



Sivadó Máté

Női alkohol- és drogrehabilitáció a Hajnalcsillagban COVID-19 idején

**Female alcohol and drug rehabilitation in the Morning Star
during COVID-19**

Absztrakt

A Magyar Pünkösdi Egyház Hajnalcsillag Szenvedélybetegek Rehabilitációs Otthona egyike a hazai drogrehabilitációs helyeknek, melyet valamelyik keresztény egyház tart fenn. Egy összesen 21 klienst befogadó intézetről van szó, ami a drogrehabilitáció egy kevésbé ismert szegmensét végzi, a függő nők ellátását. A publikáció arra keres választ, hogy milyen módszereket alkalmaznak, milyen hatékonysággal, milyen nembéli specifikumok merülnek fel a nők ellátása során, illetve, hogy a hitnek milyen szerepe van a felépülésben. Igyekeztünk felvázolni, hogy a COVID-19 járvány milyen új kihívások elé állította a rehabilitációs tevékenységet.

Kulcsszavak: női drogrehabilitáció, portage-modell, művészetterápia, pszichodráma módszer, a hit szerepe a rehabilitációban, rehabilitáció COVID-19 idején

Abstract

The Morning Star Rehabilitation Home of the Hungarian Pentecostal Church is one of the Hungarian drug rehabilitations maintained by a Christian church. It is an institution that accommodates a total of 21 clients who perform a lesser-known segment of drug rehabilitation, the care of addicted women. The publication seeks answers to what methods are used, how effectively, what gender specifics arise in the care of women, and what role faith has in recovery. We intended to outline what new challenges the COVID-19 epidemic posed to rehabilitation activities.

Keywords: female drug rehabilitation, portage model, art therapy, psychodramatic method, the role of faith in rehabilitation, rehabilitation during COVID-19

Módszertan

Kutatásom során a kvalitatív kutatási stratégiát, illetve leíró stratégiát alkalmaztam. A kutatás elméletalkotó, folyamat közben alakuló, primer kutatás. Az intézmény vezetőjével, Kupai Szilviával és két munkatársával, Végh Anikóval és Dévényi Erikával félig strukturált interjút, több bentlakóval pedig mélyinterjút készítettem. Feltártam az intézménnyel kapcsolatban készült korábbi cikkeket, publikációkat. Azt kívánom bemutatni, hogy egy klasszikus drogrehabilitáció, amit ráadásul vallási keretek is kötnek, hogyan alkalmazkodik a változó társadalmi helyzetekhez. Feldolgoztam az intézet hivatalos dokumentumait, a felvételi tájékoztatót, a házirendet, a jelentkezési lapot, a megállapodást, a szervezeti és működési szabályzatot.

Bevezetés

Magyarországon szakmai körökben és azon túl is folyamatosan érkeznek veszjelzések a droghelyzettel, különösképpen az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatban (Szécsi & Sik, 2016., Rác J, 2017., Szécsi, 2017., Szécsi, Lannert, Németh, Cziboly & Vince, 2017., Hüse, Szoboszlai & Fábián, 2017., Erdős, 2018). A kutatásokból az derül ki, hogy a szegregátumokban élő, döntően roma lakosság egy teljes generációját nagymértékben érinti a probléma. Az amúgy is komoly szociális hátrányokkal küzdő populációt a teljes kilátástalanság felé sodorhatja a drogprobléma (Mátyás, 2019). Ellátórendszer a közelben sincs, nemhogy addiktológus, de sokszor háziorvos, védőnő sem. A korábban tényként emlegett, a probléma orvoslására szánt addiktológiai kisbuszoknak hírére sem hallani.

A drogproblémán belül legalább ekkora megoldatlan probléma a szerfüggő nők addiktológiai ellátása. *„A rehabilitációs otthonok, a drogambulanciák vagy a kórházak szolgáltatásai kizárólag férfiakra vannak szabva. Muszáj a női igényekre célzott válaszokat adni, és szolgáltatásokat fejleszteni. Ez nehéz adósság. A számok és a statisztikák éppen erre vonatkozóan adnak eligazítást: nem mindegy a szolgáltatásszervezés szempontjából, hogy mekkora érintett populációról beszélünk. Egyre inkább láthatóak az érintett nők, egyre több a problémás szerhasználó (az illegitim szerek használói is), nem megengedhető, hogy akár a tinirehabok, akár a felnőttek számára fenntartott intézmények – nagyon kevés kivételtől eltekintve – csak a férfiakra koncentráljanak. [...] A legtöbb, főleg injekciós droghasználó nőt vizsgáló kutatás említi, hogy az érintettek szinte minden esetben átéltek párkapcsolati abúzust. Ezek a nők majdnem kivétel nélkül traumatizáltak. Egy koedukált tér nem lesz megfelelő terep a gyógyulásukhoz.*

[...] Az első akadály, ahogy a rendszer, a közvetlen környezetük reagál a problémáikra. Ez a háziorvosi rendelőkben, az üzemorvosoknál, a pszichológusoknál, illetve a családban kezdődik. Megfigyelhető egy nagyon érdekes kettősség: jellemző egyfelől az aluldiagnosztizálás, másfelől pedig éppen a felüldiagnosztizálás. Egyszerre látják a szakemberek nagyon gyengének és nagyon erősnek a nőket. Azért is írnak fel nekik többször gyógyszereket, antidepresszánsokat, mert nekik erősnek kell maradniuk. Menedzselni kell a hétköznapokat, végezni a munkát, nevelni a gyereket, vinni a háztartást. A verkli nem állhat le, hiszen a nő nélkül szétesik a rendszer. Ez megingathatatlan elvárás feléjük, amit a nők maguk is mélyen megélnék. A szakemberek is úgy érezhetik, hogy abban kell segíteniük a nőket, hogy ne essenek ki ebből a szerepből. Nem kiemelni kell őket, hanem benne tartani ebben a rendszerben – akár gyógyszeres segítséggel.” (URL1) Az ópium használat és a szexuális abúzus együttjárásáról más publikációk is beszámolnak (Brogly, Saia, Werler, Regan & Hernández-Díaz, 2018).

Az alkoholfüggőség kapcsán is jelentős probléma, hogy a nők titokban, négy fal között fogyasztanak, míg a férfiak alkoholfogyasztása a nyilvános térben történik, a környezetük számára láthatóbb, így a visszajelzés is hamarabb eljut hozzájuk. Erdős (2019) számos kutatás eredményeinek vizsgálatát összevető tanulmányában megjegyzi: „A nemi érintettség az addikciók esetében meglehetősen komplex, de semmi esetre sem korlátozható kizárólag a nőkre. Egyes addikciók vagy problémás viselkedésformák kapcsán azt látjuk, hogy egyazon patológiás magatartást vizsgáló, különböző kutatások egymástól teljesen eltérő módon jelzik a jelenség nemek közötti előfordulási arányát. [...] Amennyiben figyelembe vesszük a különböző kutatások által alkalmazott kutatási módszerek vagy a vizsgált populációk esetleges eltéréseit, akkor is jól látható, hogy a nemek meghatározó szereppel bírnak, de semmiképp sem olyan módon, hogy kizárnák egyik vagy másik nem képviselőit az addikciókkal érintettek köréből.” (Erdős, 2019) A Magyar Pünkösdi Egyház Hajnalcsillag Szenvedélybetegek Rehabilitációs Otthona a nők rehabilitációját tűzte zászlajára. A hazai ellátórendszer szinte kizárólag férfi vagy koedukált ellátást vállal. Az alábbiakból azonban kitűnik, hogy a nehéz helyzetben lévő, általában bántalmazott nők számára mennyire fontos a kizárólagosan női közeg nyújtotta biztonság. Az ellátás tartalmazza a modern drogrehabilitáció módszereit, amit a keresztény szellemiség keretében alkalmaz.

Az intézmény

Fábiánné Erzsébet 1986. április 19-én alapította az otthont Dunaharaszttiban, a Vörösmarty utca 17–19. számú házban. Ő tizennyolc évesen elhívást kapott arra,

hogy alapítson egy rehabilitációs otthont. A megvalósításra 30 évet kellett várnia. Egy pünkösdi lelkész David Wilkerson alapította a Teen Challenge mozgalmat az Amerikai Egyesült Államokban. Ő nyitotta az első drogrehabilitációkat, ahol az általa megalkotott módszert alkalmazták. Ma a mozgalma már világméretű. Az ő életéről szól a Kés és kereszt című könyv, amit Erzsébet olvasott. Wilkerson fia eljött Magyarországra és itt találkozott Erzsébettel, így értek össze a lehetőségek. Amerikából jött a támogatás és a módszer. Először, amikor a célnak megfelelő épületet kerestek, minden tulajdonos visszautasította őket az épület későbbi rendeltetése miatt. Erzsébet erre hirdetést adott fel, amiben beírta, hogy drogrehabilitációs célból keres eladó házat. A ház, amit végül megvásároltak, egy olyan családé volt, ahol a fiúgyermeknek drogproblémája volt. Olvasták a hirdetést és érintettként gondolták, hogy ő eladják a házat erre a célra. Három lakóval és három munkatárssal indult az intézmény. Az első három évben munkájukhoz külföldi segítséget kaptak. Ennek megszűnte után nagyon nehéz helyzetbe kerültek, de később az eredményeik alapján az államtól normatív támogatást nyertek a gondozottakra, ami a mai napig is fennáll. Jelenleg az intézményt a Magyar Pünkösdi Egyház tartja fenn, de a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől (korábban OEP) és az államkincstári normatívából is kapnak támogatást. A lakók személyi térítési díjat fizetnek, amely alapesetben a szenvedélybeteg havi jövedelmének 80 százalékát jelenti. Ha nincs jövedelme az érkezőnek, akkor is részt vehet a terápián, sőt, még havi 5700 forint költőpénzt is kap. Munkaterápiás jutalom is van, ha egy lakó plusz feladatokat vállal, akkor pirospontokat gyűjthet. Tizenöt pirospontért további 6000 forintot kap az otthontól.

Munka az intézményben

A segítők munkája komoly fizikai-lelki jellegű megterheléssel jár. Aki gondozottként idekerül általában nem magától, hanem külső kényszer hatására (nincs lakása, fél a rendőrségtől vagy eleve ide irányítják az orvosok) jön. A legfontosabb, hogy eddigi életmódját ne akarja tovább folytatni, akarjon megváltozni, meggyógyulni. Igyekeznek minden idekerülő háttérét személyesen feltérképezni. Az újonnan bekerülő gondozottól 8–10 oldalas önéletrajzot kérnek. Ezek segítségével megpróbálják a személyiség töréspontjai vonalán a probléma valódi okait megtalálni. Kudarok előfordulnak. Körülbelül a gondozottak 15%-a az első két hétben elmegy.

Ha valaki nagyon menni akar, azt el kell engedniük. Általában előbb-utóbb visszajönnek, mert már nem érzik jól magukat a korábbi állapotukban, környezetükben. Különösen az állami gondozottnál a legsúlyosabb az elutasítottság.

Akit a szülei csecsemőkorában eldobtak, abból hiányzik az ősbizalom az élethez. Nagyon nehéz ezt megváltoztatni, a tapasztalatok szerint általában csak a hitre találás által sikerül. Általában nagy probléma a széttört családnál, hogy az identitás kialakulása táján a fiatal lány nem tud saját nemével azonosulni, helyette apjával azonosul. Van még egy jellemző ok, amely a nemi szerep kialakulásának idejére esik. Ez pedig a másik nemhez való vonzódás, melyet a családtagok félreértelmeznek és visszaélnek vele.

A lakók kétharmada alkoholista, a többiek gyógyszer- és drogfüggők vagy politoxikománok (többféle tudatmódosító szerrel élők). A terápia időszaka legalább másfél év, ezalatt csoportos és egyéni foglalkozásokon vesznek részt a lakók. Amennyiben szükség van rá pszichiáter-addiktológus a leszokást segítő és hangulatjavító gyógyszereket ír fel, és fokozatosan töltenek egyre több időt családtagjaikkal. Ez azonban változó. Sokszor nem áll család már a háttérben. Ha van család, és nem részesül szenvedélybeteg hozzátartozóként maga is terápiában, segítséget nem kapnak a változásban, gyakran a gyógyulást gátló tényezővé válhat, pont a jól begyakorlott játszmarendszerük miatt.

Jelenleg 21 nő él a Hajnalsillagban, a lakók 18 és 55 év közöttiek. Az eredményes terápia érdekében egyesek akár három évig is maradhatnak, de csak kivételes esetben. Az első három hónap a szigorú elkülönítés időszaka, három hétig még a telefonálás is tilos. Azután is csak meghatározott időpontokban telefonálhatnak a gyógyulók, telefonkészülékeiket nem tarthatják maguknál.

A szervezet méregtelenítése a beköltözés előtt kötelező, a jelentkezőknek egyhetes-tíz napos kórházi detoxikáló kezelésem kell részt venniük. Az otthonban élő nők minden reggel kilenctől tízig csoportfoglalkozáson vesznek részt, amelyen átbeszéljük hangulatukat, terápiás és közösségi helyzetüket. A foglalkozást meditáció és reggeli talajtorna követi, amelyen a lakók átmozgatják magukat, és felkészülnek a napi foglalkozásokra.

Egyetlen állandó férfi alkalmazott van: a belgyógyász-háziorvos. A munkatársi gárda összetétele: intézményvezető, okleveles szociális munkás, aki komplex művészeti terapeuta képzettséggel rendelkezik, pszichiáter-addiktológus, belgyógyász, szociális munkatárs, mentálhigiénés munkatárs, addiktológiai konzultáns-teológus, pasztorálpszichológiai szakreferens, saját élményű segítő, foglalkozásvezető, gazdasági munkatárs, három ápoló-gondozó munkatárs. A felépülés időtartama mindig hosszú, hogy pontosan mennyi, az a szenvedélybetegségben eltöltött időtől függ alapvetően, másrészt egyéni alkati kérdés is. Az otthonban az agresszivitás, a lopás és a terápia elleni lázítás mellett a legsúlyosabb vétségnek az alkoholfogyasztás és a gyógyszerek kábítószerként való használata számít. A behozott gyógyszert a gondozónak le kell adni, aki az orvosi utasításnak megfelelő mértékben és időben osztja ki. Bár a dunaharaszti

otthon keresztény szemléletű, fenntartója a Magyar Pünkösdi Egyház, a jelentkezőktől mégsem várnak el vallásos előéletet. Ugyanakkor a vezető meggyőződése, hogy teljes átalakulást az élhet meg, aki Istennel személyes kapcsolatba kerül, aki Istenhez kapcsolódik. Az ember gyarló természet és nem találja meg boldogságát, amíg nem jön rá, hogy Isten a másik fele. Ha erre rájön, akkor nem fog többé a szerhez vagy egy másik emberhez kötődni, hanem kizárólag Istenhez ([URL2](#)). Alapelvük, hogy hiszik, aki Jézussal találkozik, nem tud olyan maradni, mint előtte volt. Megéli a szabadulást, a valódi megtérést. Ez nem pótolható semmivel. Az otthonban lehetőség van a megtérésre, de nincs erőszakos térítés. Szigorúan strukturált napirendben dolgoznak, a hangulat szeretetteljes, elfogadó, biztonságot adó, emellett mindig világosak az elvárások. A szabályokat, a megállapodásokat mindenkinek tartani kell ([URL3](#)).

A terápia fázisai

Nulladik fázis

Ez a próbaidő. Az első három hét biztosan így telik. Aki nem lázad a szabályok ellen, de nem teljesen motivált, annak meghosszabbodik a próbaidő. Ez alatt mentort kell választani, a gondozottaknak meg kell írniuk az életútjukat, és ki kell mondani, hogy hosszú távon itt akarnak gyógyulni. Ekkor léphetnek át az első fázisba. Változó, hogy kerülnek az otthonba. Leginkább kórházakban javasolják az intézményt. A második leggyakoribb, hogy a kliens maga tálálja meg az intézetet az interneten. A jelentkezőt behívják egy személyes beszélgetésre, melynek célja, hogy kiderüljön, a jelentkező is akarja a bent tartózkodást vagy csak a családjá. Nincs elvárva extra motiváció, viszont az fontos, hogy akarjon változást, mert elege van abból, ahogy eddig élt. Be kell ismernie, hogy függőséggel kapcsolatos problémája van. Ha ezek a feltételek adottak, és nincs különösebb pszichiátriai eltérése, ami miatt például nem tud csoportban működni, szabályokat betartani, akkor felvehetik. Enyhe fokú, gyógyszerrel jól karbantartott hasonló probléma esetén is elindulhat a folyamat. Szűrővizsgálatokat kell elvégezni a terápia megkezdése előtt, illetve pszichiáteri vagy addiktológusi szakvéleményt beszerezni, hogy a kliens valóban szerfüggő. Az első három hónapban tipikusan senki nem hagyhatja el a házat, csak közös programokra. Ez alól az olyan súlyos betegség a kivétel, amit az intézet háziorvosa nem tud kezelni. Az első három hétben nincs látogató fogadás és telefonálás sem. A bentlakóknak az irodában kell tartani a telefonjaikat. Három hónap után fokozatosan kijárhatnak szabadidőre, illetve inntól kezdve a kliens az irodában használhatja a telefonját.

Az első fázis

Ekkor a fő tevékenység a múltfeltárás. A gondozott a mentorával végigbeszéli az életét. Mindeközben terápiás közösségben működnek a kliensek. Valamennyien felelősek azért, ami a közösségben zajlik, s mindenki saját maga felelős a felépüléséért. A leghatékonyabb, ha más és más szenvedélybetegek együtt, mintegy egymáson dolgoznak, tükröt tartanak egymás elé. Ebből sok konfliktus adódik. A kliensek nagy része a kinti életében nem tudott mit kezdeni a konfliktusaival. Erre jön az ego, a háritások, tagadások, ami szenvedélybetegekre nagyon jellemző. Egy torz önkép. A tükör senkinek nem esik jól. Az a nyertes, aki tud alázatot gyakorolni, képes magát megvizsgálni, számvetést készíteni, belső működését feltárni. Az szokott felépülni, aki komolyan veszi a képet, amit a csoport mutat neki. Az egyik típus, aki mindent magába folyt, csendben ül. A csoport vissza szokott jelezni, hogy ideje lenne megnyílni. Ettől van, aki dühös lesz. Ezeknek az embereknek az ellenállását sok esetben porig rombolták megelőző életükben. De megjelennek az intézetben azok – ez a másik típus –, akik diktátorok voltak, irányították, manipulálták a családjukat, környezetüket, s bent ezt próbálják folytatni. A csoport visszajelzése ilyen esetben, hogy itt az ideje csendben maradni, elgondolkozni, hogy mi az egyén valódi helyzete. Ők nyíltan ellenállnak. Az első csoport is ellenáll és manipulál csak csendesebb módszerekkel, látens módon. Például passzív agresszív viselkedéssel. A kliensnek a csoport visszajelzését követően el kell döntenie, hogy szeretne-e maradni és változni. Egy ideig lehetséges, hogy nem akar változni, de elmenni se akar. Sok idő van a változás végbemenetelére. Azt várja el az intézet, hogy a hozzáállás javuljon, akarjon változni és meg akarja dolgozni magát. Aki nem akarja ezt az egészet, annak nincs értelme maradnia. Itt az az alapelv, ha felelősséget vállalsz önmagadért, akkor van esélye a gyógyulásnak, de ellenkező esetben nincs közös nyelv a kliens és az intézet között. Ez esetben csak céltalan időtöltés lenne itt maradnia. Emiatt nagy a lemorzsolódás. A jó út mellett minden nap újra döntenie kell. Nagyon könnyű visszaesni abba a gondolkodásba, hogy minden és mindenki felelős azért, ami velem történt, csak én nem. Minden fázisváltást a csoporttól kell kérni és a csoport szavazza meg, hogy igen vagy nem. Az első fázisból a másodikba lépéskor a csoport megkérdezi, hogy mi az illető gyökérproblémája. Mivel tudott addig szembenézni? Mi jelent az illetőnek nehézséget az otthonban? Megnézik azt is, hogy betartja-e a ház szabályait, elvégzi-e a munkáját. Ha ez megvan, jöhet a második fázis.

A második fázis

Miután rájött a kliens a gyökérproblémájára, megvizsgálja magát, hogy megértse, ami kialakult, a szerhasználat is azért volt, mert valamit pótol. Ekkor a kliens jelenlegi működésével foglalkoznak. Szeretnék, ha rálátna az álarcaira, manipulációira. Kapjon, elsajátítson, magáévá tegyen egy reális önképet. Fontos, hogy rálásson a gyökérproblémájára, el tudja fogadni a segítséget, de ne éljen vissza azzal. Önismeretének és azzal párhuzamosan az önbecsülésének is fejlődnie kell. A csoport visszajelzéseit el kell fogadnia, és képessé kell válnia, hogy másoknak visszajelzéseket adjon.

A harmadik fázis

A bentlakók, akik ebbe a fázisba eljutottak nagyon sok mindenért felelősek, szinte ők vezetik a házat. Ők felelősek azért, hogy a házimunkákat elvégezzék. Ha valami nem működik, szólnak a segítőknek, munkatársaknak. Utóbbiak szinte csak azért vannak – az összes szakmai munka mellett –, hogy a ház szabályait betartassák, meghozzák a végső döntéseket. Ebben a fázisban kezdődik el a jövő tervezése. Mit kezdjen magával, ha innen kimegy. Például képes legyen önéletrajzot írni, hol szeretne dolgozni, mit kellene tanulnia. Az intézet támogatja a lakókat abban, hogy menjenek el és lakjanak pár napig ott, ahol a későbbiekben lakni szeretnének. Ezt adaptációs szabadságnak hívják. Onnan vissza kell jönni, s a szabadságon történeteket a házban fel kell dolgozni. Úgy kell majd ténylegesen hazamenni, hogy tudja, hol fog lakni, kivel, hol fog dolgozni. Ha kiderül, hogy a változások nem illeszthetők be a korábbi környezetbe, akkor ki kell találni, mi legyen. A legjobb, ha teljesen új életet építenek. Ilyenkor pár hónapig még lakhatnak a kliensek az intézetben.

A negyedik fázis

Ezt a munkavállalás fázisának nevezik. Amikor a kliens tipikusan az intézetből jár ki dolgozni. Ennek több célja van. Egyrészt, hogy tőkét gyűjtsön az önálló életkezéshez. A belső cél, hogy minden munkanap után menjen vissza a házba, ahol támogatást kap. Amikor a kliens kimegy, az óriási trauma számára. Rájuk bízják, hogy a munkakeresés során a drogos múlttól beszámolnak-e, de azt javasolják, hogy az esetleges új párkapcsolatukban mindenképpen mondják el. Ha nem teszik, az újabb álarc viselését okozza, ami visszaeséshez vezet. Ha lesz egy kis spórolt pénze a kliensnek, megpróbálkozhat egy albérlettel. A mai albérlet árak okán mostanában a szállóra költözés jellemző, de általában hamar kialakítanak maguknak megfelelő lakhatást.

A napi munkarend

Fél hétkor van az ébresztő, fél nyolckor reggeli. Mindig van egy megbízott a lakók közül, aki felelős a reggeliért. Kilenctől van a napindító megbeszélés. Jelentkeznek a lakók, hogy ki szeretne közölni valamit a közösséggel. Ez egy olyan történés, ami a lakót mélyen érinti. Lehet beszélni a fejlődéséről. Az esetleges konfliktusokat is konstruktívan megbeszélik. Nem mindig van azonnali megoldás, csak a feltárás kezdődik el, sok esetben napokig dolgozik a közösség a konfliktuson. Megbeszélik, mi fog történni a nap folyamán, ki-nek milyen szükséglete van, amit el kell aznap intéznie. Ezt követi egy közös torna. Tíz órakor kezdődik az első csoportfoglalkozás. Ezek jórészt elméleti csoportok, a pszichoedukáció¹ módszerével működnek, olyan témákban, amik súlyosan érinti a lakókat. A legfontosabb témák a függőség, a kommunikáció, a visszaesés megelőzése, társfüggőség, kapcsolatok stb. Délben kezdődik az ebéd. Ehhez egy étlapot állítanak előzetesen össze a lakók, s az egyik kolléga beszerzi a szükséges hozzávalókat. Mindig van egy kompetens lakó és neki egy segítője, akik elkészítik az ebédet. Délután kettőkor kezdődik az újabb foglalkozás. Ezek gyakorlatias csoportok, ahol beszélgetés történik. Egy kollégánő a pszichodráma módszerét, az intézet vezetője pedig művészet terápiát alkalmazva vezeti a csoportot. Alkalmaznak filmterápiát is, s sokszor nézik a következő filmeket: Kényszerleszállás, 28 nap, Egy kosaras naplója. Ezek rámutatnak olyan működésmódokra, amivel a lakók rendelkeznek, és ezek a filmek lehetséges alternatívákat is bemutatnak. Délután négytől hatig szabadidő van. Hatkor következik a vacsora. Közvetlenül ezután kezdődik a zárócsoport. Itt megkérdézik a lakótól, hogy hogyan érzi magát és mit visz magával abból a naphól. Nyolc körül kezdődik az utolsó csoport. Változó, hogy ezen mi történik. Hétfőn lehet beszámolni azoknak, akik otthon voltak látogatáson, elmondják, hogy az előzetes tervet sikerült-e tartani. Szerdán nyolctól elmeneteli csoport van, amin a haza menni szándékozók számolnak be a tervről. A csoport dönti el, hogy hazamehet-e a lakó. Pénteken filmnézés van este nyolctól. Hétfévente a látogatók fogadása a fő program. Aki túl van az első három héten, ahhoz kéthetente jöhet hétvégén látogató. A közös helyiségek valamelyikében beszélgetnek, s a hozzátartozók itt ebédelhetnek, ha szeretnének. Egyébként szombaton javaslatokat lehet tenni a következő hétre a közös szabad tevékenységekre. Vasárnap négy órától istentisztelet van a házban. A vasárnap első része általában szabad.

1 A beteg felvilágosítása betegsége lelki okairól és azok lehetséges megszüntetéséről.

Szabályok

A lakó a telefonját a lakótérbe nem viheti be. Ha lebukik azzal, hogy kábítószerrel vagy alkoholt csempész be a házba, akkor el kell hagyni az intézményt, de később újratekintheti a terápiát. Szóbeli vagy tettleges agresszió esetén el kell hagyni a házat. Ha a három hónap letelte után a szabadságán alkoholt vagy drogot vesz magához, akkor a hozzáállásától függően lesznek következmények. Ha utólag megérti, hogy gond van és újra szeretné kezdeni a terápiát, megegyezhet, de csak a nulladik fázistól. Ha kész az önfeltárással, nyert ügye van. Ha már magát a fogasztást sem vallja be vagy nem érdekli a dolog, akkor el kell hagynia a házat, de ebben az esetben is jelentkezhetnek újra három hónappal később. Amikor a gyógyulási spirálban van visszaesés, az akár jót is hozhat ki a helyzetből.

Szembesülés a korábbi környezettel

Három hónap után egy-egy hétvégére hazamennek a lakók. Az első hazalátogatások nem okoznak nagyobb sokkot, de a többediken tipikusan kiderül, hogy a családtagjait a függő eddig nem is ismerte. Csak a játszmáikról van fogalmuk, ezek nem valódi kapcsolatok. Amikor kitisztulnak, lehetőségük nyílik valódi kapcsolatok kialakítására, de erre általában a felek egyike sem áll készen. A legjobb esetben is hosszú tanulási folyamat, míg ezek az új kapcsolati minták, egészségesebb határok kiépülnek. Ez sokszor nem is megy családterápia nélkül. A család épp úgy lehet a bűn forrása, mint a gyógyulása (Tihanyi, 2019). Sajnos sokszor a tényleges változásra a család nem nyitott, csak egy ember akar változtatni. Azonban, ha csak egy ember változtat, borul az egész családi rendszer. Ilyen esetben a függő előtt két út áll: vagy aktív függőként folytatja a meglévő családi mintákban az életét vagy kilép a családjából. Amikor függőség üti fel a fejét a családban, a családtagok különböző szerepeket vesznek fel abban a reményben, hogy a hozzátartozóra hatni tudnak. Ezekben a szerepekben évekig benne tudnak maradni, ám közben nem történik meg a várt változás, továbbá sérül az összes résztvevő. Minden család más és más, de hasonló módokon próbálkoznak a hozzátartozók, amikor szenvedélybetegséggel küzd egy családtagjuk. Berne (1984) ötszemélyes játszmaként ír az alkoholista játszmáról, ahol a központi szerep az „Alkoholistaé”, a mellékszerep az „Üldözőé”, a harmadik szerep a „Megmentőé”, a negyedik szerep a „Balek/Fajankó”, az ötödik szerep pedig az úgynevezett „Összekötőé”. A játszma során az *Üldözői* szerepben többnyire a szenvedélybetegséggel küzdő házastársát találjuk, ez annyit tesz, hogy dorgálja a függő házastársát, s ezt főként akkor

teszi, amikor ismételt alkoholos befolyásoltság alatt találja partnerét. Szóvá teszi, hogy miből mennyit sikerült újra elfogyasztania, hogy ezzel mennyire tönkre teszi a családot, továbbá egy idő után ellenőrizni kezdi partnerét, kifigyeli, hogy hova rejti az üvegeket, esetleg kiönti az újabb adag italt abban a reményben, hogy így elkerülhető az újabb alkoholfogyasztás. Ezek a szerepjátékok azonban nem azt segítik elő, hogy a függő elgondolkozzon azon, mit tesz a saját és családja életével. A házastárs ezáltal felvesz egyfajta szülői szerepet, aki ellenőriz, ezt pedig egy függőséggel küzdő személy nagyon rossz néven veszi, sőt, kialakul benne egyfajta lázadó attitűd, hogy ő márpedig azt csinál, amit akar, és neki nincs problémája. A *Megmentő* szerepbe gyakran sodródhat bele például a gyermek, aki újra és újra reménykedik abban, hogy a következő nap más lesz, ezért mindig ott van a szülő számára, segít, s azt reméli, hogy ez egyszer meghozza a gyümölcsét. Ez sajnos sorozatos kudarccal jár, mert amíg nem alakul ki a betegségtudat a használatban, nem jut el a mélypontra, addig nincs esély a gyógyulásra. Mindeközben a reménykedő gyermek vagy egyéb hozzátartozó folyamatosan sérül. A *Balek/Fajankó* szintén újra és újra bizalmat szavaz szeretnének, ha pénzt kér, ad neki, elhiszi, hogy most másképp lesz. Berne szerint ezt a szerepet gyakran a függő édesanyja tölti be, aki együtt érez felnőtt gyermekével, szemben az üldözői szerepet betöltő házastárssal, és szeretné elhinni, hogy változni fog az alkoholista. Az *Összekötő* szerepben találjuk az italbolti eladót például, mint az utánpótlás forrását, azonban a hozzátartozó is belekerülhet ebbe a szerepbe, amennyiben ő viszi haza a szerinte elfogadhatónak vélt alkoholemennyiséget.

Előbb-utóbb minden közeli családtag végigmegegy minden szerepen, és ezek a szerepek folyton váltakoznak, hol így viselkednek a hozzátartozók, hol úgy. Ami azonban a függő belátását elősegítené, az nem a szerepek váltogatása, hanem az, ha kilépnek a hozzátartozók ezekből a szerepekből. A függő ugyanis nagyon jól érzi azt, ha „partnerek” ebben a játékban, és így nem fogja meglátni a saját felelősségét. Kilépni azonban ebből a körforgásból nem olyan egyszerű. Maguknak a hozzátartozóknak is fontos eljutni a felismerésig. Ennek az elősegítésében segítség lehet akár a hozzátartozói csoport látogatása is (Berne, 1984). A hozzátartozók sokszor ragaszkodnak áldozati önképükhöz is. Az áldozati lét sok lelki és egyéb előnnyel jár, ez hasonló a betegség előnyjelenségéhez. Az áldozatot mindenki sajnálja, igyekszik támogatni, másrésztől senki nem vár el tőle teljesítményt, illetve felelősségvállalást. Ez lehet az egyik oka annak, hogy a kapcsolati bántalmazások áldozatai a kapcsolat megszűnése után újra olyan partnert választanak, aki mellett újra áldozatok lehetnek.

Roma lakók

Az intézménynek volt már sok roma származású lakója, de sajnos tipikusan nagyon hamar el kellett hagyniuk az otthont, mert nem tudták betartani a szabályokat. A vezetőnő szerint szükség lenne a roma származású nők részére egy külön rehabra, roma vezetővel. A romákkal kapcsolatban (természetesen nem lehet általánosítani, csak a sok hasonló eset lenyomata tükröződik a következőkben) elmondható, hogy nem tudtak olyan viszonyítási alapokat meghatározni, ami a lakó és az intézmény számára egyaránt elfogadható. Rendszeres tapasztalat például velük kapcsolatban, hogy mások tulajdonviszonyainak tiszteletben tartását nehéz elfogadtatni velük. Ilyen például mások cigarettájának az elszívása. A tapasztalat szerint a gondot az okozza, hogy ez számukra csak egy elszívandó cigaretta, amit el lehet venni. Másrészt a lakók többségükben rá szoktak ébredni, hogy olyan kapcsolatokról, melyek nem támogatják józanságukat, meg kell válniuk. Ez egy bizonyos terápiás felépülési fokozatban szükséges a józanság érdekében. Az otthon dolgozói azt látják, hogy ennek még belátása sem történik meg a roma lakók részéről, nemhogy a cselekvés. Velük kapcsolatban még az is tapasztalat, hogy sokkal nagyobb a szabadságvágyuk. Az ide kerülő roma nők leginkább az állami gondozotti körből kerülnek ki. Nincsenek mintáik, hagyományos értelemben vett szocializációjuk, kevés az egészséges énrészük. Csak egy nagy traumatizált énrésszel rendelkeznek. Itt az egészséges részt lehet megszólítani, arra lehet építkezni. Pozitív példa, hogy jelenleg van egy roma lakó, aki most nagyon stabil és józan életet él, pedig kezdetben nagyon nehéz volt vele. Agresszívan reagált, ha közölték vele, hogy a szabályokat be kell tartania. Ő egy súlyosan bántalmazott lány, aki egyben nagyon szabad életet is élt. Sokáig nagy türelem, remény és szeretet szükségeltetett ahhoz, hogy az intézményben maradhasson. Most egy képzőművészeti ágba is megtalálta magát, vannak kiállításai, főállást és lakhatást is talált. Sajnos ő az egyetlen sikeres példa a roma lakók közül, pedig sokan jelentkeznek a kezelésre. Sokallják az adminisztrációs terheket és a szabályokat. Azonban ez nem alacsonyküszöbű ellátás. Sok mindent elvár a rendszer a lakóktól is. Ez egy klasszikus rehab.

A terápia során alkalmazott módszerek

A Portage modell

Környezet: A kölcsönös segítség és a társas támogatás által jellemzett környezetben a terápiás közösség arra ösztönzi tagjait, hogy a nehézségekkel való

szembenézés érdekében fejlesszék erősségeiket. A közösség tagjai a keretrendszer biztosításával és a változás bátorításával támogatják a társadalmi reintegráció folyamatát, amely egy pozitív, drogmentes életstílus eléréséhez vezet. A terápiás közösségben (TC) végbemenő változás meghatározó tényezője az egyéni erőfeszítések és a közösség támogatásának társulása. A tagok számára ez teszi lehetővé a saját életük feletti kontroll érzésének visszanyerését (URL4).

Eszközök: A TC terápiás tevékenységeken keresztül segít azonosítani a szerhasználati problémák forrásait. A Portage számos, bizonyítottan hatékony eszközt biztosít a tagok számára, egyúttal bátorítja őket azok használatára felépülési programjukban. Ezek segítik az önbizalom növelését, illetve azt, hogy valós kép alakuljon ki a szerhasználókban saját magukkal és másokkal kapcsolatban. Az eszközök megismerése csoportos képzések és közösségi tevékenységek során történik meg. A Portage környezetében biztosított kísérletező tanulással együtt ezek az eszközök kiemelkedő hatékonyságot eredményeznek.

Kompetenciák: A felépülési folyamat előrehaladtával a tagok egyre több kompetenciára és viselkedési stratégiára tesznek szert, amelyek segítik a problémákkal való megküzdést és a kitűzött célok elérését. A program során 21 kompetencia kerül meghatározásra, amelyek megszerzéséért minden nap dolgozni kell: szervezettség és szabálykövetés, következetesség, megbízhatóság, aktív részvétel a felépülésben, strukturált tevékenységek tervezésének képessége, strukturált tevékenységek vezetésének képessége, tudásátadás, kezdeményezőkézség, megfelelő önkifejezés, mások bátorítása, (hatóságok és/vagy társak általi) irányítás elfogadása, csapatmunka, hatékony kommunikáció, társadalmi integráció, objektivitás, empátia, döntéshozatal, problémamegoldó készség, segítségkérés képessége, konfliktuskezelés, öntudat.

A kezelési terv: A felépülési folyamat prioritásainak meghatározását segítő eszköz. Egyebek mellett olyan témakörökkel foglalkozik, mint a szerhasználat, testi és lelki egészség, személyes fejlődés, szociális és szülői készségek, személyközi és családi kapcsolatok, társadalmi reintegráció. A kezelési tervet az érintett személy az esetével foglalkozó segítővel közösen alakítja ki már a program kezdetekor. A tervet rendszeresen felül kell vizsgálni, újragondolva a kitűzött célokat (Molnár, 2012).

A pszichodráma módszer

Ez egy nonverbális technika. Van egy „mintha” realitás, egy tér, amiben olyan dolgok is megtörténhetnek, amire nincs lehetőség a valóságban. Például ki próbálhatja magát valaki egy szerepben, amiben egyébként nem. Lehetőség van párbeszédet kialakítani egy olyan személlyel, akivel a valóságban nem tud

valamilyen objektív vagy szubjektív okból, esetleg azért, mert már nem él az illető. Ez a folyamat picit fellazítja a rögzült mintákat, és ad egy kis „szellőzési teret”, hogy lehetne másként is. A tér és az idő kötött ebben a rehabilitációs formában. A drámapedagógiához sok mindenre lenne szükség, például sok időre, de itt kicsiben is lehet alkalmazni. Például a lakók nem azt mondják el közvetlenül, hogy milyen volt a viszonyuk az anyjukkal, hanem kiválasztanak sok közül egy követ, ami a leginkább kifejezi a kapcsolatukat az anyjukkal. Ez alapján el lehet kezdeni a kapcsolatról beszélni. A kiválasztás sokszor tudatalatti. Elkezdenek elbeszélgetni arról, hogy miért azt választotta. Így olyan tartalmakra is ráláthat, amit egy egyszerű kérdésre nem tudott volna elmondani. Megjelenítettek a drámaszínpadon egy pánikrohamot. Az egyik lakó azt mondta, hogy úgy érzi, a többiek nem értik meg őt. Azt gondolják, hogy a pánikrohama csak egy hiszti. Erre eljátszották vele. Felkérték szereplőnek a többieket. Megnézték, miből tevődik össze egy pánikroham. A többiek megformálták a remegést, a légszomjat, a retteget, a szégyent, a magányt. A végére már sírt az egész csoport. A drámajátéknak van egy analitikus vonala, amikor mélyre kell menni a múltban, de lehet, hogy csak egy aktuális jelenséget jelenítenek meg.

A művészetterápia

Antalfai Márta művészetterápiás módszerét alkalmazzák az intézményben. Ennek lényege, hogy szavakkal nem vagy csak nehezen kifejezhető érzéseket, élményeket, emlékeket, lelki lenyomatokat, fájdalmakat, traumákat fejeznek ki az alkotás segítségével, speciális, összetett módszer alapján. Már pusztán az alkotással is csökkenthető a feszültség szint, oldódik a lelki góc. Az alkotás után pedig kívülről ránéznek az elkészült műre. Először visszajelzéseket fogad az alkotó a művével kapcsolatban, a csoport többi tagja megfogalmazza érzéseit, benyomásait a képről, címet adnak a képnek. Majd az alkotó mondja el, mit fejez ki a képe saját magának. A csoport visszajelzése és az alkotó megfogalmazásának összessége hozhat újabb szint az önismeretben, egymás megismerésében, a lelki feldolgozásban.

Néhány lakó példája

Brigi (51 éves)

Mindkét szülője alkoholproblémával küzdött. Fiatalon aktívan sportolt, a csapattársakkal összejártak iszogatni. Sportsérülései megakadályozták a komoly sportkarrier befutását, ami komoly csalódást keltett benne. Őt gyermeke született,

főállású anya lett, ami nem töltötte ki az életét, pótcselekvésként inni kezdett, előbb esténként, majd az egész nap folyamán. Az édesanyja halála megviselte, ami négyhónapos, folyamatos ivást hozott magával, majd ezzel szembesülve leállt az ivással teljesen. Egy ideig absztinens volt, majd az esténkénti ivás visszatért az életébe. A házasságában megjelenő fizikai bántalmazás hozta el az újabb nagyívó fázist. Majd elvált és újraházasodott, aminek során újabb gyermeket vállalt. Ez a kapcsolat is bántalmazóvá vált, ami újra elindította a jelentős mennyiségű alkoholfogyasztás felé. A felnőtt gyerekei végül azt mondták, hogy megszakítják vele a kapcsolatot, ha tovább iszik. A gyerekek szervezték le az intézménybe kerülését. Itt megtért. Nemsokára be szeretné fejezni a rehabilitációt, hazamenni. A józan élethez valószínűleg el kell válnia, új munkát kell keresnie, a lakhatását rendeznie. Az itt töltött időszakban nagyon sokat gondolkodott. A gyermekei úgy érzik, hogy sokat változott pozitív irányban és támogatják ezt a változást. Azt látják, hogy stabilabb lett.

Ancsa (34 éves)

Édesapja alkoholista volt. Vitte magával a kocsmába. Nővére problémás gyerek volt, öngyilkos hajlamokkal, dührohamokkal. Tizenhat éves korában a szülők szakítottak. A nővére Budapestre költözött, ő az anyjával maradt. Szegény körülmények között éltek Pápán. Nem voltak bútoraik stb. Iskola mellett ő is dolgozott. Az érettségit is munka mellett tette le. 14 évesen ivott először, már akkor részegségig. Eleinte bulizás során ivott hétvége a haverokkal. A következő lépésben már otthon is sörözgetett egyedül. Aztán egy idő után mindkét hétvégi nap részegséggel végződött. Párkapcsolatában is mindennapossá vált az ivás. Kocsmába kezdett dolgozni, ami komoly lökést adott az alkoholfüggőségének. Majd kipróbálta a drogokat. Speeddel kezdte, hogy ki tudjon józanodni. Kipróbálta az extasyt, hasist, kokaint, füvet, de az alkohol maradt a fő tudatmódosító szere. Nem volt állandó otthona, mindig befogadták valahova. Később hajléktalanná vált. A kocszmákban lakott, ahol dolgozott. A jövedelmét elitta. Még ekkor sem tűnt fel számára, hogy problémás módon iszik, mert a környezetben mindenki ezt csinálta. Egyre rosszabb minőségű alkoholt ivott. Egy idő után a hangulatingadozások miatt háziorvoshoz fordult. Ő elküldte egy kórház pszichiátriájára. Kiderült, hogy bipoláris zavara volt. A kezelést követően újra inni kezdett, majd volt egy bántalmazó párkapcsolata. Ennek lezárulta után az édesanyjához költözött. Állapotát jól jellemzi, hogy az anyukája nem ismerte fel először. Egyik italozása után alkoholmérgezéses tünetei lettek. Ekkor újra segítséget kért egy addiktológustól. Olyan pszichiátriai gyógyszereket kapott, amelyekre életveszélyes alkoholt inni, de ő újra ivott, kihívták hozzá a mentőt,

a győri kórház pszichiátria zárt osztályára szállították. Itt három napig maradt, azután elszállították Sümegre egy intézetbe, ahol a meglévő gyógyszereihez sok egyéb mást is (Rivotril, Kvendiax) kapott. Az interneten találták ezt a rehabilitációt. A mentorával folytatott beszélgetés után előjöttek elfojtott élmények, például a hét éves korában történt szexuális zaklatás. Sok technikát tanulnak a sóvárgás kezelésére. Ilyen például a videószalag nevű módszer. Ez azt jelenti, hogy ha eszébe jut, hogy igyon, felidézi, hova szokott ez vezetni. Úgy érzi, hogy élete végéig kell dolgoznia magán. Ezekből lehet erőt is meríteni.

Drogrehabilitáció a COVID-19 idején

A járvány újfajta kihívások elé állította az intézetet. A koronavírus-járvány első hulláma idején az intézetbe kórházparancsnokot küldött a Belügyminisztérium. Az interjúalanyok elmondása szerint a járványhelyzet jelentős többlet terhet rótt a lakókra és a dolgozókra egyaránt. Az orvosok online tudtak csak rendelni. A dolgozók közül volt, aki online tartotta a csoportokat, ketten pedig beköltöztek az otthonba. Átalakultak a munkakörök is. Protokollokat és gyakorlatokat kellett kialakítani a rendkívüli helyzetre, fertőtlenítés, tájékoztatás stb. Otthonról drogrehabilitációs tevékenységet végezni, személytelenül, izoláltan sok nehézséggel járt. Ebben a munkában fontos a személyes találkozás. A lakóknak is többlet terhet jelentett a bezártság. Először kijárási korlátozás volt, majd tilalom, plusz látogatási tilalom. Ez sok feszültséget okozott. Több jelentkező pont ezért nem vállalta a terápiát. A COVID-19 előtt várólisták voltak, most félházzal üzemelnek. A munkavállaló fázisban lévők nem mehetek munkát keresni. A tavaszi COVID-19 hullám alatt nem volt számottevő visszaesés a lakók között, a két hullám között viszont óriási fluktuáció volt. Egy felépülőben lévő szenvedélybetegnek amúgy is nehéz új életet kezdeni. Nagy volt a terápiájukat befejező lakókban az aggodalom, hogy hogyan fognak majd munkát találni. Eddig szervezett szabadidős programokra lehetett menni, de ez is megváltozott a kijárási tilalom miatt. Több, korábban a terápiát követően hosszú ideig józan életet élő kezeltről érkezett olyan hír, hogy a COVID-19 tavaszi hulláma alatt újra a szerfogyasztás útjára léptek.

A terápiák speciális női aspektusai

Egy kutatás eredményei alapján: *„A női szempontok a drogfogyasztás okainál jelentek meg árnyaltabban: a drogfogyasztás és a prostitúció kapcsolatára többen*

utaltak, valamint a gyermekkorban átélt traumák jelentek meg a legfőbb okok között. A nehéz, krízishelyzeteken való átlendülés egyik eszköze a drog. A női létehez kapcsolódó krízishelyzetek közül az interjúalanyok a párkapcsolati problémákat emelték ki.” (Kaló, Hegedűs, Bihari & Szécsi, 2019.)

Vannak speciális, kizárólag nőket érintő kérdéskörök a rehabilitáció során, például abortusz, anyaság, gyereknevelés. Általában a lakók az intézetben beszélnek először a traumáikról, bántalmazásaikról. Ez egy biztonságos női közegben hangzik el, s megélik, hogy nincsenek egyedül, mivel szinte minden lakó érintett bántalmazásban. Az úgynevezett „lányos biztonság” fontos. A segítő férfiak (orvos, lelkész) kapcsán sokszor azt élik meg, hogy ő az első férfi, akivel kapcsolatba kerülnek és nem bántalmazza őket. Az alkoholfogyasztás kapcsán lányspecifikum a zugszűrés. Nehéz felismerniük, hogy nem kevésbé alkoholista az sem, aki csak otthon iszik. A drogfogyasztásban kisebb a nembéli különbség. A bentlakó nők zöme azt gondolja, hogy egyedül életképtelen. Ha nem látja meg, hogy egy mérgező kapcsolatban él, ahonnan ki kell lépnie, az társfüggőséget okoz. A valóban felépülők közül ezért kevesen térnek vissza a korábbi közegükbe. A tapasztalatok szerint biológiai eltérés is felismerhető a nemek között ez ügyben. A nők kevesebb szertől, rövidebb idő alatt épülnek le, illetve halnak meg, kevésbé bírják a tudatmódosító szerek hosszútávú használatát. Az intézetben két korosztály jelenik meg. Az első, akik az intézetben nagyobb tömegben előfordulnak, a késői húszas, esetleg a harmincas-egyvenes éveikben kezdték meg a problémás szerszűrés, amikor már volt saját családjuk, férjük, gyerekük. Sajátosságuk, hogy anyai szerepüket részben, nagyon hézagosan gyakorolva, de nagyobb részét hátrahagyva menekülnek az ivásba, nyugtatóhasználatba. Amikor a rehabilitációra kerül a sor, nagyon jellemző, hogy gyermekjóléti szolgálattal, gyámhatósággal kell együttműködniük ahhoz, hogy visszakaphassa gyermeküket. Akik még később kerülnek terápiába, azok esetében gyakran a felnőtt gyermek erőlteti a terápiát. A másik korosztály, a fiatal lányok, általában drogproblémával küzdenek. Az intézetben ők kisebb számban vannak jelen, náluk nagy arányú az áldozattá válás, prostitúció. Általában nagyon fiatalon kezdik a droghasználatot, személyiségfejlődésük korai szakaszában már el vannak akadva. Korosztálytól függetlenül, mint női szenvedélybetegség specifikum a traumatizáltság, bántalmazás, jelentős arányban gyermekkorban nemi erőszakot szenvedtek el.

A hit szerepe a rehabilitációban és a józan élet fenntartásában

A segítőik szinte valamennyien felépülő függők, akik hitre jutás által haladnak a felépülés útján. A segítői munkájuk közben hajlandók feltárni a gyengeségüket,

amiből a segítői erejük ered. A segítők munkájuk során a bentlakók felé feltétel nélküli szeretettel fordulnak, ami utóbbiak számára sok esetben ismeretlen, legtöbbször nem is értik annak okát, forrását. A mentálhigiénés szakemberek igyekeznek azt tudatosítani, hogy az általuk közvetített szeretet, elfogadás isteni eredetű. Fontosnak tartják annak a felismerését, hogy a lakóknak a jövőben ennek a nem evilági eredetű szeretetnek a befogadásához nincs szükségük a segítőik közvetítésére. Sok kezelt számol be arról, hogy különböző pszichiátriai betegségeikkel korábban pszichiáterhez fordultak, akiktől egyrészt gyógyszeres kezelést kaptak, másrészt annak a sugallatát, hogy meg kell tanulniuk együtt élni a problémájukkal. A hit alapú rehabilitációknak az egyik tapasztalata az, hogy a hit által véglegesen meg lehet szabadulni a betegségektől, függőségektől.² Ahogy Kupai Szilvia intézményvezető a kutatás során készített interjúban fogalmazott: *„A többségük arra eszmél rá, hogy szenvedésének fő forrása az, hogy az életét addig Isten nélkül élte, és amikor ráatalál Istenre, az űr betöltődik és sok mindenre válaszra talál, teljesen új lesz az irány, a gondolkodás, és ez az nagyon felszabadító és megszabadító érzés. Aztán a megtérés után nagyon gyakran szembenéznek azzal, hogy ez nem oldott meg mindent, visszatérnek régi fájdalmak, szokások, függőségek stb. És mivel nem szabadultak meg ezektől, kénytelenek elkezdni egy mélyebb munkát, amiben rátekinthetnek, hogy mi történik bennük. A gyógyulás definíciója átalakul: a régit túlnövi az új. Megváltozik az élet, bekövetkezik a csoda, miközben tudatosul bennem, hogy függősége, betegsége bizonyos aspektusait továbbra is hordozza, csak már más képpen. Az étellel körbenöve.”*

Nemrég volt veterántalálkozó a gyógyult betegekkel. Az általános tapasztalat, hogy az tud talpon maradni, aki bármi áron meg akar gyógyulni. Ha nem érdekelte, hogy mit kell ezért tennie, vállalta a fájdalmat és a hihetetlenül sok munkát, az kifizette a gyógyulás árát. Az nagyon változó, hogy a házban nyert hit hogyan alakul az egyén életében. Akinél már a bent elsajátított szabályok tovább működnek a kinti életben, az jó eséllyel tiszta életet élhet. Képesse kell válni olyan döntéseket meghozni, ami nélkül nincs józanság. A legelső például az, hogy nem maradhat olyan ember, személyiség, mint addig volt. Rá kell ébredniük, hogy létezik olyan kommunikációs minta, amivel működtethetők a kapcsolatok. Sok esetben nehéz eldönteni, hogy mik a jó döntések a családi kapcsolatok folytatásának tekintetében, de a fő kérdés mindig az, mi kell ahhoz, hogy az illető józan tudjon maradni. Néha elég, ha a korábbi kapcsolatokban egészséges határokat jelölnek ki, esetleg a kapcsolattartás intenzitásán változtatnak. Az intézetben sosem javasolnak konkrét megoldásokat. Alternatívákat vázolnak inkább fel

2 A vallási nevelés hatásairól eredményeiről bővebben (Tihanyi, 2019).

nekik, és felkínálják a választás lehetőségét. A lelkiismereti kérdések ott szoktak oldódni, mikor a korábbi függő ráébred a saját értékességére. Mikor rájön, hogy a senkiből valaki lett. Arra, hogy céllal van itt a földön. Arra is, hogy mire képes és mire nem a realitások talaján. Ez általában jelentősen eltér a magukkal hozott, sok esetben torz önképtől. Aki ad magának időt és tud döntést hozni, rögtön másképpen lát rá a családi kapcsolataira. Ha nem adja meg a kliens magának az időt, lelkiismereti okokból visszamegy oda, ahonnan jön, akkor ennek a vége – az esetek jelentős részében – az újabb szerfogyasztás. A veterán találkozó tapasztalata, hogy érzékelhetően nő azoknak a száma, akik megtértek, Istent választották, beépültek a saját gyülekezetükbe, és Istennel kezdtek egy új életet. Velük szemben sok olyan egykori szenvedélybeteg van, akik bár absztinensek, de nem boldogok az új életükben. Akik megtértek, azok másképpen küzdenek meg ugyanazokkal a gondokkal. Többen elmondták, hogy ők majdnem meghaltak, mielőtt az intézetbe jöttek, ott segítségül hívták Istent, és egyszer csak minden megváltozott. Ezeknek a visszajelzéseknek a segítők nagyon örülnek.

Csizovszki Sándor a 2016-ban megvédett szakdolgozatában számol be egy kutatásról, mely „A centrumba vezető meditációs ima” módszerének vizsgálata volt. Kutatásában azt vizsgálták, hogy ennek a spirituális módszernek a gyakorlati alkalmazása milyen hatással van a szerfüggő személyek felépülési folyamatában. A vizsgálatok eredményei minden kísérleti programban résztvevőnél a spiritualitás mélyülését jelezték. A kutatási eredmények szerint a meditáció hosszútávon is növeli az egyén lelki stabilitását, a tartós józanság fenntartásának egyik stabil eszköze lehet. A kutatás bizonyítja, hogy a módszer gyakorlásának hatására közösséget szolgáló aktivitások figyelhetők meg minden vizsgált személynél. A középpontba vezető meditációs ima rendszeres gyakorlásának hatására közösséget szolgáló aktivitások figyelhetők meg. A mérések, de leginkább a mélyinterjúk alátámasztották, hogy az Istennek/Felsőbb Erőnek való önátadás következménye a lelki béke, a személyiség (jellem és viselkedés) megváltozása (Csizovszki, 2019).

Tervek a jövőre vonatkozóan

Az intézmény vezetése a jövőben tervezi utógondozó-félutas ház kialakítását, hogy a rehabilitációt követő legnehezebb időszakon átsegítsék a kezelteteket. Komplexebb segítségnyújtást terveznek a függő családjának, ami az egész családi rendszer segítését célozza, nemcsak a kliensét. Az intézet jelentős potenciállal rendelkezik, remélhetőleg a COVID-19 járvány elvonulása után újra teljes házzal üzemelhetnek majd.

Befejezés

Elmondható, hogy hazánkban többszintű ellátás kínálkozik a drog- és alkohol-problémákkal küzdők számára. Kórház, nappali-, közösségi szenvedélybeteg ellátás, rehabilitáció, félutas ház. Ezekben komoly potenciál van, de a csekély anyagi finanszírozás komoly akadályt jelent. Emiatt a rendszer a lehetőségei alatt teljesít. A keresletcsökkentésé a jövő, a hatékonyabb prevencióra nagy hangsúlyt fektető beavatkozásoké. Ezt a társadalom minden szintjén, minden korosztályban el kellene kezdeni. Sajnos egyelőre megelégszünk a látszatmegoldásokkal, a végeérhetetlen „drogprevenciós előadásokkal”, aminek során boldog-boldogtan járja az iskolákat különböző minőségű előadásokkal, a szülők és a tanári kar legnagyobb örömeire. Ez minden felelős részt vevőt a jóleső érzéssel tölt el, hogy tett valamit az ügy érdekében. Ezekről az információátadáson alapuló módszerekről elmondható, hogy hatástalanok. A magyar rendőrség által folytatott DADA³ program alapját képező DARE⁴ program (USA) kapcsán utánkövetéses vizsgálatokat végeztek. Arra voltak kíváncsiak, hogy 15 évvel az iskola elhagyása után milyen problémáktól szenvednek az egykori diákok. A program témáinak megfelelően vizsgálták a dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat, HIV-fertőzés számait. A kutatás tapasztalata az volt, hogy nincs különbség azok között, akik éveken át részt vettek a DARE programban és azok között, akik nem (Rácz, 2007). Szemléletformáló, érzékenyítő, ismeretterjesztő, személyiségfejlesztő, önismeretfejlesztő programokra lenne szükség, amiket elérhetővé kell tenni több szinten, óvodában, iskolában, munkahelyen stb. Ha a kliens akkor jut a segítséghez, amikor már elveszítette kontrollját a szerfogyasztása fölött, a személyisége jelentősen károsodott, akkor a helyzet alig visszafordítható vagy visszafordíthatatlan. A Hajnalcsillag és a hasonló intézmények ezekért az emberekért küzdenek a legmodernebb módszerek és a hit erejével.

3 Az Országos Rendőr-Főkapitányság dohányzás, alkohol, drog, AIDS megelőzési programja.

4 Drug Abuse Resistance Education program, melyet a Los Angeles Police Department indított el az USA-ban.

Felhasznált irodalom

- Berne, E. (1984). *Emberi játszmák*. Gondolat Kiadó.
- Brogly, S. B., Saia, K. E., Werler, M. M., Regan, E. & Hernández-Díaz, S. (2018). Prenatal treatment and outcomes of women with opioid use disorder. *Obstet Gynecol*, 132(4), 916-922. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002881>
- Csizovszki S. (2019). Egy spirituális módszer rehabilitációs programba illesztésének tapasztalatai. In Felvinczi, K. & Eisinger, A. (Szerk.), *A Magyar Addiktológiai Társaság XII. Országos Kongresszusa* (pp. 8-10). Magyar Addiktológiai Társaság.
- Erdős Á. (2018). A gyermekek drogfogyasztásának változásai – a Gyermekjogi Egyezmény végrehajtásáról szóló civil jelentés tükrében. *Fundamentum*, 22(1), 87-98.
- Erdős Á. (2019). Tényszerűen az addikciók hátteréről: Kritikai tanulmány. *Belügyi Szemle*, 67(7-8), 51-78. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2019.7-8.4>
- Hüse L., Szoboszlai K. & Fábíán G. (2017). A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatás. In Fábíán G., Szoboszlai K. & Hüse L. (Szerk.), *A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere* (pp. 7-15). Periféria Egyesület.
- Kaló Zs., Hegedűs J., Bihari Zs. & Szécsi J. (2019). A gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználati tapasztalatai és kezelésbe kerülésük jellemzői egy kvalitatív kutatás tükrében. *Esély: Társadalom és Szociálpolitikai Folyóirat*, 30(1), 67-90.
- Kaló Zs. (2020). *Bevezetés a szerhasználó nők világába*. L'Harmattan Kiadó.
- Mátyás Sz. (2019). *A kábítószer-bűnözés elleni küzdelem, mint drogstratégiai kihívás a magyar bűnüldözésben*. Nemzeti Közszolgálati Egyetem.
- Molnár D. (2012). A Portage-Modell. *Szociális Szemle*, 5(1), 88-97.
- Rácz J., Csák R., Márványkövi F., Honti Z., Kovács A. & Kassai Sz. (2017). *Szerhasználati mintázatok vidéki szegregátumokban – egy pilot study tapasztalatai*. In Felvinczi K. & Eisinger A. (Szerk.), *A Magyar Addiktológiai Társaság XI. Országos Kongresszusa: előadáskivonatok: Siófok, 2017. november 30-december 2.* (p. 45). Addiktológiai Társaság.
- Rácz J. (2016). A droghasználat megelőzése - prevenciós modellek és programok. In Demetrovics Zs. (Szerk.), *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 417-447). ELTE Eötvös Kiadó.
- Szécsi J. & Sik D. (2016). Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban. *Esély: Társadalom és Szociálpolitikai Folyóirat* 27(2), 115-131.
- Szécsi J. (2017). Designer drog a marginalizálódott emberek körében - kutatások és tapasztalatok. In Felvinczi K. & Eisinger A. (Szerk.), *A Magyar Addiktológiai Társaság XI. Országos Kongresszusa: előadáskivonatok: Siófok, 2017. november 30-december 2.* (pp. 49-50). Magyar Addiktológiai Társaság.
- Szécsi J., Lannert J., Németh Sz., Cziboly Á. & Vince D. (2017). Droghasználat a peremhelyzetben élő általános iskolás gyerekek körében. In Felvinczi K. & Eisinger A. (Szerk.), *A Magyar Addiktológiai Társaság XI. Országos Kongresszusa: előadáskivonatok: Siófok, 2017. november 30-december 2.* (pp. 52-53). Magyar Addiktológiai Társaság.

Tihanyi M. (2019). *Bűn-Hit-Szabadulás A vallás szerepe a büntetés-végrehajtásban*. Nemzeti Közzolgálati Egyetem.

A cikkben található online hivatkozások

URL1: *Miért hagyjuk magukra a szenvedélybeteg nőket?* https://hvg.hu/brandchannel/20190102_MirhagyjukmagukraaszenvedlybetegnketInterjKalZsuzsvalsSzcsiJudittal

URL2: *Azért kezdtem el inni, mert inni akartam.* https://index.hu/nagykep/2013/06/11/azert_kezdtam_el_inni_mert_inni_akartam/?fbclid=IwAR3SNSWsyDqGYHL-ZUo_rGm_gHiv-rehENfeDI3hO_rBcXe1ZHbDiRlidi90

URL3: *A sokszínű vallás.* <https://mediaklikk.hu/musor/asokszinuvallas>

URL4: *The Portage Therapeutic Community.* <http://www.portage.ca/therapeuticcommunity-substance-abuse>

A cikk APA szabály szerinti hivatkozása

Sivadó M. (2021). Női alkohol- és drogrehabilitáció a Hajnalsillagban COVID-19 idején. *Belügyi Szemle*, 69(S13), 74-95. <https://doi.org/10.38146/BSZ.SPEC.2021.3.5>