

SZENTESI PÉTER

Szenvedélybetegség és az önmagunkról való gondoskodás

A szenvedélybetegség alaptípusa – hallgatólagos elfogadottsággal – a mi kultúránkban az alkoholizmus. A kémiai függőségek közé tartozik, mint a nikotin-, drog-, gyógyszerfüggés. Léteznek azután a magatartásfüggőségek, amelyek száma egyre nagyobb, és ezek között is vannak a kultúránkra jellemzőbbek. Visszatekintve az elmúlt évszázadra ilyen a társ-, munka- és hatalomfüggés, de az elmúlt évtizedekben a játék, szexaddikció, vásárlási kényszer, veszélysportok, internetfüggés és sok minden sorolható a kényszeres cselekvési renddel átszótt időtöltések közé.

Az öngondoskodás hiánya

Aki függőségi tünettől megszabadul, még nem szabadult meg magától a függőségtől. A függőség, vagyis valakitől vagy valamitől függeni persze mindannyiunk életében jelen van, a betegségekre jellemző személyiségi eltérések együttese azonban sajátos helyzetet eredményez. Mindannyiunk számára fontos az élethelyzeteinknek és kapcsolatainknak megfelelő viselkedésünk, döntéseink, sőt érzéseink és vágyaink feletti kontroll gyakorlása. E kontrollnak *öngondoskodást*, önállóságot, realitásvizsgálatot, ítélőképességet, jelzőszorongást kell tartalmaznia; képességet ok-okozati összefüggések, tanulságok, tapasztalatok levonására, tehát mindazt a teljesítményünket, amelyek a túléléshez szükségesek. Az öngondoskodás képessége a tápláláson, szülői gondoskodáson, segítesen és a korai életkortól a szülők általi védő szerepek biztosításán keresztül alakul ki, így következésképp a szülő-gyerek interakciók eredménye. Az öngondoskodással egyensúlyban jelen van a másokkal való törődés, oda-

adás, szeretet érzése is. Mivel a szenvedélybetegeknél hiányoznak ezek az internalizációk, illetve azok egyensúlya, az addikt személyiségek képtelenek önmagukkal megfelelően törődni. Önértékelésük, önmagukba vetett hitük csorbát szenved: kérdéssé válik, mennyire képesek megszeretni saját magukat és teljesítményeiket. Felvethető, hogy a később valamilyen szenvedélyhez kötődő embernek már eleve nincs meg a józansága; a józanság képességét és lehetőségét a szüleitől, családjától, környezetétől talán már meg sem kapja. Mindez meghatározó kapcsolatainak szabályozásában is.

Az öngondoskodás hiányát egy beteg esetén keresztül próbálom bemutatni. A beteget évekkel ezelőtt a Névtelen Alkoholisták 12 lépéses józanodási módszerét terápiás eljárásaiba beépítő, Minnesota Modell rendszerében működő intézményünkben, a Félút Centrumban kezeltük.

K., 38 éves férfi alkoholbeteg kérte kezelését ambulanciánkon. Interjúját azzal a kijelentéssel indítja, hogy ő csak azért iszik, mert rendre csalódások érik, a csalódások kiszolgáltatottá teszik, ezzel az érzéssel nem tud mit kezdeni, és alkoholhoz nyúl. Kísérője, és az elmúlt években barátnője, Ági elmondja: ez kívülről úgy néz ki, hogy most már minden csalódás K. számára, aki nem tud leállni az italozással. Heteken át tartó alkoholizálásai életveszélyes állapothoz vezettek. Barátját a kisváros összes kocsmájában ismerik, ő változatlanul szereti, noha szakítottak, de amikor K. esténként telefonál neki, hogy „gyere és vigyél haza”, ő megy, felszedi az aktuális ivóhelyről, és hazaviszi saját magához, olykor a szüleihez.

Pár hónappal ezelőtt történt, hogy érkezett a szokásos telefon, és ő ment is segíteni volt barátján. Így tanúja volt annak, ahogy a kocsmából kijövet merev részegen elvágódott és a járdaszélbe beütve fejét, eszméletét veszítette. Traumatológiai ellátása során többszörös agyi zúzódást diagnosztizáltak. K., ha az alkoholos mérgezettség engedné is, nem emlékszik semmire, az agyzúzódás következtében fellépő vissza- és előreható emlékezetkiesés gondoskodott róla, hogy barátnője elmondásából ismerje csak meg a vele történt eseményeket.

A történet íve – érzelmileg és az emléktanyag jelentősége szerint – ennél a balesetnél ér el egy „csúcspontot”: felvezető szakasz, majd fokozatosan feldúsulnak a szüzsé cselekvést, történést jelentő állítmányi elemei (Propp, Ehmann), majd a sűrítést követően egy hihetetlenül felgyorsuló, meredeken lecsengő szakasszal záródik. A közős átélés a hangolódás nyomán az esemény jelentőségteljességét hozza egy nyomasztó megsemmisülésérzés formájában. A leírás ezt az érzést csak részben képes visszaadni.

Az interjú interszjektív hármastereben megjelenő emléktanyag sűrítettsége az esetmegbeszélő csoportban erős hangolódást indít be. Ez egy képi fantázia megjelenését jelenti, ahogy a beteg elvágódik ittas állapotban, s az automatikus ütődésvédő reflexmozdulatok hiányában a feje ostorvéggként csapódik a járdaszélbe. Mindez barátnőjének a megérkezésekor, tehát jelenlétében, úgy időzítve, hogy nem tudja időben elkapni. A képi fantáziatörténet cselekmé-

nye, annak íve őrzí a beteg és a vele súlyos kodependens viszonyban élő barátnője által hozott cselekmény aktivációs kontúrját. A közlés kettéválik és az emlék explicit, verbális, azaz tartalmi része mellett átélhető egy procedurális, azaz implicit emlékeanyag (Pető, Nádasy, Racsmány), a történés dramatikus része. Így kínál a beteg közös átélésre egy vitalitás-affektust (Stern). A vitalitás-affektus (egy történés, cselekvés, mozdulat aktivációs kontúrjával, lendületével, ívével, erejével átélhető érzés, amely nagyon korán kialakul a babáknál) a betegé, aki amnéziás a trauma miatt az emlékeanyag verbálisan felidézhető tartalmára.

A team ezt követően a beteg vitalitás-affektusát képviselő képi fantáziaanyag birtokában keresni kezdi azt a képi anyagot, amely aktivációs kontúrjában hasonlít a beteg által hozotthoz. A beszélgetés az önismereti vagy képzőcsoportokból közismert bizalomgyakorlatra terelődik, amikor valaki, tudva, hogy az őt körülállók el fogják kapni, merev testtel engedi dőlni és zuhanni magát, anélkül, hogy karjait, testét használná az ütődés tompítására, vagyis legátolva az egyensúlyi és testtartási, valamint a védekező reflexmozdulatokat. Az esetmegbeszélőn jelenlévők nagy része ezt átélte, saját élményből tudja, hogy kinek milyen nehezen, talán félelemmel, jelző szorongással járt rábízni magát másokra; milyen teljesítményt igényelt a természetes reflexmozgások kikapcsolása és legyőzése. Megjelennek a konkrét élmények, zuhanások, amikor a körülállók nem voltak elég ügyesek, vagy amikor a dőlő mégsem volt képes legyőzni a védekező mozdulatokat. Arról beszélgetünk, mennyire és miből lehet látni, hogy milyen biztonság mellett lehet dőlni, a próbát vállalónak milyen gesztusai válthatják ki a körülállókban a szorosabban vagy lazábban zárt kört, illetve hogy a dőlés irányába a legerősebb csoporttag, avagy a leggyengébb áll.

Az öngondoskodás természetes módon jelen van a csoportban, szemben K.-val, aki az ital elfogyasztásával elemi szinten és életveszélyes módon kikapcsolta ezt a készségét. Ilyenkor K. implicit emlékezeti és reagálási módszere a három hónapnál fiatalabb csecsemőkre jellemző.

Ez azonban egyrészt csak abban az esetben igaz, ha K. merev részegre issza magát, vagyis segítségül hívja az alkoholt a vegetatív, az idegrendszeri és lelki működésének átállítására. Másrészt K., aki megjelenésre magas, arányos alkatú, jó izomzatú fiatal ember, *egyre ritkább szeszmentes állapotai során* egy biztonságos implicit tudással és emlékeanyaggal rendelkezik, foglalkozása kőművesként olykor magas állványokon végzendő munkához köti őt. Láthatóan, az egész karakteréből sugárzó, tudattalan omnipotenciájának is megfelelően testi szelfje bizonyos irányokban (térbeli tájékozódás) kimagaslóan képes teljesíteni. Tartási és védőreflexei kitűnően működnek.

A kapcsolati helyzet és az öngondoskodás

A fenti esetrészlet jól mutatja a társfüggőségi kapcsolatot K. és a volt barátnője között. Ági folyamatos készenlétével a megmentő szerepben él, bár azért szakított K.-val, mert kapcsolatukat kilátástalannak tartja annak italozása miatt. Ugyanakkor képtelen tovább építeni az életét valaki más mellett, gondoskodni saját kapcsolati, családi jövőjéről. A társfüggőség tipikus képét mutatja, amelyet – K. kezeléséhez tartozó hozzátartozói program résztvevőjeként – a terápiás beszélgetések során egyre mélyebben belátott. Mégsem az ő esetét részletezem a kapcsolat és az öngondoskodás összefüggéseinek bemutatására.

A nyolcvanas évek elején, amikor Magyarországon még nem alakult meg a Névtelen Alkoholisták önszolgálati mozgalma, egy olyan pszichiátriai és addiktológiai osztályon dolgoztam, ahol önkéntes és kényszer-alkohollevonó kezeléseket is végeztünk. Egy alkalommal megkeresett egy harmincas éveinek elején tartó mérnök, és elmondta, rájött, túrhetetlenül iszik, ebbe ő tönkre fog menni, és érzi, hogy családját is tönkreteszi. Apja is italozott, felesége rokonságában is van alkoholbeteg, tehát tudják, hogyan rombolja a családi életet a szesz. Az osztályos kezelés során rövid csoport- és egyéni pszichoterápiás kezelést követően szilárd absztinencia-motivációt alakított ki, ezt a továbbiakra megfelelőnek tartotta, és kezelésre nem járt vissza. Felesége az egész kezelést férje dolgának tekintette, beteglátogatóként jelent meg csupán az osztályon. A következő karácsonykor hálás telefonja tudósított arról, hogy férje absztinens, boldogok – mindez még két karácsony előtt megismétlődött.

12 évvel később, a kilencvenes években jelentkezett újra a férfi, aki beszélgetésünk során elmondta, hogy azóta is szeszmentes életet él, de most a 19 éves lányának kér segítséget, aki válságban van, drogozni kezdett, romlik a tanulmányi eredménye, úgy tűnik, kiegyensúlyozott, komoly érzelmi kapcsolatokat sem képes kialakítani.

A lány a család kisebbik gyermeke. Erősen kötődött apjához, csodálta, gondjait, érzéseit inkább vele osztotta meg, és most, amikor szorongásai, lehangoltságai miatt ő is érezte, hogy erre nem a marihuánás cigaretta a megfelelő válasz, a segítségét kérte. A szenvedélybeteg családokban rendszeres a függőségi irány generációs váltása, azaz a visszaélés módszere a kor kínálata szerint aktualizálódik. Elmondásából az is kiderült, hogy 7 éves volt, amikor apja leállt az alkoholizálással, és pontosan erre az időszakra esett egy súlyos traumája, amiről azóta sem mert beszélni a szüleivel. Mandulaműtetre be kellett feküdnie egy gégyészeti osztályra, és ott a műtétet követő egyik éjjel a fiatal ügyeletes orvos bement hozzá a kórterembe és szexuális tárgyként kezelve fogdosta, tapogatta, simogatta. Ez egy időben zajlott apja kórházi kezelésével. Amikor anyja később, lánya felnőtt korában megtudta, mi történt, meglepődött, hogy ő semmit sem vett észre. Telefonjai alapján is mondható, hogy felhőtlen hálával volt tele férje változása miatt.

Elemelhetőek volnának a történések a pszichoanalitikus tárgykapcsolati iskola kínálja fogalmak és folyamatok szerint. Így például

a lány lelkében az apa képe hogy hasad jó és rossz félre, különösen, hogy mire a kórházból mindkettőjük hazaért, az apa jó irányban megváltozott. Továbbá a gégeész orvos személye miképp testesítheti meg a rossz apát, akit el is vettett. S lehetne folytatni rendszerszemléleti elemzéssel: a családi rendszer az apa tünetezésének megszűnte után a lányt jelölte ki erre. Mégis inkább arra terelném a figyelmünket, hogy az anya szorongása és kontrollkényszere az alkoholbeteg családban mennyire elvette a figyelmét a lányáról. Nem tudott elégségesen gondoskodni róla, észre sem vette a gyerek változását, mert a férjével volt elfoglalva, aki korábban részegen hazatérve magával a mérgezett állapotával már kontrollhelyzetet hozott létre a család felett, hiszen durva, érzéketlen viselkedése határozta meg az aznapi estét, a feleséget védekezésbe vagy fordítva, veszekedő támadásba kényszerítve, a gyerekeket pedig önmagukba és félelmükbe való menekülésre. Egyszerre valósult meg az aktív és passzív, elhanyagolósos gyerekbántalmazás.

A lány viszonylag rövid pszichoterápiás segítség után abbahagyta a fűvezést, leérettégzett, úgy érezte, megkönnyebbült, s a kezelést is abbahagyta.

Az öngondoskodás társadalmi környezete

Azért választottam egy évtizedekkel ezelőtti és évtizedeket átívelő történetet, hogy az egyúttal visszavezessen a múltba. Célom, hogy az alkoholizmus ismert tárgytörténeti felszíne mögé lássak, és ezáltal megpróbáljam lehetőség szerint felhívni a figyelmet olyan mélyebb társadalmi, kulturális összefüggésekre, amelyek életünkre az elmúlt évszázadban többé-kevésbé meghatározók voltak, s kultúránk szerves részeként jelenleg is hatnak ránk.

„A szenvedélybeteg problémája saját hatalma elvesztésének problémája. Szocializációja során azt a tapasztalatot sajátította el, hogy a biztonság főként a hatalomból, pontosabban a hagyományos férfiszereppel kapcsolatos, racionális kontrollra törekvő, erőszakos hatalomból meríthető. Így a hatalom elvesztése nemcsak a tehetetlenséget és szegényt, de a biztonság elvesztését, a teljes bizonytalanságot, a halált jelenti számára.” (Kelemen)

Az öngondoskodás képességét nem kapta meg, így az öntörvényűség makacsságával helyettesíti, amelynek kemény védősánca önmaga és mások felé a betegség tagadása. Ebben a dinamikában az öngondoskodás és a másikról való gondoskodás egyensúlyáról szó sem lehet.

Az öngondoskodás sikeres szocializációjához az egyén szabadságán kívül olyan kapcsolati, társadalmi feltételek biztosítása szükséges, amellyel a gondoskodás mindenki életében kezdetektől megvalósulhat. Mindehhez a tágabb környezetben az öngondoskodást célul kitűző szervezetek gazdag világának kell létrejönnie (legyenek azok politikai, gazdasági, vallási, etnikai, szakmai és egyéb, bizonyos körben, az egyén által szabadon választott, közvetlen öngondosko-

dást gyakorló szervezetek). Csak ezekre épülhet olyan társadalom, amelyben nem érvényesülhet a sajnos mélyen gyökerező, a kisebbségeket – legyenek azok bármilyen jellegűek – az állam túlhatalma révén akár törvénnyel megerősített kiszolgáltatott helyzetbe hozó évszázados gyakorlat.

Az egyik első ilyen önszervező mozgalom a rendszerváltást megelőzően Magyarországon is létrejött Névtelen Alkoholisták szervezete (AA) volt. 12 lépéses metodikájával azóta is az öngondoskodás felépítésére, a józan élet kialakítására segíti a mozgalomban részt vevő alkoholbetegeket.

Irodalom

- Ehmann B.: *A szöveg mélyén. A pszichológiai tartalomelemzés*, Új Mandátum, Budapest, 2002.
- Kelemen G.: *Az addikciók széles spektruma*, Országos Alkohológiai Intézet, Budapest, 1994.
- Nádasdy Z. – Fiser J.: A tanulás biológiai és mesterséges neurális hálói, in Pléh Csaba – Kovács Gyula – Gulyás Balázs (szerk.): *Kognitív idegtudomány*, Osiris, Budapest, 2003.
- Pető K.: Az implicit kapcsolati tudás. Újabb szempontok a pszichoterápia hatásmechanizmusának megértéséhez, *Psychiatria Hungarica* 18. 2003/4.
- Propp, V. J.: *A mese morfológiája*, Osiris–Századvég, Budapest, 1995.
- Racsmány M.: Az emlékezet kognitív neuropszichológiája, in Pléh Csaba – Kovács Gyula – Gulyás Balázs (szerk.): *Kognitív idegtudomány*, Osiris, Budapest, 2003.
- Stern, D. N.: *A csecsemő személyközi világa a pszichoanalízis és a fejlődéslélektan tükrében*, Animula, Budapest, 2001.