átlépése, nem tud megküzdeni a feszültséggel, kötődési zavarok, agresszió. (3) Hiszteroid személyiség: A hangulat és érzelem a domináns a mindennapokban, labilitás, támasz keresése kívülről, nem tűri a kudarcot. (4) Nárcisztikus személyiség: Különleges hozzáállást igényel, meggyőződése magáról a tökéletesség, kerüli az intimitást, másokat kritizáló, a bosszúállás jellemzi. (5) Szorongásos személyiségtípusok: A szorongásról írtam fentebb bővebben, sajnos ez nagyon gyakori állapot. Nyugtalanosság-idegesség érzésem ingerlékenység, túlérzékenység jellemzi. (6) Depressziós képek: Lehangoltás, érdeklődés hiánya, az egyén magába fordul, sokat mereng. Jelenleg már elég sok jó antipszichotikum van ezeknek a betegségek kezelésére, amelytől normál működéssel tud az illető dolgozni, kapcsolatokat kialakítani. (7) Elmebetegségek: Téveszmék, hallucinációk jellemzik, fokozott szorongással jár, gondolkodás, az érzelem teljes zavara áll fenn. (8) Poszttraumás stresszbetegség: valamilyen esemény során bekövetkezett érzelmi megrázkódtatás által kialakult kritikus állapot. Alvászavar, depresszió jellemzi (Rácz, 2005). Az intenzív drogfogyasztás kialakulásáért előzmények hosszú sora lehet felelős, pl. ha az egyént magzati állapotban olyan hatás éri, ami örökre megváltoztatja az életét. Ilyen hatásnak minősül, amikor az anya dohányzik, esetleg maga is kábítószer fogyaszt (Józan Babák Egyesület). De a magzati károsodáshoz bőven elég, ha az anya stresszes, bizonytalan, nincsenek biztosítva számára a nyugodt és kiegyensúlyozott élet alappillérei. A személyiségfejlődés korai szakaszaiban, csecsemő- vagy kisgyermekkor idején elszenvedett hatások következtében az egyén sérülékennyé válhat. *„Az egészséges személyiségfejlődés feltételei: Mindenekelőtt stabilitásra, biztonságra és elfogadó, szeretetteljes szülői viszonyulásra van szükség.”* (Rácz, 2005, pp.77) Tehát a család szerepe a kábítószer-használat kialakulásának és fennmaradásának vizsgálatakor elkerülhetetlen, a kialakulás okai között általában diszfunkciós családi rendszerek szerepelnek. Az egészséges család jellemzői: (Hoyer, , pp. 92)

Azok a családok, ahol nem alakul ki droghasználat a következő jellemzőkkel rendelkezik. A családban tisztán látható értékek vannak (pl. munka). Nincs káosz a család életében. A mindennapok során jelentkező stresszt kezelik, nincs bűnbakképzés. A családtagok ki tudják fejezni az érzelmeiket. Egymás támogatása, segítése jellemzi a családot. Tisztelettel vannak egymás felé. Bizalom jellemzi a családi légkört. Mindenkinek megvan a saját felelőssége,

egyértelmű nyílt, őszinte párbeszéd jellemzi a családot. Sajnos sok családban hiányoznak a fentebb felsorolt értékek, s a rosszul működő családi rendszer tünete pedig sok esetben a szerhasználó kamasz. Ezen kívül jelenlegi társadalmunkban a szülőknek a korábbiakhoz képest kevés befolyása van arra, hogy mennyire tudnak jelen lenni gyermekük életében. Az internet adta gyors információk, a különböző tartalmak korlátlan elérésének lehetősége, a közösségi oldalak mögé bújó személytelen kommunikáció igencsak megnehezítik a gyerekeket (Jensen - Nutt, 2016).

A továbbiakban felsorolok nyolc modellt a függőség természetének a megértéséhez: ( Sremac, 2010.)

1. Szociális/környezeti hatások modell
2. Genetikai öröklődés modell
3. Személyiség/lélektani modell
4. Megküzdési modell
5. Kondicionálás/erősítés modell
6. Viselkedési (kényszeres/túlzott) modell
7. Integráló modell

A fentebb felsorolt modellek közül a megküzdési modell áll a kutatásom fókuszában. A kutatás kapcsán ezt a modellt szeretném alaposan körbejárni.

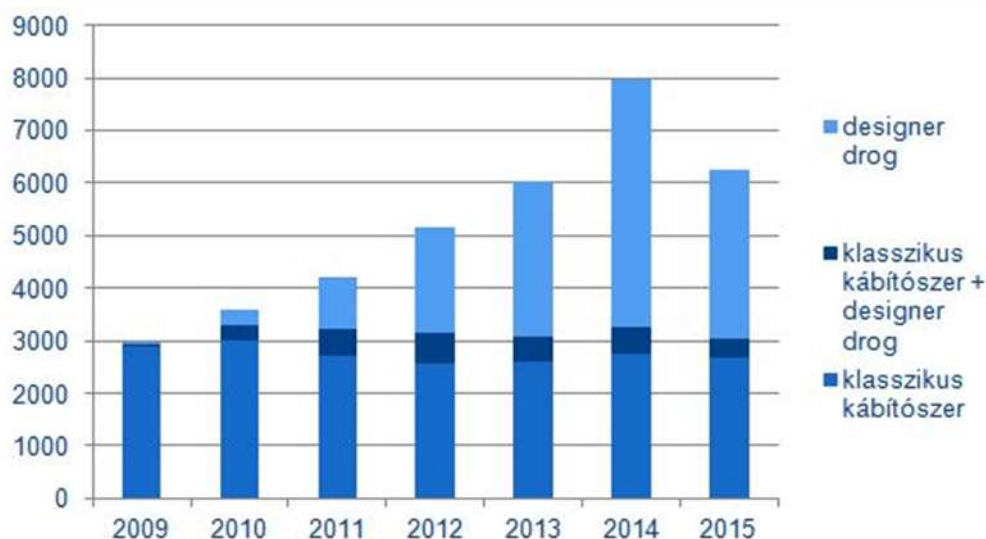
### **1.3. A hazai kábítószerfogyasztás helyzetéről**

A kábítószerfogyasztás hagyománya évszázadokra nyúlik vissza, hazánkban is vannak írók, költők, akik köztudottan használtak különböző kábítószereket és remek irodalmi, képzőművészeti munkákat alkottak. A rendszerváltás lényegesen megváltoztatta a hazai társadalmi, politikai, gazdasági környezetet, ami a mai napig jelen van következményeivel. A rendszerváltás időszakában új lehetőségeket és új kihívásokat hozott magával. Ennek az egyik legszembevetőbb példája, hogy ettől az időszaktól kezdve lehetett szociális problémákról beszélni, olyanokról is, amely korábban tabutéma volt. A határok megnyitása és a szabad átjárás következményként az országba özönlenni kezdtek a különböző kábítószerek. Magyarországon

elterjedt az LSD, a heroin, a különféle amfetamin-származékok, és természetesen a marihuána is. A hivatalosan megjelent kvalitatív kutatást a drogtémáról 1997-ben készítették. Hét kutatási helyszínen összesen 373 fiatal kérdeztek meg drogfogyasztási szokásaikról kérdőíves módszerrel. Ezek közül 61% férfi volt a mintában, akik átlagéletkora húsz év volt. *A droghasználat életprevalencia-értéke a mintában 68,6%, míg a megkérdezést megelőző hónapra vonatkozóan a minta 55,2%-a jelezte, hogy használt valamilyen illegális szert és/vagy szerves oldószert*” (Demetrovics Zsolt, Nádas Eszter, Kun Bernadett Partik Drogok, , Ártalocsökkentés pp: 13). A felmérésben szintén kiderült, hogy a legelterjedtebb drog ekkor a marihuána volt, ezt követték a főként szórakozóhelyeken használt party-drog elnevezésű pörgetőszerek. (Elekes, Paksi, 1996)

A 2000-es évek hajnalán megjelentek az úgynevezett „dizájner” gyűjtőnévvel illetett kábítószeres, amelyeket legkönnyebben a következőképpen definiálhatunk: *„A dizájner drog olyan új szintetikus pszichoaktív anyag, amelyet a drogellenőrzési rendszer megkerülésére valamely mintaként szolgáló szer (ang.: parent drug) kémiai szerkezetének mintájára hoztak létre és forgalmaznak az illegális piacon.”* (ENSZ Kábítószer Laboratóriuma, 2003) Ezek a kábítószeres ugyanolyan hatást gyakorolnak a központi idegrendszerre, mint a fentebb említett „klasszikus” társaik, viszont a készítőik gyakran változtatnak néhány molekulán, így mindig a hatóságok előtt járnak egy lépéssel. Egy 2012-ben megjelent hazai rendelet „új pszichoaktív” szereként azonosította őket. A vegyületek folyamatos változtatásával a készítőik időt nyernek, ugyanis a tiltott szerek minden variációjának egyenként kell felkerülnie a listára. Kati, Gina, Évi, krokodil, bika, és még sokáig lehetne folytatni az újabbnál újabb drogok neveinek hosszú sorát, ami fontos az egészben, hogy senki nem tudja valójában, hogy ezek milyen összetevőkből állnak, és milyen hatást fejtenek ki a központi idegrendszerre. *„Az új szerek megjelenésével – mint a szintetikus kannabioid, a mefedron és minden más új dizájner drog – egyre több tizenéves kerül olyan helyzetbe, vagy olyan szerhasználati súlyossághoz, ami már indikálja azt, hogy ők kórházi kezelést kapjanak”* – fogalmazott Kapitány-Fövény Máté. (MTI. 2017) Az új pszichoaktív vegyületek felbukkanása, mint pl. a biofű, ami mellel se nem bio, se nem fű, átrendezte a keresletet, a fogyasztók demográfiáját és a beszerzés lehetőségeit is.

„Klasszikus” és „designer” szerek előfordulási gyakorisága (%)  
a lefoglalt anyagok között, 2009-2015 között

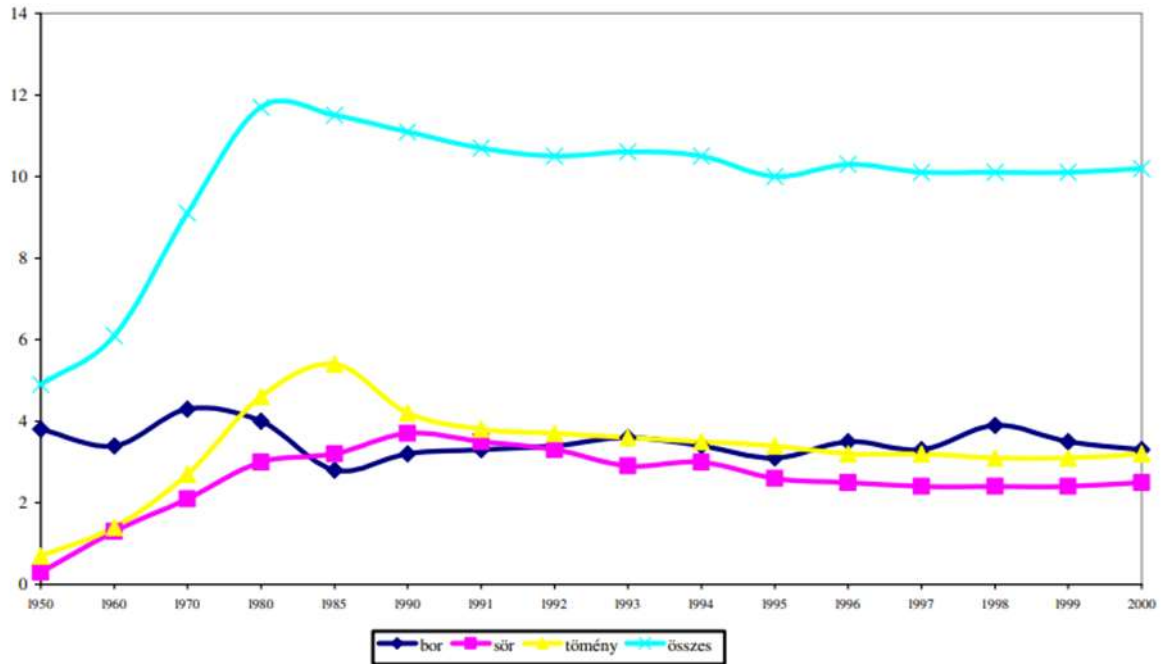


1 tábla: Forrás: BSZKI 2016-Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentés 2016

A klasszikus kábítószeres elsősorban Budapesten, illetve nagyvárosokban voltak elérhetőek, s nem jutottak el mindenhol az országban. Ezzel ellentétben az új pszichoaktív anyagok, mivel az előállításuk sokkal olcsóbb (némelyiküket akár 500 Ft-ért is meg lehet venni), egy idő után megjelentek kisebb településeken, zsákfalvakban is. Míg a klasszikus kábítószereseket már a hatóságok és az orvostársadalom is jól ismerte, ezért tudták, hogy túladagolás esetén mi a teendő, hogyan kell a páciens ellátni, s tisztában voltak az adott szerek biokémiai hatásaival. Az új pszichoaktív vegyületek teljesen ismeretlenek maradtak nemcsak az orvosok, hanem mindenki számára, ezért sokkal veszélyesebbnek bizonyultak. Elég abszurdnak tűnik, azonban muszáj kimondani, hogy a klasszikus kábítószeresek megbízhatóbbak voltak. Az új pszichoaktív anyagok megjelentek az online térben is pl. „varázsdohány”, növénytápláló szerek és egyéb formájában, amely következtében a hozzáférés gyorsabb és személytelenebb lett. A díleres a megrendelést követően napjainkig is az ország egész területére kiszállítják bármelyiket.

Mindenképp fontos megemlíteni, hogy bár az illegális függőséget okozó anyagokról írtam bővebben, a Magyarországon elérhető addiktív szerek közül semmiképp sem szabad kihagyni az alkoholt és a gyógyszert, amelyek túlzott használata Magyarországon sajnos szintén rengeteg embert érint.

1. ábra Egy főre jutó alkoholfogyasztás italfajtánként és összesen tisztaszaszben számolva (bor: 11,5 %, sör 3,6 %, tömény 50 %)



2. tábla: Forrás: Elekes Zsuzsanna: Alkohol és társadalom. Budapest 2004. Országos Addiktológiai Intézet p:38

Az elmúlt évtizedekben a szerhasználattal kapcsolatos politikai hozzáállás is változatosabb lett. Amíg a baloldali, liberális szemlélet képviselői engedélyeznék a marihuána fogyasztását, addig a konzervatívabb jobboldal továbbra is a tiltást, büntetést helyezné előtérbe. Rengeteg pro- és kontra érv van mindkét álláspont mellett, legalizálni a marihuánát vagy sem. Ezek közül néhányat felvillantok, a teljesség igénye nélkül, hogy ezzel is jelezzem, mennyire megosztó a téma. Felmerültek gazdasági érdekek is a legalizálás mellett, pl. az adóztatás, amely segítségével tisztára lehetne mosni a kábítószer-kereskedelem által mozgatott nem hivatalos pénzeket. Sokak szerint az alkohol és a cigaretta is okoz függőséget, a szakértők szerint nem is kicsit, vagyis miért ne lehetne legális a marihuána. A gyógyászati használat is szóba került, viszont az kevésbé szokott előkerülni, hogy egy füves cigaretta (THC) tartalma mellett rengeteg kannabinoidot is tartalmaz, ami szerves vegyület, s a növény törzsében található, és a mai napig nem ismerjük a szervezetre gyakorolt káros hatásait.

#### 1.4. A hazai drogrehabilitációs programokról

Minnesota-modell:

A Minnesota-modell az 1960-as években, Amerikában látott napvilágot, apropóját három különböző szenvedélybetegségek elleni mozgalom adta. Az első egy 1912-ben alapított állami kórházból, a Wilmarból indult, ahol krónikus alkoholisták gyógyítása volt a kitűzött cél. A második az AA mozgalom volt (vagyis az Anonim Alkoholisták), amit Bill W. és Dr. Bob hozott létre 1935-ben. A harmadik 1949-ben indult Minnesotából, alapítója Hazelden Betty Ford volt, az általa létrehozott, függőségeket kezelő centrum és érdekvédelmi szervezet jelenleg is működik. A Minnesota-modell teljes programja tehát a fenti mozgalmak törekvéseiből tevődik össze, magába foglalva mindegyikjük legfontosabb elemeit. Ilyen például az AA három értéke, amelyek a következők: (1) Az alkoholizmus testi-lelki-spirituális betegség egyszerre. (2) A 12 lépést, ami meghatározza a problémát és egyben a megoldást is, valamint a hozzá tartozó spirituális gyakorlatokat. (3) „A közösséget, amelyben úgy jön létre a gyógyulás, hogy az egyik alkoholista a másikkal beszélget egy csésze tea mellett, s ez a párbeszéd a dialógus és azonosulás nagy emberi és spirituális értékei mentén folyik.” (McElrath, ), 1997)

A Minnesota-modell az alábbi kritériumok összességére épül, s ezek foglalják össze a program filozófiáját. Ez a következőkből áll. Önszerető közösségek létrehozásával segítik a leszokást, azaz a közösségek gyűlésein a 12 lépéses felépülési program mentén haladnak a résztvevők, s a tagok számára a részvétel kötelező. Betegség tudat fontossága, szermentes élet, mint a mindennapok fontos célja. A függőség, mint az érzelmekezelés zavara, ahol a kóros használat a viselkedés tünetét jelenti, s nem magát a problémát (Magyar Drogfigyelő, 2021).

A józanságot nem csak eszközként tekintik, hanem folyamatosan elérendő célként. A józanság fogalma helyett az absztinencia megtartására helyezik a hangsúlyt. A függőséget, mint betegséget csak tünetmentessé lehet tenni, mert gyógyíthatatlan. Tehát nincs gyógyulás vagy szabadulás, viszont józan maradhatsz, csak rajtad múlik.

A Minnesota-modell a 70-es évekre vált népszerűvé Amerikában, Magyarországon pedig a 90-es években, a rendszerváltást követően terjedt el. Elsőként a Szigetvári Kórház addiktológiai osztályán alkalmazták. Jelenleg tizenhét intézményt, rehabilitációs szolgáltatást számoltam össze az országban, amely a Minnesota-modell alapján működik, közöttük szerepel a Leo Amici 2002 Alapítvány is, ahol szakmai látogatást is tettem.



A Minnesota-modell főbb jellemzői:

- multiprofessionális szemlélet
- önsegítő 12 lépésű csoport elveit követik
- absztinencia-orientált
- gyógyszermentes
- holisztikus szemlélet

A programnak négy kulcseleme van:

1. a változás lehetősége (hit a változásban, remény az újrakezdésben, szeretet, vagyis annak kifejezése, hogy nem vagyunk egyedül a küzdelemben)
2. a betegség koncepció (kémiai függőség, bio-pszicho-szociális eredetű betegség)
3. a kezelés célja a tünetmentesség, fontos, hogy az egyén felismerje a betegségét, beismerje, hogy segítségre van szüksége, új életmód kialakítása
4. a tartós józanság megtartása érdekében a közösséggel való szoros együttműködés

A Minnesota-modellben a konfrontatív terápiás módszert alkalmazzák, ami az egyén részéről igencsak nagy alázatot és kitartást igényel a feladat elvégzésekor. A konfrontatív terápiás elemek alkalmazását azért tartják szükségesnek a modellel dolgozó szakemberek, mert szerintük a kitartás, az akaraterő és a konfrontáció erősítik az ember jellemét. A krónikus betegsére utaló formula hatékonyan megelőzi a visszaesés lehetőségét. A stáb felépült szenvedélybetegekből áll, akik tapasztalatuk, tudásuk alapján közvetítik azt az értékrendet, ami korábban számukra is segítséget nyújtott, és amit és továbbadhatónak ítélnék. A napi program erősen strukturált, mindenkinek megvan a maga feladata, ezen kívül minden nap vannak csoportos ülések, amelyek a program gerincét adják. A közösség fegyelmezett, az idősebb lakók nem oldják meg a fiatalabbak helyett a problémákat.

## Portage-modell

A Portage- (teljes nevén Portage Program for Drug Dependencics Inc.) modell alapjául szolgáló programot 1970-ben alapították Montrealban, az akkori aggasztó kábítószerhelyzet miatt. A bevezetőben már említettem Kanada erős érintettségét a drogfüggőséggel kapcsolatban. Sajnos jelenleg is aktuálisak a kábítószer-problémák. 1973-ban a Québecben található Prévostban, 1975-ben Montréalban, majd 1983-ban Limoilouban nyílt drogrehabilitációs intézmény. A program szemmel láthatóan nagy sebességgel terjedt, és 1991-ben nyílt meg az első, fiatalokat fogadó bentlakásos otthon Prévostban. Tehát már 1991-ben is erős igény volt a 10-18 év közötti kamaszok számára történő segítségnyújtásra, míg Magyarországon csak 2015-ben jutottunk el odáig, hogy kinyitotta kapuit a Tinirehab Ráckeresztúron. Jelenleg Kanadában 14 intézmény működik, de már léteznek fiatalok számára létrehozott otthonok többek között Milánóban, Varese-ban, és természetesen Magyarországon is. Az első kezdeményezés 1987-ben indult Ráckeresztúron. Egy parasztházban kezdődött a munka, amely semmilyen állami támogatás nem kapott. A református egyház karitatív szolgálata tette lehetővé a hely megnyitását, amelyet 1997-ben fogadott be az OEP (egészségügyi pénztár), a bentlakók inentől kezdve vehetik igénybe a kezelést állami normatíva alapján. A képzéseket Vámos Péter magyar származású pszichológus, a Portage-modellhez kapcsolódó program vezetője tartotta, és hivatalosan 2002-ben elindult a kezdeményezés adaptációja Ráckeresztúron, illetve Zsibriki Drogrerápiás Otthonban.

*„A terápiás közösség egy olyan drogmentes környezet, amelyen belül a szenvedélybetegségekkel élő emberek szervezett és strukturált módon élnek együtt annak érdekében, hogy támogassák a változást, és lehetővé tegyék a drogmentes életet a külső társadalomban” (EFTC) Ehhez a következő feltételek szükségesek:*

Első lépés a nyugodt, csendes környezet, ami távol van minden interakciótól, ezáltal a kliens elszakadhat a megszokott életvitelétől. Fontosak még a terápiás eszközök, mint pl. a segítségkérő tábla használata, a konfliktuskezelő csoportok, illetve az, hogy mindenkinek van egy saját felelősség-területe, pl. van, aki a mosásért felel, van, aki a szemétszállításért, és van, aki a takarításért, ugyanúgy, ahogy a való életben is, így a mindennapoknak van egyfajta kerete.

2

---

<sup>2</sup> EFTC :European Federation of Therapeutic Communities

A program elsősorban a szociális kompetenciák megtanulására és elsajátítására épül, ami a későbbiekben integrálódik a személyiségbe. Kiemelten fontos még a kezelési terv (Plan of Care) készítése a terápia alatt, amely magába foglalja, hogy az egyén a biztonságos környezetből kilépve hogyan fogja élni az életét (pl. mit fog dolgozni, hová jár majd iskolába, hogyan rendezi a családi és egyéb kapcsolatait, hol fog lakni, stb.), ez biztosít számára egy átlátható, következetes rendszert.

A terápia 3 fázisból áll, ezeket kell elvégezni a sikeres befejezéshez. A keretrendszer magába foglalja az erősen strukturált napirendet, a reggeli ébresztőtől az esti lámpaoltásig. Hétköznap nincs sok szabadidő, a hétvége viszont kicsit kötetlenebb. A legfontosabb a tervezés, az idő minél tartalmasabb eltöltése, mert az üresjáratokat nem javasolja a program.

Az eredeti kanadai Portage-modell a fentebb felsoroltak alapján működik. A terápia része, hogy a bent élők nagyon sokat írnak, következetesek, a program egy komplett rendszerre épül, és az élet minden területére kiterjed. A magyarországi adaptáció kissé eltér az eredeti modelltől, mert három újítást is tartalmaz. (1) „A személyközpontú szemlélet egy pszichológiai irányzat, amely Carl Rogers (1902-1987) amerikai pszichológus és pszichoterapeuta nevéhez fűződik.” (1) Empátia. (2) Feltétel nélküli elfogadás. (3) Kongruencia (hitelesség), aminek a lényege az, hogy nem kell mást mutatni, mint ami valójában van. Rogers szerint a hitelesség abban nyilvánul meg, hogy a terápia során a segítő is lehet rosszul, hiszen a gyengeség, a negatív érzelmek ugyanolyan részei a személyiségnek. Nem a tökéletesség látszatát kell fenntartani, hanem őszintének és önazonosnak lenni.

A terápia központi eleme a rogersi szemléletű megközelítés, amelyben a kliens saját maga megértését helyezi a középpontba, és az önmagához való pozitív hozzáállás segítségével felfedezi rejtett tartalékait, amelyek a későbbiekben előhívhatóak lehetnek válságos vagy bizonytalan helyzetekben. A terápia további fontos módszere a non-direktívás, vagyis a kliens saját élmény által érti meg önmagát, és ezáltal képes fejlődni. A segítő munkatárs nem osztogat tanácsokat, a program csak egy keretrendszert, értékrendet és szabályokat biztosít, amelyek által a kliensnek lehetősége van kiaknázni a benne rejlő képességeket. A másik újítás az egyéni esetkezelés módszere. A csoportterápián kívül a kliensnek a program biztosít egy munkatársat (mentort), aki végig kíséri a terápiás folyamaton. Tehát egyszerre van jelen a terápiás közösség értékorientációja és az egyéni esetkezelés, amely lehetőséget ad a kliens számára, hogy egyéni szükségleteit kibontakoztassa. A harmadik változtatás a hit, ami nem kötelező eleme a programnak, inkább csak lehetőség. Ahol már az emberek tehetetlenek, ott Isten mindig képes csodát tenni, és szabadulást adni a rabságból. Az intézményben minden vasárnap tartanak istentiszteletet, és hetente van egy bibliaóra is, azonban ennél lényegesebb szempont, hogy a

team tagjai, a munkatársak mind keresztény emberek, és ezt az értékrendet igyekeznek közvetíteni a kliensek számára.

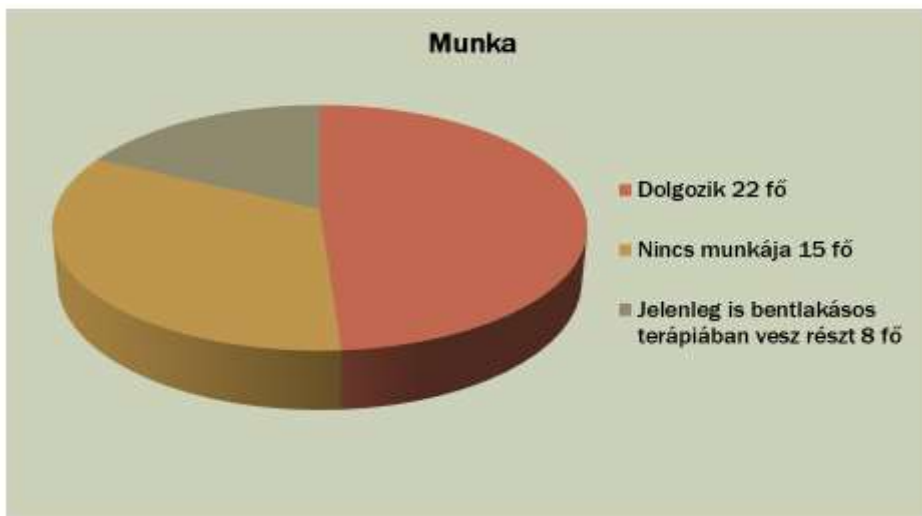
Az intézmény elkészítette a legfrissebb statisztikáját, amelyet az alábbiakban bemutatok.

3. tábla: Ráckeresztúron, rehabilitáción részt vettek száma 2022-ben. (Portage-modell)

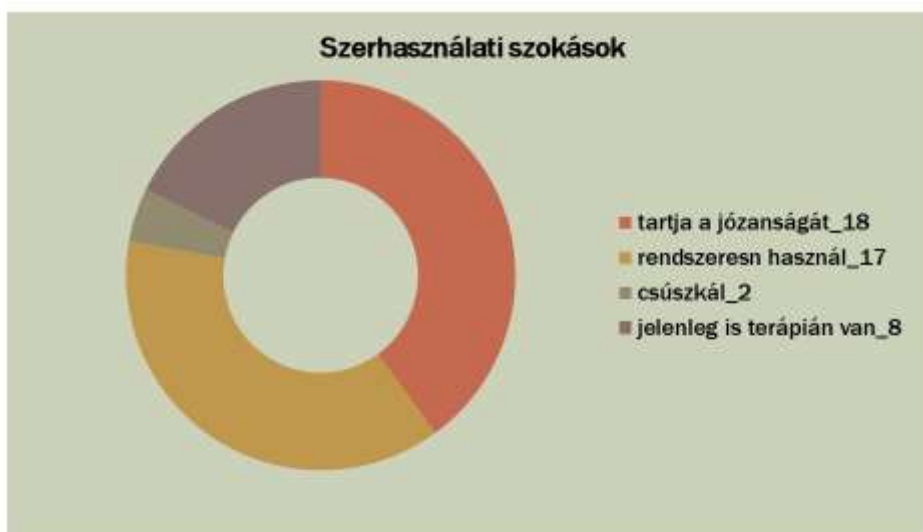


A résztvevők száma tehát összesen 62 fő, ebből 45 fő lett megkérdezve, a többit nem értük el. Amint látszik, alapvetően nem mondható szokványosnak, hogy az augusztusi hónapban költöznek be a legtöbben a rehabilitációs intézetbe.

4. tábla: Jelenleg dolgozik-e? (MRE, KIMM 2023)



Utánkövetéssel megpróbáltuk elérni a programban egykor résztvevőket, és megkérdeztük tőlük, hogy jelenleg dolgoznak-e. A megkérdezett 45 főből 22 dolgozik, 8 fő pedig jelenleg másik terápiás programban vesz részt.



5. tábla: Szehasználati szokások (MRE, KIMM 2023.)

A 44 főből 18 ember tartja a józanságát, 17 rendszeresen használ drogokat, 2 fő pedig alkalmanként. A jelenleg terápián levők ismét kezelésen vannak, ami azt jelenti, hogy nem sikerült nekik a felépülés.



6. tábla: Terápia hasznosságának értékelése (MRE, KIMM 2023.)

Ez mindig nagyon nehéz kérdés, hogy egy terápia hasznos volt-e vagy sem, mert ha valaki visszaesik, az nem feltétlenül jelenti azt, hogy nem tanult vagy fejlődött volna. Az erre vonatkozó kérdésekre inkább érzelmi töltetű válaszok születtek.

### A felépülés szakaszai

A gyógyulásnak is vannak szakaszai, ezek együttesét a „változás modelljének” nevezünk, amelyet a következőkben megpróbálok részletesen bemutatni.

Az első szakasz a változás előtti szakasz, amikor minden rendben van, az egyén nem tartja problémásnak a kábítószer-használatot, a környezete azonban igen. Itt a fogyasztó szemszögéből még előnyökkel jár a fogyasztás, vagyis a következmények nem súlyosabbak, mint a pillanatnyi öröm.

A második szakasz az elszánás stádiuma. Itt már a fogyasztó kapcsolati és anyagi szinten is érzékeli a drogfogyasztás következményeit. Nincs jó állapotban, nem érzi jól magát, főleg amikor tiszta tudattal van jelen ebben a világban. Ennek oka a jutalmazó-központ

megbolygatása, vagyis ha nincs kábítószer, akkor valójában semmi öröm nincs az egyén életében. Mindezek alapján tehát elmondható, hogy ebben a stádiumban az egyén megtapasztalja kábítószer-fogyasztás pozitív és negatív oldalát is.

A harmadik szakasz az előkészületi stádium. Itt már megjelenik valamiféle cél, amit a szerhasználó természetesen nem tud betartani, de az egyén magának bebeszéli, hogy tudja tartani a határokat (pl. „Jó, akkor egy hetet még adok magamnak, utána kicsit visszaveszek.”) Ebben a stádiumban a szerhasználó saját magának és másoknak is tesz hasonló ígéretet, a személyisége nagyon beszűkül, életében rendőrségi ügyek, családi botrányok sora fedezhető fel.

A negyedik szakasz az akció szakasza, amikor a fogyasztó a felépülés érdekében akár orvoshoz is elmegy, befekszik a kórházba, gyógyszeres kezelést kér, vagy felkeres egy ambulanciát.

Az ötödik szakasz a fenntartás stádiuma. Itt már bekövetkezett valamilyen változás, vagy csökkentette, vagy abbahagyta a fogyasztó a használatot, de ez egy nagyon labilis állapot. Ebben a szakaszban jönnek elő olyan tünetek, amelyek miatt az érintett elkezdte a drogfogyasztást, pl. trauma, szorongás, önértékelési zavarok (Rácz, 2005). Következésképp azok a problémák, amelyeket elnyomott a kábítószer, újra megjelennek. Ez hasonló ahhoz, mintha egy fogfájásra adnánk fájdalomcsillapítót. Egy darabig nem fog fájni, de ez csupán fájdalomcsökkentés, az igazi problémák lejjebb, a gyökérzetben húzódnak meg.

## **2.1. Reziliencia**

A reziliencia számtalan megfogalmazást kapott, illetve számtalan hasonlata van a közbeszédben. Ezek közül egy, amely igazán szemléltető számomra, az a gumilabda hasonlat, amelyet ha betonba dobnak, igaz, belesüllyed, viszont utána visszavágja magát és úgymond kijön a nem kívánt helyzetből. Azt gondolom, hogy valahogy az ember is így van a világban, az élet sokszor nehéz, ide-oda vágja az embert, és az igazi kérdés az, hogy mennyire vagyunk ütésállóak. *„A reziliencia a meglepetésekkel, választásokkal és váratlan akadályokkal való megbirkózás képessége”* (Donders, pp. 19) Az ütésállóság, mint tulajdonságot jobban megértjük, ha mélyebbre tekintünk, és átnézzük a különböző „rezilienciafaktor” tulajdonságait. Donders könyve alapján hét faktort különböztetünk meg. Az első a múlttal való megbékélés, és

érzelmi stabilitás. A megbékélés jelentése abban rejlik, hogy nem cipel magával terheket az ember a múltjából, félelem, sérelem, rendezetlen problémák halmazát. Ennek köszönhetően, ha nem cipeli, kevesebb az igénybevétel számára, konstruktív, így képes az érzelmi nyomással megküzdeni, megbocsájtóbb, tehát több energiája marad a jelenre és nem kell a múlttal foglalkoznia. A második, a realista optimizmus. Alapvetően pozitívan tekint az ember a kihívásokra, így könnyebben láthatóvá válik a tanulás lehetősége, és a stressz nem jelent szorongató kihívást. Az optimizmus az embert hálásabbá teszi, könnyen nevet saját magán, illetve különböző helyzeteken. A harmadik a problémamegoldó képességgel rendelkező emberek legfőbb tulajdonsága, hogy nincsen folyamatosan leterhelve az agyuk. Ennek következtében gyorsabb a gondolkodásuk, a tisztán látás jelen van, a feszültség okai és következményeire hamarabb rálelnek. Magabiztosság jellemezi őket, így a feszültségteli helyzetek és a stressz kevésbé gyakorol rájuk hatást. A negyedik a képességek kamatoztatása. Itt a meglévő képességek kihasználásán, hasznosításán van a hangsúly. Az ilyen embernek nincs szüksége külső motivációra, mert a belső motivációja bőven elég a mindennapokban felmerülő kaotikus helyzetek konstruktív megoldásaihoz. Az ötödik az önfegyelem, amely talán a legnehezebb, hiszen az átgondoltság, önmegtartóztatás, egy tartósan fenntartott belső/külső figyelem. Amihez hozzátartozik a testmozgás, rendes időben való lefekvés, így az alvás minősége is számít, illetve az egészséges étkezés nélkülözhetetlen. A hatodik a tudatosság és a szenvedély a mindennapjainkban. Abban az esetben, ha önmagunkat a magánéletben, a munkában értelemmel telinek látjuk, akkor a feszültség kezelése könnyebbé válik, így javarészt megszabadulhatunk a ránk nehezedő terhektől. A tudatos ember pedig bátrabban szembenéz a stressz okaival. Hetedik az egészséges kapcsolatok fontossága. Ez kulcsfontosságú, hiszen sokszor a negatív tényezők, a stressz az egészségtelen kapcsolatokról származnak. Minél több egészséges kapcsolattal rendelkezünk, annál nagyobb a szociális képességünk a megküzdésre, és egyes negatív kapcsolatainkat is könnyebben tudjuk kezelni. (Donders, 2019). Összefoglalva a fentebb felsorolt faktorokkal rendelkező emberek nagy valószínűséggel mondhatják el magukról, hogy az életük mindennapjaikban képesek megküzdeni, akár szélsőséges viszonyokkal is.

„A pszichológiai reziliencia, mint integrált alkalmazkodó rendszer”. A 2001. szeptember 11-i terrortámadást követően az amerikai pszichológiai társaságok számos publikációt adtak ki, ahol a reziliencia szerepe került fókuszba a traumatikus események feldolgozása kapcsán. Eszerint minden egyénnek rendelkeznie kell olyan ellenálló képességgel, amivel képes megküzdeni a stressz magas szintjeivel.” *A pszichológiai reziliencia egy olyan adaptációs*



*folyamat, amelynek segítségével kezelhetővé válik egy nehéz élethelyzet, szerencsétlenség, tragédia, trauma, az egyének hatékonyan képesek megküzdni a trauma okozta distressz tüneteivel*” (Honvédorvos, 2016, pp. 1) A reziliencia fogalma a fejlődépszichológiában tűnt fel elsőként, ahol olyan gyerekeket figyeltek meg, akiket szélsőséges körülmények értek, és a viselkedésüket vizsgálták. Ezek a vizsgálatok később kiterjedtek a felnőtt populációra is, főként az extrém szélsőséges viszonyoknak kitett hivatásúak esetében. Katonák, rendőrök, tűzoltók. „*A reziliencia konstruktuma számos faktort ölel fel, több mint a személyiség megküzdési kapacitása (coping készsége), mégis úgy tűnik, hogy még nincs kialakult, integrált koncepciója*” (Honvédorvos, 2016, pp 2). A reziliencia több mint személyiségvonás. Van, aki ellenálló egy dologgal szemben és van, aki nem, hiába rendelkezik hasonló képességekkel. A dinamikus belső képességek mellett a környezettel való interakciókat is figyelembe kell venni (Rutter, 2012) A reziliencia fogalmának a mélységei pszichológiai megközelítésből inkább a megküzdés, biológiai megközelítésből pedig a stressz fiziológiai tüneteinek vizsgálatára tekinthetők vissza. Összefoglalva a reziliencia, mint lelki-ellenállóképesség elengedhetetlen mindennapi életünkben. Ezzel kapcsolatosan a jó hír, hogy fejleszthető, tudatosan építhető, amely túlmutat a személyiség kapacitásán, azaz a környezeti-kapcsolati interakciók pozitív hatásai növelik a reziliens ember ellenálló képességét (Urbán, Kovács, 2016).

## **2.2. Megküzdés (coping) stratégiák**

A megküzdési képesség, (coping) stratégiák, egy adott válasz, egy reakció arra, hogy az adott személy miként néz szembe stressz okozta élethelyzetekkel. Megküzdésnek nevezünk alkalmazkodási megoldásokat stresszhelyzettel, nem várt eseménnyel való találkozáskor, ami kibillent a megszokott környezetből, egyensúlyból. Mindenki rendelkezik a maga módján megküzdési stratégiákkal, nyilvánvalóan a szocializáció folyamán ezek formálódnak, fejlődhetnek. Elsősorban a családi szocializáció ad mintát a kialakuláshoz. Sajnos a diszfunkcionális családi minta hatása különböző személyiségfejlődési zavarokhoz vezethet, ami megnehezítheti a személy megfelelő alkalmazkodását a környezethez. Mivel a környezet-ember rendszer dinamikusan hatást gyakorol egymásra, ezáltal ellenállóbbá válik az egyén. (Kopp, 1994; Kopp és Skrabski, 1995)

A szakdolgozat e pontján muszáj egy rövid meghatározást tenni a stresszről. Alapvetően nem minden stressz, ami minket ér az rossz, tulajdonképpen arra hivatott, hogy helyzetbe hozzon, ezzel, ha kell, megmentse az életünket. Az eustressz kimondottan hasznos számunkra, mozgósít, mobilizál, helyzetbe hoz. A distressz pedig jellemzően debilizáló, azaz lebutító hatású. (Selye, 1983) Természetesen ez sokkal összetettebb folyamat, illetve ami megkülönbözteti a rossz stresszt a jó stressztől, az arra adott válaszok. A stressz folyamat alapelemei a következőképpen alakulnak a szervezetben. (1) Stressz hatása lehet külső vagy belső. (2) Érzelmi és fizikai válaszok is megjelennek. (3) Elsődleges és másodlagos helyzetérékelés is megjelenik. (4) Megküzdési stratégia kiválasztása (döntéshozatal) (5) Helyzet kezelése, stratégia alkalmazása

Érzelmi reakciók lehetnek: Pozitív/negatív (vidámság, öröm, düh, harag, szorongás) általában ezek jellemzőek. Mentális reakciók lehetnek: memóriazavar, időzavar, nyugtalanság, negatív gondolatok.

Az elmúlt években sokan foglalkoztak a megküzdési stratégia elméletével. Richard S. Lazarus (1966) által kidolgozott kétféle megküzdést különböztetünk meg. Az egyik a problémamegoldó stratégia, ami a felmerülő probléma fókuszára orientálódik, tehát maga a forrást akarja megszüntetni. Igyekszik kiválasztani a legjobb döntést. A környezet és ember kapcsolatára összpontosít. A második az érzelmközpontú stratégia, ami a negatív érzelmet igyekszik csökkenteni, az akadályt tompítja, kapcsolódik tőle erősebb személyekhez. Csökkenti a stressz okozta negatív érzéseket. A stressz ingereket három típusba sorolhatjuk. Lazarus és Cohen (1977) „ (1) a sok embert egyszerre érintő, nagymértékű hatásokat (mint például természeti katasztrófák), (2) nagymértékű hatásokat, amelyek azonban csak néhány, vagy egy embert érintenek (mint például egy családtag halála), (3) hétköznapi problémákat, bosszúságokat. „A kétféle megküzdésen belül elkülönül másik nyolcféle stratégia. (Lazarus és Folkmann) (1) Konfrontáció (2) Eltávolodás (3) Érzelmek és viselkedések szabályozása. (4) Társas támogatás (5) Felelősség vállalása (6) Tervezés (7) Elkerülés-menekülés (8) Pozitív jelentés keresése.

### **3.1 . Kutatási kérdések**

A kutatásban kvalitatív módszerekkel igyekszem megválaszolni a kutatási kérdéseket, ezen belül a félig strukturált interjú módszerét használom. Az interjúk elemzése révén arra

töreksem, hogy mélyebben vizsgáljam a felépülő függők megküzdési stratégiáinak hatékonyságát és a mindennapi életbe történő integrálódását. A mintába olyan felépülő függők kerültek, akik a két különböző rehabilitációs programban (Minnesota és Portage) való részvétellel rehabilitálódtak. A kutatás célja, hogy a két program összehasonlításával lehetőséget adjak a további szakmai fejlődésre, illetve, hogy a programok hatékonyságáról visszajelezzek. Az interjúkérdések összeállításakor igyekeztem lehetőséget adni az interjúalanyoknak, hogy szabadon megfogalmazhassák az általuk megélt tanulási folyamatokat.

KK1: A Portage terápiás modell ráckeresztúri adaptációja milyen szemlélet mentén és hatékonysággal alakít ki megküzdési stratégiákat, és ezek mennyire fenntarthatóak hosszútávon? Vagyis a rogersi szemléleten és a keresztény értékrenden alapuló szemlélet mennyire fenntartható hosszútávon?

KK2: A Minnesota-modell magyarországi adaptációja (pl. Mérföldkő Egyesület, Leo Amici, Nagyszénás, Komló,) milyen szemlélet mentén és milyen hatékonysággal alakít ki megküzdési stratégiákat, és ezek mennyire fenntarthatóak hosszútávon?

KK3: Mi a különbség a két program hatékonysága között?

### **3.2. Kutatás módszertana**

A választott kutatási kérdések megválaszolásához nehéz interjúalanyokat találni. Ennek egyik legfőbb oka, hogy lelkiileg megterhelő az interjú elkészítése, hisz a téma érzékenysége miatt egy terápiás folyamaton megy át az egyén a beszélgetés alatt. Emiatt az interjú során figyelemmel kell kísérni az interjúalanyt, hiszen az egyén teljes személyisége, traumái, identitása kerül górcső alá. Az emberi psziché folyamatait nem lehet számszerűsíteni, így a kvalitatív módszeren belül a félig-strukturált interjú eszközt használtam. Az interjú alatt az egyén kapcsolatot teremt a múlt, a jelen és a jövő összefüggéseivel (Elekes, 2018), s történetét az saját szemszögéből mutatja meg (Assmann 1999). A félig-strukturált interjú a függőség és a felépülés mélységeit boncolgatja, ami kihívást jelent az egyénnek, hiszen a változás folyamatait

ismét átéli, az identitás kérdése újra megjelenik. Különböző érzések keletkeznek az alanyban és a kérdezőben egyaránt, átélve az alany élettörténetét.

Félig-strukturált interjúkat olyan személyekkel készítettem, akik végigjárták a programot, és legalább 1-2 éve integrált részei a társadalomnak, azaz rendszeresen dolgoznak. Az interjúalanyokat szakértői mintaválasztással kerestem meg, 5-5 személyt mindkét programból. A megkeresés részben kapcsolati és szakmai úton történt, hiszen az interjúalanyok jelenleg is szakmabeliek. Az interjúalanyok életkora 40-50 év közötti, és két ember kivételével Budapesten élnek és dolgoznak. A nemek elosztását tekintve egy nő, kilenc férfi. Munkaterületüket vizsgálva jelenleg mindenki a szociális szektorban dolgozik. Az interjúalanyok fele a ráckeresztúri Portage-modell programját elvégezve épült fel, a másik fele pedig a Minnesota-modell által. Az interjúalanyok teljes hozzájárulásával készítettem az beszélgetéseket, amelyeknek a publikálását engedélyezték.

#### **4.1. Megküzdési stratégiák elsajátítása a rehabilitáció alatt**

A félig strukturált interjúkból világossá válik, hogy a programba való bekerülés különböző motivációkon keresztül valósul meg. Annak ellenére, hogy a kábítószer-használat ugyanaz, mindenkinek máshol vannak a határai, illetve a sokat emlegetett „mélypontja” is. A kábítószertől való kimerülés, kiégés, azaz a küzdelem elvesztése után, az út végén jelenik meg valaminek a kezdete, a felépülés megkezdődése.

*„Arra nem voltam képes, hogy a boltig lemenjek. Megettem a pogácsát a ballagási tarisznyából.”*(interjúalany 1)

A függőségnek vannak olyan pontjai, amikor már a kábítószer sem képes pillanatnyi örömet, nyugalmat adni, ilyenkor eljőhet a fordulópont néhányak számára, amelyről a következő interjúalany így beszél:

*„Már hihetetlen szenvedés volt az egész, szinte már nem is tudtam hova szűrni. Az volt az az időszak, amikor azért anyagoztam, hogy ne legyen szar, és nem azért, hogy jó legyen. Szendevés volt az egész.”* (interjúalany 2)

A terápiás program lehetőséget biztosít a személyiségfejlődésre, az érzelmek megismerésére és kifejezésére. Az interjúkon feltett kérdésekre szinte mindenki különböző válaszokat adott, amikor azt kérdeztem, hogy mit tanultál a rehabilitációs programon. Nyilvánvalóan a válaszok

nem függetlenek a szocializáció során megtapasztalt tanulási folyamatoktól, családi mintázatoktól, illetve attól a fajta életviteltől, ami a kábítószer-fogyasztás alatt kialakult a függőben. Ezen folyamatok határozták meg a válaszokat is.

*„Nem éri meg hazudni, ezt tanultam, és leginkább protektív hatása az őszinteségnek van.”*  
(interjúalany 3)

Amíg egy egyetemi hallgatónak a vizsgák által keletkezett stresszel kell megküzdeni, addig egy kábítószerrel használó személynek a napi túlélésért folytatott harcban kell megállnia a helyét. A kihívás ugyanaz, vagyis a stressz csökkentése, kezelése. Míg az egyetemi hallgató rendelkezik olyan józan gondolkodással, amivel az erőforrásait, képességeit, lehetőségeit, kapcsolatait tudja aktivizálni, addig a szerhasználó ezekre nem képes, bár birtokol túlélési stratégiákat, de nem tudja használni, megszerezni az erőforrásait. Részben azért, mert nincsenek, itt elsősorban a szociális kapcsolatokra gondolok. A kábítószer-használat következményei a leamortizált szociális és társas kapcsolatok. A fentebb említett idézet, hogy nem éri meg hazudni, mindenképp arra enged következtetni, hogy az ellenkezőjét csinálta az interjúalany, tehát mindenkinek hazudott a rehabilitációs programba kerülés előtt. Sokkal nagyobb erőforrás szükséges a hazugságok fenntartására, mint őszintének lenni önmagunkhoz és másokhoz. Egy másik interjúalany a mit tanultál kérdésre a következőket mondja:

*„Igazándiból olyan dolgokat, amiket már előtte is tudtam, csak ugye, ha benne vagy a függőség mókuskerekében, akkor egyre jobban elhagyod ezeket. Szóval a rendszert, meg azt, hogy valamit végigcsinálni, amibe belekezel, felelősséget vállalni.”* (interjúalany 2)

A tanulási folyamat nulladik lépése a kitisztulás, a letisztulás. Mire a szervezetből kitisztul a drog, hónapok telnek el. Az interjúban megjelenik a fentebb már említett Kapitány Fövény Máté könyvében leírt jutalmazó központ szerepe és működése.

*„Tudni kell a metamfetaminról, hogy annyira szétpörgeted a jutalmazó központodat, hogy utána hónapokig nem tudsz örülni semminek se. Három hónapig voltam pszichiátrián, és a negyedik hónapban kezdtem el mosolyogni meg örülni a dolgoknak.”* (interjúalany 2)

A rehabilitációs folyamat egyik legfontosabb része, bármilyen programban is vesz részt valaki, a letisztulás. Hiszen ilyenkor egy zavart, beszűkült tudatállapot jellemzi az egyént. Amikor lassan kiürül a szervezetből a kábítószer, olyankor jönnek elő igazán az addig elnyomott érzések, tiszta gondolatok. Ezekkel szembe kell nézni, és nem lehet őket elkerülni. A szorongás, feszültség levezetése nagy küzdelem. Erről az egyik interjúalanyom következőképpen beszél:

*„nem tudtam megszólalni, mert úgy szorongtam.”* (interjúalany 7)

A letisztulás szakaszában válik ellenállóvá az egyén, lényegében itt teszi meg az első lépéseket, és kezdi meg a küzdelmet a függősége ellen. A napközben zajló csoportok lényege az érzések felismerése és kifejezése, ez minden rehabilitációs program alapeleme. Nem véletlenül, hiszen ez nagymértékben elősegíti a Lazarus és Lainer által ismert érzelmközpontú megküzdést. A problémaközpontú megküzdés kialakulásához és fejlesztéséhez a programokban jelenlevő konfliktuskezelési csoportok, gyakorlatok járulnak hozzá, ami segíti a megküzdés erősítését. Valójában a rehabilitációs program felépítése, napi-hetiterve, felépített struktúrája egy miniatűr társadalmat modellál. Itt felelősséget kell vállalni magukért és másokért, mert az otthonoknak nincs személyzete. A takarítástól kezdve a rehabilitációs otthon tisztántartásán keresztül az étel elkészítése, a napirend, a kötelező sport, a foglalkozások, az önismereti csoportok, az élményterápiás/művészterápiás foglalkozások testileg, lelkileg és pszichésen egyaránt felkészítik az egyént arra, hogy új életet tudjon kezdeni. A lehetőség biztosított mindenki számára, képességektől, kortól, anyagi helyzetétől függetlenül. Eddigi tapasztalataim alapján, ami leginkább meghatározó, az a motiváció. A rehabilitációs folyamatban akkor tud bárki fejlődni, amikor egyre jobban - rehabos szlenggel élve - „beleteszi magát”. Minden rehabilitációs otthonnak megvannak a maga aranymondásai, pl. „amennyit beleteszel, annyit veszel ki” „teher alatt nő a pálma”, stb. A program az egyén motivációját igyekszik növelni, fenntartani. Hiszen tölthet valaki akár több évet is a terápiás otthonban, ha csak fizikálisan van jelen, tényleg fontos szerepe van a személyiségfejlődés hatékonyságában annak, hogy ki mennyire lép ki a komfortzónájából, és izzadja végig a terápiás programot.

A program szempontjából kiemelten fontos még a hit, mint rezidencia-faktor. A spirituális támasz mindenképp jelentős erőforrás. Erről a következőképpen beszélnek az interjúalanyok:

*„A legelső nap megtértem. Mindenki odajött hozzám, üdvözöltek, mondták, hogy Isten hozott.”*  
(interjúalany 7)

A keresztény értékrend, ami legfőképp az emberi kapcsolatokban jelenik meg a terápiás otthonban, olyan értéket képvisel, amely rengeteg támogatást ad a felépülés folyamatában a kallódóknak. Sok rehabilitáción résztvevő korábban soha nem találkozott a hittel.

*„Illetve az egyik legfontosabb, hogy találkoztam a hittel, Istennel, ami aztán így az egészséget megerősítette.”* (interjúalany 2)

A munkatársak személyisége mindkét modellben nélkülözhetetlen, hiszen ők a saját felépülésükkkel reményt adnak. Szenvedélybetegek voltak, jelenleg a programban dolgoznak, mint munkatársak, azaz felépült függők. Többeknek családja van, ami példaértékű a

rehabilitáción résztvevők számára, elhiszik, hogy ha a segítőknek sikerült, akkor nekik is sikerülhet. Van értelme küzdeni, van értelme józannak lenni, az interjúk alatt ez többször megfogalmazódott az alanyokban is.

#### 4.2. A megküzdési stratégiák működése a mindennapokban

A terápiás program befejezése után sokan nem mennek ugyanarra a környékre, ahonnan indultak, nem mennek haza, inkább igénybe veszik a támogatott lakhatás lehetőségét. A programot befejezve újabb kihívásokkal kell szembenéznük a társadalom különböző színterein. Az erőforrások már rendelkezésükre állnak, itt már tisztában vannak a reziliencia különböző faktoraival. A Minnesota-program utógondozó közössége, a Narcotics Anonymous lehetőséget biztosít a társas kapcsolatok fenntartására, ez egy olyan közösség, ami rendszeresen működik, lehet csatlakozni a hét minden napján.

*„Nagyon sokat voltam az NA-sokkal, együtt sportoltunk, jártam gyűlésekre. Szép lassan integrálódtam.”* (Interjúalany 1)

A Minnesota-modell más filozófiára épül. Ebben a programban a betegségtudatot erősítik a teljes absztinencia megtartása érdekében. Természetesen a Portage-modell is azt képviseli, hogy a terápia befejezése után nem ajánlott semmilyen tudatmódosító szer használata, és persze az alkohol sem javasolt. A társadalomba azonban az alkoholfogyasztás teljes mértékben beágyazódott, kulturális és szociális miliőben egyaránt.

*„Lemondani a saját szokásaimról. Bemenni egy társaságba úgy, hogy én csak egy cappuccinót kérek. Újra kellett írni a programot.”* (interjú alany 1)

Tényleg nagyon küzdelmes visszailleszkedni egy olyan társadalomba, ahol napi szinten jelen van az alkoholfogyasztás.

*„A kolleganőkkel én iszonyatosan rosszul jöttem ki. Nagyon nehezen kapcsolódtunk össze. Én azt éreztem, hogy borzasztóan kiközösítenek. Sokszor bántottak, és nem tudtam, hogy hogyan védjem meg magam. Sokat imádkoztam a munkahelyemen a wc-n, hogy ne vesszünk össze, ne legyen konfliktus.”* (Interjú alany 1)

Az ima, mint erőforrás, illetve a hit szerepe, mint támasz felértékelődik. Az interjúalany hívőként nem hátrál meg a helyzettől, hanem kitart, nem a menekülést választja, hanem megtartja a pozícióját, a későbbiekben el is mondja, hogy kis idő múltán jóban lett a kollégáival.

*„Megbízható és türelmes voltam, és ez meghozta a gyümölcsét.” (interjú alany 1)*

A megküzdési stratégiák a mindennapokban azért tudnak működni, mert az egyénnek tiszta a tudata, nincs tudatmódosító szerek hatása alatt. A terápiát befejezve szinte mindenki elkezdte képezni magát, célok jelentek meg az életükben.

*„Milyen volt beilleszkedni a társadalomba? Élveztem. Hasznosnak éreztem magam, és sikereket éltem meg mind a munkában és mind tanulásban. Lubickoltam abban, hogy józanon is el tudom érni a céljaimat” (interjú alany 7)*

Célok nélkül nem lehet élni, a célok adják meg az embernek a folyamatos kihívást, tartják fent a motivációt, ami az életenergiát biztosítja.

*„Elmentem érettségizni, az volt 3 év, és közben csináltam a jogosítványt és dolgoztam. A mai napig nem tudom felfogni, hogy nekem hogy volt ennyi erőm ezt megcsinálni, most nem tudnám. Később elmentem főiskolára” (interjú alany 10)*

A szenvedélybetegek többsége általában érzelempőzpontú, a megküzdésük is a negatív érzelem csökkentésére irányul, ez a jutalmazással és az érzelemszabályozással van összefüggésben. Az érzelemorientáltságot mindenképp egy tanulási folyamat részeként kell értelmezni, és törekedni a fejlődésre.

*„Érzelemorientáltnak tartom magam, de megtanultam azt, hogy ne vigyen el.” (interjú alany 8)*

A terápiás program felruhazza az egyént védettséggel, úgymond megvannak a reziliencia faktorok, az integráció, beilleszkedni egy munkahelyre, új barátokat szerezni, mindenkinek a saját egyéni döntése, hogy mennyi időt és energiát szán erre. Ha nem következik be valamilyen szélsőséges kiváltó ok, mondjuk egy párkapcsolati krízis vagy egy családtag elvesztése, az integráció sikeres lehet. Természetesen akkor is, ha súlyos krízis jön, de ez nyilván növeli a felépülés kockázatát, főleg, ha nem rég jött ki valaki a programból.



## 5.1 Különbségek a két program között, előnyök és hátrányok

A legfontosabb, amit mindenképp kiemelnék a Minnesota-modell programjából, az a konfrontáció alkalmazása. Többen is kifejtették ennek a módszernek a hasznosságát, de megjegyezték, hogy sok esetben ez már inkább alázás, mint visszajelzés.

*„Én adekvátnak tartom, mert akik rohadtul el vannak maguktól szállva, de közben romokban van az életük, azoknál szerintem jobb, mint a vállveregetés” (interjú alany 6)*

Az egyik interjúalanyom, aki mindkét programban részt vett, viszont más véleményen volt. Az ő álláspontja szerint a szeretettel való visszajelzés vagy maga a szeretet inkább egy érzelmi szükséglet, a konfrontáció pedig egy kemény visszajelzés az egyén számára, amelynek lehet személyiségformáló hatása az egyén attitűdjére.

*„És mindig arra jöttem rá, hogy nekem szükségem volt a konfrontatív terápiára. Ahol kicsit összetörnek és utána újraépítem magamat, nekem ez hatékonyabb volt, mint a szeretet alapú terápia” (interjú alany 5)*

A konfrontatív terápiás módszert kimondottan alkoholbetegek és különböző függőséggel rendelkező emberek számára fejlesztették ki a huszadik század közepe táján, aminek a célja röviden a „valóságorientált visszajelzés”, amely intenzitásában vagy érzelmileg lehet eltérő, de a lényege a tiszta mellébeszélés nélküli visszajelzés. A terápiás programba érkező kliensek nyilvánvalóan amilyen eszközökkel rendelkeznek, olyanokkal tudnak dolgozni. A személyiségfejlődés lassú folyamat, és a kliens igyekszik a programot az ő érdekeihez, szükségleteihez igazítani. Tehát a program elején jellemző, hogy a kliens a rendszerben keresi a hibákat, a rést, és kerüli a fájdalmas, megterhelő dolgokat, ami szükséges a változáshoz. A két modell között ez jelentős különbség. A Minnesota-modell használja ezeket a konfrontációs módszereket, és az interjúk megerősítik, hogy vannak személyiségtípusok, akiknek ez biztosan hatásos.

A ráckeresztúri modell nem konfrontatív, itt az elfogadáson, a szereteten, a keresztény értékrenden van a hangsúly. Ezen értékrend betölti azokat a szükségleteket, amikre valójában minden ember vágyik. Olyan ember számára, aki biztonságos családban nőtt fel, kapott szeretetet, törődést, a szeretetre való vágy alapvető szükséglet. Akik a terápiás programba érkeznek, azok számára pedig létszükséglet. A két program között még egy fontos különbség

van: a Minnesota-programban nincs egyéni esetkezelés, a közösségi terápia határozza meg a mindennapokat. A Portage-modell adaptációja viszont fontosnak tartja a közösségi terápiát, de az egyéni esetkezelést is.

Összefoglalva mindkét modell a személyiségfejlődést célozza meg. Alapvető cél az érzések felismerése, a felelősségvállalás, a múlt feltárása, a kapcsolatépítés fejlesztése, továbbá az önpusztító magatartás helyett számos lehetőséget biztosít az új élményekre, a kihívásokra, egyszóval az élet sokszínűségére.

### 6.1. Összegzés és következtetések

Nagyon érdekes, értékes és sokszínű válaszokat kaptam a feltett kutatási kérdésekre. A kutatás érvényessége abban rejlik, hogy egyszerre egyéni különbségek is megtalálhatóak, viszont rengeteg közös csatlakozási pont van az átélt folyamatokban. A két rehabilitációs módszer közös pontja, hogy biztosítja a kliensek számára azt az alapvető emberi igényt, amely nélkül nem lehet megküzdeni az élet kihívásaival és nehézségeivel, tehát a biztonságot és az elfogadást.

Az első kutatási kérdésre, vagyis hogy a Portage terápiás modell ráckeresztúri adaptációja milyen szemlélet mentén és hatékonysággal alakít ki megküzdési stratégiákat, és ezek mennyire fenntarthatóak hosszútávon, a következő választ kaptam:

A program legalapvetőbb szemlélete az elfogadás, egyrészt a rogersi pszichológiai szemlélet alapján, másrészt a keresztény értékek mentén, hiszen a ráckeresztúri otthon a református egyház fenntartása által működik. Az igazgató református lelkész, aki ebben a szellemisségben alakította ki a program működését. A szeretet, mint isteni parancsolat, ha nem is feltétel nélküli, hiszen ember erre nem képes, de emberi szeretet által igyekszik befogadni a frontvonalból érkező sebesülteket, akik testileg és lelkileg is meggyötört állapotban érkeznek. *„Wiklund azzal érvel, hogy a spiritualitás iránti igény és fogékonyság nem csak a függőség, hanem a felépülés motorjaként is funkcionálhat.”* (Mándi Nikoletta: Terápiás közösségben felépülő szenvedélybetegek életút narratíváinak visszatérő motívumai pp. 46)

Az öt ráckeresztúri interjúalany közül négyen megtértek a programban, van, aki rögtön az elején, már a befogadásnál. Tehát a beérkezés, a megérkezés is egy spirituális élmény tud lenni,

hisz a terápiára érkezők éppen az ellenkezőjét kapják a drogterápiás otthonban, mint amelyet előtte megtapasztaltak a kinti világban. Megvetés helyett elfogadást, utálat helyett szeretetet, és bizalmatlanság helyett bizalmat kapnak.

A program hatékonyságát nehéz mérni, hiszen a lelki folyamatok, az ember értékrendszerében rejlő változások számos láthatatlan összetevőkből állnak, bár a viselkedésen keresztül lehet érzékelni a fejlődést. Néhány mérőeszköz a rendelkezésre áll ugyan, de az első év mindig a kritikus szakasz a felépülésben, de az interjúkérdések alapján, pl. dolgozik-e, tanul-e jelenleg, van-e párkapcsolata, közössége, vannak-e barátai, stb. azért körvonalazódik egyfajta stabilitás, és megjelenik valamilyen mérhető alternatíva. Hatékonynak tartom a programot, hiszen az interjúalanyok története visszaigazolást ad, illetve maga az absztinencia csak egy kis mérőeszköz, hiszen az, hogy a programot befejezve valaki visszaesik, nem jelenti azt, hogy nem tanult és nem fejlődött a rehabilitáció alatt. Az első évet, mint kritikus időszakot említettem, de a program alatt beépülnek olyan módszerek, megküzdési stratégiák, amelyek hosszútávon is funkcionálnak.

A második kutatási kérdésre, miszerint a Minnesota-modell magyarországi adaptációja milyen szemlélet mentén és hatékonysággal alakít ki megküzdési stratégiákat, és ezek mennyire fenntarthatóak hosszútávon a következő választ kaptam:

A Minnesota-modell a betegségtudat erősítése révén határozza és erősíti meg a függőséget. A modell absztinenciára épül, tehát ebből a szempontból sokkal jobban mérhető a hatékonysága, hiszen számszerűsíthető, hogy valaki 1245 napja absztinens, és ez ebben a szemléletben egyúttal azt is jelenti, hogy jól van. Mert a józanság a legfontosabb elérhető cél egy gyógyíthatatlan betegséggel küzdő függő számára. Ennek a programnak sokkal több szakirodalma van, és nagyobb a beágyazottsága a társadalomba. Hatékonysága abban rejlik, hogy a programot befejezve tovább folytatódik a társas felépülés, helyi terápiás közösségek gyűlésein való részvétel formájában. A módszer hatékonysága a kapcsolatokban is megjelenik, hiszen itt szoros barátságok alakulhatnak ki, ami megtartó erőt képez a mindennapokban. Továbbá hasznos segítség a hagyományok, ünnepek fenntartása is, hiszen új születésnap címen minden évben a józanság megünneplésre kerül. A Minnesota-programot összefoglalva, „szigorú szeretet”, nagyon tudatos életmód és betegségtudat jellemzi.

A harmadik kutatási kérdésre, hogy mi a különbség a két program hatékonysága között, a következő eredményre jutottam.

A Minnesota-modell nem foglalkozik azzal, hogy mit jelent élni a Földön, nem keresi a létezés célját. Az egyetlen cél, hogy legyél józan. A függőséget gyógyíthatatlan betegségnek tartja. Azt állítja, hogy nem gyógyulhatsz meg, viszont józan lehetsz. Ez képletesen kifejezve olyan, mintha az ember kösziklával rakná körbe magát azért, hogy a komfortzónán belül maradjon, és biztonságra, kiszámíthatóságra törekedjen, nem keresve a kockázatokat.

A Portage-modell nem hangsúlyozza a betegségtudatot, mert megkülönbözteti a szer- és a viselkedésfüggőséget. Megjelenik az egyéni esetkezelés fontossága, hiszen a „trauma, mint közös nevező”, amiről az elméleti bevezetésben is írtam, jobb, ha nem a közösség előtt, széles körben kerül megbeszélésre, mert ezeket az élményeket sokszor maga a kliens is szégyelli. Rengeteg abúzált, bántalmazott kliensnek van feldolgozatlan traumája, amit a kábítószerrel akar oldani, elfelejteni. Léteznek olyan események, amit el lehet mondani a közösségnek, s olyanok is, amit inkább nem, és ez utóbbira alkalmas módszer az egyéni esetkezelés alatt folytatott beszélgetések.

Összefoglalva mindkét program képes a személyiségfejlesztés támogatására, azon a kórképek kezelésére, amelyek hozzájárultak a kábítószer-fogyasztás kialakulásához. (Rácz József, 2005) Az érzelmi labilitás feloldását segítő módszerek mindkét programban megtalálhatóak, önértékelés szempontjából az elfogadás és az önismeret fejlesztése szintén fellelhető, s a programok részét képezi a családi diszfunkciók helyreállítása is Mindkét módszerre jellemzők a szülőcsoportok, a konzultációs napok, a tréningek és a holisztikus szemlélet. Mindkét program képessé teheti az egyént az önfejlesztésre, a változásra és a traumák feldolgozására, ha segítséget kérnek hozzá. Egy lényeges kulcsa van a terápia végigjárásának, ha valaki ténylegesen, mélyen, motiváltan és lelkiileg elszánva jelentkezik a programra, és nem az idő a meghatározó elem, hanem a teljesítmény és a lelki/pszichés erőfeszítés, amely szükséges a változáshoz.

Ha a tudat tiszta, nincs tudatmódosító szer hatása alatt az egyén, mellette megvannak a társas kapcsolatai, s rendelkezik biztos, kiszámítható jövedelemmel, továbbá a reziliencia faktorok, mint alappillérek az életének részét képezik, akkor e stabil pontok által képes az önálló életvitelre, és ennek a hosszú távú fenntartására.

## 7.2. Hivatkozott irodalmak:

Walter B. Cannon (1915): Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement, D Appleton & Company.

Michael Rutter (2012): Resilience as a dynamic concept, Published online by Cambridge University Press, 17 April 2012

Demetrovics Zsolt (1998): Drogok, Ártalomcsökkentés, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Sorozatkutatások VIII.

Elekes Zsuzsanna, Paksi Borbála (2004): 18-54 éves felnőttek alkohol-és egyéb drogfogyasztás szokásai. A kutatás a Nemzeti Kutatási és Fejlesztési Program finanszírozásával készült (Azonosító: 5/128/2001)

Magyar Drogfigyelő · 2021 szeptember · I. évfolyam 5. szám

McElrath, D.(1997): The Minnesota Model, Journal of Psychactive Drugs, Vol.

Besser Van del Kork (2020) A test mindent számon tart. Ursus Libris

Urbán, Nóra és Kovács, László (2016): A pszichológiai reziliencia, mint integrált alkalmazkodó rendszer. HONVÉDORVOS, 68 (3-4). pp. 43-50.

Mándi Nikoletta (2013): Terápiás közösségben felépülő szenvedélybetegek életút narratíváinak visszatérő motívumai. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Interdiszciplináris Doktori Iskola.

Richard Lazarus and Susan Folkman (1984): Stress, Appraisal, and Coping, Springer Publishing

Alan Leshner (1997): Addicton in the Brain Disease, and it Matters, Published By: American Association for the Advancement of Science

Lewis Hermann (2003): Trauma és gyógyulás, Háttér Kiadó-Kávé Kiadó Egyesület, Budapest

Selye János (1983): Stressz distressz nélkül, Akadémia Kiadó, Budapest

E. Frances Jensen - Amy Ellis Nutt (2016),:A kamasz agy, Libri Kiadó, Budapest

Dr. Máté Gábor (2022): A sóvárgás démona, Open Books, Budapest

Dr. Máté Gábor (2022): Normális vagy. Open Books, Budapest

Dr. Rácz József (2005): A drogkérdésről őszintén. B+V Medical+Technical Lap és Könyvkiadó, Budapest

Dr. Kapitány-Fővény Máté (2019): Ezerarcú függőség. HVG Könyvek kiadó, Budapest

Paul CH. Donders (2019): Reziliencia. Harmat Kiadó, Budapest

### 7.3. Táblázatok, diagramok jegyzéke:

1. ábra Besser Van del Kork (2020) A test mindent számon tart, Ursus Libris,

1. tábla Forrás: BSZKI 2016-Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentés 2016

2. tábla: Elekes Zsuzsanna 2004 Alkohol és társadalom. Budapest

3. tábla: MRE KIMM Ráckeresztúr, 2022. Portage-modell

4. tábla: MRE, KIMM 2022 Ráckeresztúr, Portage-modell

5. tábla: MRE, KIMM 2022 Ráckeresztúr, Portage-modell

6. tábla: MRE, KIMM 2022 Ráckeresztúr, Portage-modell

### 7.4 . Strukturált interjú kérdései:

Mi volt az a pont, amikor segítséget kért?

Meséljen arról, hogy milyen volt a terápiás program!

Mit tanult a terápiás programon?

Milyen szemlélete volt a terápiás programnak?

Miért gondolja azt hatékonynak?

Milyen volt a közösség?

Mi az, amit alkalmaz a mai napig a terápiás programból?

Mennyi ideig tartott a terápiás program?

Sportol-e, vagy van egyéb hobbija?

Végez-e alkotó tevékenységet?

Mivel tudod megnyugtatni magad?

Mit gondolsz, tudsz-e várni, késleltetni?

Konfliktushelyzetben teszel-e fel kérdéseket saját magadnak?

Tudod-e érzelemtől függetleníteni magadat?

Szerinted milyen mélyre jutottál a múlt feltárásában?

Szoktál-e visszatekinteni a napodra, hogy valamit jól csináltál-e vagy nem?

Kihez fordulsz, ha végképp nem tudsz dönteni?

Tartozol-e közösséghez?

Történnék-e csodák az életedben?

Hiszel-e a véletlenekben?

Mi számít neked, jutalomnak?


Mit jelent számodra a szabadság?






A nehézségeket elkerülöd, vagy szembenézel velük?

7.5 . Mellékletek:

## Szakdolgozat-konzultációs napló

<b>Hallgató neve:</b>	Burai Csaba
<b>Neptun-kód:</b>	VRIZDP
<b>Szak, tagozat:</b>	Mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő
<b>Szakdolgozat címe:</b>	Harcosok klubja, avagy megküzdési stratégiák kialakulása, fejlődése szenvdélybetegek körében
<b>Konzulens/ külső konzulens neve:</b>	Dr. Elekes Györgyi
<b>Tanszék:</b>	Pszichológiai és Mozgásképzési Tanszék

  
 .....  
 konzulens/ külső konzulens aláírása

Konzultáció időpontja	Megjegyzés	Aláírás
2023. február. 2	Szakdolgozat témája	
2023. március 16.	Kutatásmódszertani kérdések	
2023. március 26	szakirodalom feltárása	
2023. május 4	Szakdolgozat felépítése	
2023. május 8	Interjú kérdések	





Apor Vilmos  
Katolikus Főiskola  
Tudás. Hit. Jövő.

Konzultáció időpontja	Megjegyzés	Aláírás

A szakdolgozat leadását : támogatom      nem támogatom

Nem támogatott szakdolgozat-leadás esetén az elutasítás indoka:

.....

Dátum: 2023.05.12

.....  
konzulens/ külső konzulens oktató aláírása

Nyilatkozat a szakdolgozat eredetiségéről

Alulírott BUNDI CSABA az Apór Vilmos Katolikus Főiskola Mezőcsanak ..... szakszemes hallgatója büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy a(z) HARCEK ..... 11. 113. 7A... című szakdolgozat saját, önálló munkám, és abban betartottam a Főiskola által előírt, a szakdolgozat megírására vonatkozó szabályokat.

Tudomásul veszem, hogy a szakdolgozatban plágiumnak számít:

- a) szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás nélkül,
- b) tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül,
- c) más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése,
- d) valamint mindazt, amit a hatályban lévő Tanulmányi és Vizsgaszabályzat 44. §-a a hallgatói munka jogtisztaságával kapcsolatban előír.

E nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem továbbá, hogy plágium esetén szakdolgozatom értékelés nélkül visszautasítják.

Vác, 2015. év ..... 05 ..... hónap 14. nap.

Bundi Csaba  
hallgató saját kezű aláírása