

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Pedagógiai és Pszichológiai Kar
Klinikai-és Egészségpszichológia szakirány

Felépüléstörténetek narratív elemzése
A gyógyulás élményének megjelenése
szerhasználók és krónikus betegek élettörténeteiben

Mezőfi Virág

Témavezető:
Prof. Dr. Rác József
tanszékvezető tanár

2015

Tartalomjegyzék

ELŐSZÓ	1
ELMÉLETI BEVEZETÉS	1
I. A narratívum szerepe a pszichológiában	1
1. A narratív pszichológia	1
2. A narratív identitás kialakulása	2
3. A narratív identitás fejlődése	3
4. Az élettörténeti narratívák vizsgálata	4
5. Narratív rekonstrukció és felépüléstörténetek	6
II. A függőség narratívája	7
1. Függőség és felépülés	7
2. A „józan” identitás felépítése	10
III. A krónikus betegség narratívája	11
1. A krónikus betegség	11
2. A krónikus betegek történetei	12
IV. Az addikció és a krónikus betegségek kapcsolata	14
1. A függőség mint betegség	14
KUTATÓI KÉRDÉSEK	15
MÓDSZER	15
1. A vizsgálat menete	15
2. Vizsgálati személyek	16
3. Mérőeszközök	17
4. Az adatelemzés folyamata	17
EREDMÉNYEK	18
Mik a függőségből és krónikus betegségből felépülők narratív sajátosságai?	18
Milyen erőforrásokról számolnak be a felépülő függők és krónikus betegek?	24
Miben hasonlít és miben különbözik a beteg-identitás krónikus betegek és függők esetében?	30
DISZKUSSZIÓ	32
Szerkezeti sajátosságok	32
A függő csoport szerkezeti sajátosságai	32
A mentális betegség narratívájának szerkezeti sajátosságai	33
A krónikus betegség szerkezeti sajátosságai	33
Erőforrások	33

A betegségek sajátos narratívája	34
Az eredmények összevetése a szakirodalommal.....	35
KITEKINTÉS, LIMITÁCIÓK	37
IRODALOMJEGYZÉK	38

Táblázatok

1.Táblázat: A krónikus beteg csoport néhány jellemzője.....	16
2.Táblázat: A krónikus beteg csoport néhány jellemzője	17

ELŐSZÓ

A problémás szerhasználat és a krónikus betegségek az érintettek és az egészségügy számára is jelentős és megújuló terhet jelentenek. Hazánkban a problémás drogfogyasztás éves költsége a kezelés, prevenció és a büntetőjogi eljárások összevonásával 2007-ben megközelítőleg 22 milliárd forintot tett ki (Felvinczi, 2009), a krónikus betegségek száma pedig 2005 óta meghaladja az akut esetekét (HOPE Survey, 2010). Eppen ezért az addiktológiai betegeknél a visszaesés („kiitta magát a beteg”), krónikus betegeknél pedig a terápiával való együtt nem működés (non-compliance, pl. a cukorbeteg étrend be nem tartása) gyakran kutatott téma, kevés a szakirodalmi háttér azonban a sikeres felépülés folyamatáról.

A felépülési narratíva témáját elsősorban a 12 lépéses módszerek, az Alcoholics Anonymous (AA) illetve a Narcotics Anonymous (NA) csoportok résztvevőivel kapcsolatban kezdték el vizsgálni. Ezek a kutatások az élettörténeti interjú módszerét használták fel, melyből a narratív pszichológia felfogása szerint következtethetünk a mesélő belső élményvilágára. Kevesebb példát találni krónikus beteg felépüléstörténetekre, hazánkban jelenlegi tudomásom szerint még nem folytattak ilyen jellegű kutatást.

Jelen szakdolgozati munkám célja feltárni, hogyan változtatja meg az egész életen át tartó felépülés az egyén identitását, emellett a két, társadalmilag különböző csoport összehasonlításával célozom a „függő” és a „beteg” narratívák jobb megértése. Az én-rekonstrukció folyamatán keresztül lehetőségessé válik megismerni a sikeres felépülés mozgatórugóit és az élettörténetek fontosságát a terápiás munka során

ELMÉLETI BEVEZETÉS

I. A narratívum szerepe a pszichológiában

1. A narratív pszichológia

A történetmesélés egyetemes emberi képességünk és egyben igényünk. A narratív pszichológia azt a kutatási nézőpontot képviseli, mely szerint az emberek az életük eseményeiben a történetmesélés segítségével teremtenek értelmet. Bár a szakirodalomban már a huszadik század elején megjelentek az alapvető elképzelései, a terület az 1980-as évektől vált különálló ággá a pszichológia világában, főleg Sabine és Bruner írásaiból kiindulva. Bruner az uralkodó empiricista és racionalista hangsúlyú kutatásokkal szemben kiemelte a kulturálisan átörökített tudás fontosságát. Szerinte a valóság konstruálásában elkülönül a „paradigmatikus” és a „narratív” gondolkodásmód. Javaslatra, Vigotszkij nyomán, hogy az addig túlsúlyban lévő mérhető, logikus tudás helyett a hangsúly kerüljön át a szociális kapcsolataink leképezésére (Bruner, 1991) – tehát vizsgáljuk a „kis tudós” emberkép helyett a „kis történetmesélőét”. Ezt arra alapozza, hogy a valóságot nem objektíven, hanem saját nyelvünk, kultúránk, környezetünk szűrőjén keresztül észleljük. A narratív pszichológia azóta saját kutatási területté növelte ki magát, mely napjainkban reneszánszát éli.

2. A narratív identitás kialakulása

A történetmesélés, mint fogalom hosszú utat járt meg a köztudatban: a tündérmesék, szépirodalmi művek után bekerült a pszichoanalitikusok érdeklődésébe az esettanulmányokon és a projektív teszteken keresztül (pl. Tematikus Appercepció Teszt, Murray, 1938), ám a komoly kutatók továbbra is csak kvantitatív méréseket végeztek. Bruner narratív pszichológiai publikációjával egy időben azonban megindult a személyiségpszichológia forradalma is: a fókusz az egyének belső dinamikájára váltott át (pl. Costa és McCrae BIG5 modellje, 1990), így az egyéni történeteket tudományos igényességgel is kutatni kezdték.

Ebben a hullámban kezdett el publikálni Dan McAdams is, aki kutatói munkásságának középpontjába az egyéni élettörténeteket állította. Egyik legjelentősebb hozzájárulása a témához az identitás élettörténet-modellje (1985), mely szerint az identitás maga egy történet, melynek helyszíne, jelenetei, szereplői, cselekménye és témája van. Az elmélet főleg személyiség-és fejlődépszichológiai alapokra épít, többek között Erikson (1963) pszichoszociális fejlődés elméletére és Tomasello (2000) kísérleti eredményeire az intencionalitás fontosságáról az emberi felfogásban. Az identitás jellemzően a késői kamaszkor és a fiatal felnőttkor határán alakul ki amikor az egyén újraalkotja addigi életének különálló eseményeit egy logikus, egybefüggő történetté.

A késői kialakulás okát Habermas és Bluck (2000, idézi: McAdams, 2001) egy elméletében látja, mely szerint ekkorra alakulnak ki azok az agyi struktúrák és a kognitív eszközök, amelyek a koherens történetmesélést lehetővé teszik. Ezek négyféle különböző koherenciát jelentenek, melyek fokozatosan fejlődnek ki: ezek pedig az időbeli, életrajzi, kauzális és tematikus koherencia. Az *időbeli koherenciát* (temporal coherence) 5-10 éves kor körül használják a gyerekek, és inkább egyes életeseményekre korlátozódik. Ezalatt az idő alatt mutatkozik meg először a környezet hatása a narratívában, ahogy megtanulják az élettörténet-mesélést univerzális szabályait: „Megszülettem, aztán elkezdtem óvodába járni...”, ez az *életrajzi koherencia* (biographical coherence). Kamaszkorban, az érvelési képességek kifejlődésével megjelenik a *kauzális koherencia* (causal coherence), amely már képes ok-okozat összefüggéseket teremteni az egyet történések között. Ezzel magyarázhatók lesznek a személyes hitvallások, tulajdonságok, döntések. Végül, az összefüggésekből kirajzolódhat egy nagyobb, átívelő mintázat, érték, vagy alapelv, amely az egész élettörténetre igaz lesz: ez a személyes hitvallás lesz a *tematikus koherencia* (thematic coherence). Az utóbbi kettő a késő kamaszkorra és a fiatal felnőttkorra jellemző: ezért ez az identitás kialakulásának és megszilárdulásának időszak.

Az események értelmes, összefüggő láncolata tehát alapvető fontosságú én-élményünk kiépítésében. Ez a kulcsgondolata Antonovsky (1987, idézi: Eriksson et al, 2007) koherenciaérzék-elméletének is, amely a szalutogenetizis-modell egyik alapköve is. A koherenciaérzék három fő komponensből áll, ezek a.) felfogóképesség (comprehensibility), amely lehetővé teszi az életesemények logikus sorrendjének észlelését, és a jövőbeli események reális előrejelzését b.) a problémákkal való megküzdés képessége és az ehhez szükséges erőforrások birtoklása és c.) értelmesség, amely az élet értelmére, értelemtelni célok találására vonatkozik.

3. A narratív identitás fejlődése

A narratív identitás fogalmának kialakulása tehát párhuzamos az alapjául szolgáló eriksoni elmélettel. Eriksonnal ellentétben McAdams azonban kihangsúlyozza a személyes történetek folyamatos fejlődését: a fiatal felnőttkorban kialakult identitás nincsen kőbe vésve; tovább formálódik a jelentős életesemények hatására. A fiatal felnőttkor kihívása az egyéni értékek megtalálása, ezt oldja fel a tematikus koherencia, a történetek „ez vagyok én” motívuma. A középkor felé közeledve a hangsúly az *imágra* tevődik, amely az én idealizált formája, a személyes történetek „főszereplője”, lényegében a cselekvő én; az élet vége felé pedig megjelenik az élettörténetekben a lezárás, kiteljesedés iránti igény.

A folyamatosan változó narratíva elképzelését támogatják a kognitív pszichológia memóriával kapcsolatos kutatásai is az utóbbi évtizedekben. Bartlett Az emlékezés (1967) című könyve óta ismert és széles körben kutatott terület az emberi emlékezet képlékeny természete. Conway és Pleydell-Pearce (2000, idézi: Csépe, Györi, Ragó, 2007) SMS (self-memory system, én-emlékezeti rendszer) modellje az önéletrajzi emlékezetet egy háromszintű tudásbázisként írja le. Ez a három szint a kiterjedt életperiódusok, az általános események és az eseményspecifikus tudás szintje – az emlékek rögződése ez utóbbiban történik, az előhívásuk pedig felülről lefelé, az általánostól az egyéniig zajlik, mindig egy adott céltól vezérelve. Ezt a felidézést segítik többek között a nyelv és a narratív konvenciók, a történelmesítés közös elemei (Király, 1999; idézi Csépe, Györi, Ragó, 2007). Az autobiografikus emlékezet azonban nem egyenlő az élettörténettel: az élettörténet nem foglalja teljes mértékben magába az életrajzi emlékezet kiterjedt tudásbázisát, viszont vannak olyan elemei, melyek ez utóbbinak nem része, pl. az elképzelt jövőképek, tervek, fantáziák (McAdams, 2001).

Ahogy a fejlődés és a felidézés leírásánál is láttuk, ezek a kognitív folyamatok elválaszthatatlanok a kulturális környezettől: a mesélés mindig társas folyamat, még ha belső párbeszéd formájában zajlik is. A személyes történeteink kulturális meghatározottsága azt is jelenti, hogy azok a társadalmi status quot mutatják: „A történelmet a győztesek írják” – a nemi, etnikai, gazdasági megkülönböztetések is megjelennek a közös történeteinkben, vagy azok hiányában. Erre a felfedezésre jött létre válaszul az „életek narratív kutatása” (Josselson et al, 1993.), egy az elmúlt évtizedekben kialakult társadalomtudományos mozgalom, amely a társadalmilag elnyomott csoportok számára ad lehetőséget a megszólalásra, önálló történetalkotásra. Ezt az álláspontot képviseli Gergen és Gergen (1988) is, amikor így jellemzik az egyéni történeteinket, vagy én-narratívákat: „A narratívák tulajdonképpen szociális konstrukciók, amelyek folyamatosan változnak az interakciók előrehaladtával. Az egyén ebben az esetben nem egy meglévő belső narratívához fordul információért. Az én-narratíva inkább egy nyelvi eszköz amelyet egymással kapcsolatban álló emberek használnak a kapcsolat fenntartására, megerősítésére vagy éppen megakadályozására.” A szerzőpáros emellett megállapítja, hogy léteznek „jó” narratívák, amelyek betartják az íratlan szabályokat, így lehetővé téve hogy koherensnek és logikusnak éljük meg történeteinket a kommunikáció során. Az alábbi komponensek az érthető narratíva részei a nyugati kultúrákban: a.) *egy értékkel rendelkező végpont létrehozása* („Boldogan éltek, míg meg nem haltak”) b.) *a célállapot szempontjából releváns események kiválasztása* (pl. nem szerencsés egy nyertes futballmeccs leírása során az úrutazás jövőjéről értekezni) c.) *az események időrendbe tétele* (amely általában, de nem kizárólagosan lineáris) d.) *okási kapcsolatok létrehozása* valamint e.) *demarkációs jelek* (pl. „Egyszer volt, hol nem volt...”). Ez a szempontrendszer sok helyen összhangban van Habermas és Bluck fent ismertetett kognitív fejlődéselméletével.

A fenomenológiai és a hermeneutikai vizsgálódások keresztmetszetében, a szövegből kitárulkozó élményt vizsgálva fontos megemlíteni Paul Ricoeur nevét. Filozófiai munkásságában találkozunk a szigorú analitikus szemlélet és a szubjektív megértésre való törekvés – a felismerés az idő fogalmának vizsgálatából ered, amit konkrét, mérhető eszközökkel nem lehet meghatározni, csak metaforák és narratíva segítségével. Ricoeur szerint az identitásnak kétféle megjelenése van, ez az „ugyanaság” (*mêmeté*), amely szerint egy személy két eltérő idői pontban ugyanaz a személy marad, és az identitás feltétele a folyamatos újra-azonosítás és az „önmaga-ság” (*ipséité*) amelyet az „Ezt ki tette?” kérdés mutat be a legjobban, az identitás itt a cselekvő ágensek sajátja. Azzal, hogy válaszolunk erre a kérdésre, egyből egy történetet mesélünk el – a mondat alanya, a „valaki” maga a narratív identitás. (Teichert, 2004)

Összegezve, a narratív identitás elmélete egy komplex modell, amely a személyiségfejlődés, a kognitív pszichológia és a kulturális pszichológia eredményein alapszik. Egyéni élettörténetünk függ az aktuális életszakaszunktól és céljainktól, a kultúránktól, ami a felhasznált sémákat szolgáltatja és környezetünktől, akikkel megosztjuk az élményeinket. A gyakorlati implikációi pedig legalább ennyire szerteágazóak: a történetek befolyásolják a politikai, társadalmi, csoportos és egyéni folyamatainkat.

4. Az élettörténeti narratívák vizsgálata

Az elmúlt évtizedben az élettörténetek vizsgálata a személyiségpszichológia egy ígéretes, jövőben kutatandó területéből kiforrott, immár reneszánszát élő kutatási ággá alakult: „a személyes narratíva megérkezett”. (McAdams, 2008). A narratív identitás elméletének ismeretében talán nem meglepő, hogy az élettörténetek elemzése is rendkívül sokrétű. A történetmesélési mód sajátosságai (pl. komplexitás) együtt járnak a BIG 5 változóival (McAdams, 2004), a copinggal és a rezilienciával (Pals, 2006), valamint diagnosztikus (Murray, 1938) és terápiás (White és Epston, 1990) potenciállal is bírnak.

A metanarratíva, vagy master narratíva kifejezés Jean-François Lyotard (1979) nevéhez fűződik. A kifejezés az uralkodó társadalmi történetekre utal (pl. a Felvilágosodás vagy az emancipáció), amelyeket a posztmodern érában szerinte felváltanak a kis, egyéni történetek („petit récits”). A master narratívák olyan gyakori, a status quót tükröző történetvázak, vagy készletek, amelyek mintát nyújtanak egy adott helyzet elmesélésére (pl. átváltozás-történetek, hanyatlás-történetek).

Tartalmuk szerint az élettörténeti interjúk eseményei McAdams nyomán az alábbi kategóriákba sorolhatók (Rácz, 2006; McAdams, 2013):

- **Helyrehozás** (Redemption): a mesélő egy „rossz”/negatív állapotból „jó”/pozitív állapotba vált át (A → B). Ilyen például az áldozat árán történő javulás, a tanulásról, fejlődésről szóló történetek, és a felépüléstörténetek.
- **Kontamináció** (Contamination): a helyrehozás fordítottja, pozitívból negatív állapotba kerülés (B → A). Ide tartoznak a megbetegedésről, kiábrándulásról, kudarcról szóló történetek. A kontamináció során azonban a kezdeti pozitív emlék is „beszennyeződik”, negatívvá válik.

- **Ágencia:** Az ágencia a mesélő önállóságának, cselekvő énjének mutatója. Négy al-kategóriára osztható fel: ezek az a.) Önuralom (self-mastery; a mesélő kontrollt gyakorol énje felett), b.) *státusz/győzelem* (a beszélő magasabb státuszt ér el társai között, valamilyen győzelem révén), c.) *eredményesség/felelősség* (szignifikáns eredmények elérése vagy tudatos felelősségvállalás egy feladattal, munkával vagy céllal kapcsolatban) és d.) *empowerment* (a mesélő fejlődésen megy át, egy nála hatalmasabb erővel/személlyel (gyakran vallásos élmény, vagy mentor, tanító) kialakult kapcsolat eredményeként).
- **Kommunion:** a mesélő intim barátságokat, kapcsolatokat kezdeményez, megjelenik az intimitás, kötődés, elköteleződés. Jellemző témák: a.) szerelem/barátság b.) párbeszéd (kölcsönös és nem célvezérelt), c.) gondoskodás/segítség és d.) egység/közösség-élmény.
- **Feltáró narratív feldolgozás:** a beszélő belső belátásának, önfeltárásának mutatója. Egy kutatás szerint a feltáró narratív feldolgozás nagyobb gyakorisága együtt járhat a coping és az érettség személyiségváltozókkal. (Pals, 2006)
- **Koherensen pozitív feloldás:** a feszültség feloldásának, a lezárásnak és megoldott befejezésnek mutatója a narratívában. A fenti kutatás alapján az énrizilienciával és a stressztűrővel jár együtt ez a narratív mód.
- **Értelemteremtés:** annak a mértéke, hogy a mesélő mennyire keres értelmet a történetekben. Ez terjedhet az események objektív elmesélésétől a mély belátást igénylő tanulságokig.

Egyes konstrukciók együttjárást mutatnak a jólléttel: egy kanadai kamaszokon végzett vizsgálatban például azok a tanulók, akik életük negatív eseményeit pozitívvá tudták formálni az egyéni történeteikben (*meaning-making*), magasabb értéket értek el az általános jól-lét skálán. (Tavernier, Willoughby, 2012). A magyarázatkeresés nem csak belső koherencia iránti igényünket elégíti ki, emellett lényeges egyéni különbségekre is rávilágít, amelyek befolyásolják életünk eseményeit. Adler és munkatársai (2006) egy, kifejezetten az attribúciós stílus vizsgálatra kifejlesztett tartomelemzési módszerrel, a CAVE (Content Analysis of Verbatim Explanations, Szó Szerinti Magyarázatok Tartomelemzése) segítségével vizsgálták egészséges középkorú felnőtteket. A beszámolókat az események okára irányuló attribúciók szempontjából vizsgálták, emellett a fent ismertetett kontaminációs jelenségeket is megvizsgálták. A két konstrukció egymással nem mutatott összefüggést, viszont mindkettő előrejelezte a depresszió és alacsony élettel való elégedettség-skálák magas értékét. Ezek a vizsgálatok a spontán beszédben megjelenő belső kognitív folyamatok jelentőségét igazolják.

A tematikus sajátosságok mellett, László János felosztása alapján fontos kitérnünk más tartalmi elemekre is az elemzés során (László, 2005). Ezek az a.) *szereplői funkciók*, b.) *téri-érzelmi távolságszabályozás* és a c.) *időélmény szerepe*. A *szereplői funkciók* az elmesélt történetek szereplői által végrehajtott cselekedeteket jelentik. A fogalom Propp-tól ered, aki az orosz varázsmesék szereplőinek vizsgálatában fedezte fel a hasonló kategóriába rendezhető szereplőket (pl. hős, adományozó és segítő), ez azonban a nem fikatív narratívákra is ugyanúgy alkalmazható szempont, például Ehmann Bea egy érdekes vizsgálatában (Ehmann és mtsai., 2000, idézi: László, 2005) autoimmun nőbetegek beszámolóiban különített el jellemzően visszatérő szerepköröket. A *téri-érzelmi távolságszabályozás* vonatkozhat a konkrét és a

szimbolikus térre is, érzelmi ill. társadalomból való elszakadásra ugyanúgy, mint fizikai távolodásra-közeledésre. Az *időélmény szerepe* az elbeszélés idői szervezését jelenti. Ez az igeidők és az időhatározók vizsgálatával könnyen elemezhetővé válik. Egy érdekes vizsgálati eredmény erre az aktuális stressz negatív korrelációja a múlt idejű igék használatával, így távolítva a stresszokozó tartalmakat (Pennebaker és mtsai., 1997, idézi: László, 2005). Az idői szervezés elemzése négy szempont alapján történhet, ezek az 1) Az elbeszélte események és az élettörténet kronológiájának viszonya 2) A történet sűrűsége – például az idő megállítása vagy kitágítása 3) A jelen, múlt és jövő megjelenése a szövegben és 4) Az elbeszélés kronológiai mintája – a kilengések az egyenes vonalú idővonalról, időingadozásokhoz köthető jelenségek (László, 2005).

A magyar szakirodalomban is jelentős eredményeket találni a narratív identitás kutatásában. Az eddig ismertett eredmények a tartalomra fókuszáltak, azonban a nyelvtani sajátosságok legalább ennyire informatívak lehetnek. A Lingvisztikai Kategória Modell (Semin és Fiedler, 1988, idézi: László et al. 2013) kidolgozása számos izgalmas paradigmát eredményezett a szociálpszichológia és a lingvisztika határterületén: ilyen például a sztereotípiák terjedése nyelvi kategóriák útján, vagy a felelősség áttolása az outgroup-ra nyelvtani eszközökkel (szenvető szerkezet, határozott vagy határozatlan névelők használata). A tartalmi és nyelvtani sajátosságok mellett informatív a szövegekben megjelenő viszonyrendszer is – ki érez mit, és ki iránt? Az MTA-n belül megalakult Narratív Pszichológiai csoport erre a kérdésre alapozva fogalmazta meg a narratív szociálpszichológia paradigmáját (László et al. 2013). A kutatócsoport a tudományos narratív pszichológia operacionalizálására egy számítógépes elemzőrendszert, a NarrCat-ot dolgozták ki. Ez a technológia lehetővé teszi a pszichológiai konstrukciók kivonását a bevitt szövegekből, ezeket képes számszerűsíteni, arányait megvizsgálni és „hipermodulokat” (pl. az elbeszélés téridői perspektívája) alkotni belőlük. A narratív szociálpszichológiai megközelítést és a NarrCat-ot számos területen használták a gyakorlatban is: például történelmi traumák feldolgozási folyamatának leírására és az úrkutatásban. A számítógépes tartalomelemzés (CAQDAS, Computer Assisted Qualitative Data Analysis) robbanásszerű fejlődése ellenére László János figyelmeztet annak korlátaira is: „Számítanféle narratívum létezik, és a kutató munkája megtalálni a legmegfelelőbb elemzési módszert.”

5. Narratív rekonstrukció és felépüléstörténetek

A narratív konstrukciók tehát lehetővé teszik az egyéni élmények feltárását és elemzését, és összefüggést mutatnak a személyiséggel. Az 1970-es, 80-as években megindult kutatási hullámmal párhuzamosan felmerült egy másik kérdés is: van-e a személyes narratívának gyakorlati relevanciája? Két szociális munkás, Michael White és David Epston a témában szerzett tapasztalataikat írták le a 'Narrative means to therapeutic ends' (1990) c. könyvükben, ezzel megalapozva a narratív terápia módszerét. A narratív terápia a problémák gyökerét az elbeszélések módjában látja. Fő céljai a kliens identitásának különválasztása a.) a problémáik megélésétől (dekonstrukció és externalizáció) b.) lehetőség nyújtása, hogy hozzáférjenek a kívánatos én-élményeikhez, mintegy saját életük írójává válva (re-authoring). A narratív terápia az identitást a történetekhez hasonlóan képlékenynek fogja fel, ezt tükrözi White elhíresült mottója: „Nem az ember a probléma. A probléma a probléma.”

A személyes emlékek újrendezése és újraértelmezése a legtöbb pszichoterápiás módszer alapköve. Egy longitudinális vizsgálat (Adler, 2012) 47 pszichoterápiában résztvevő narratív identitását vizsgálta minden terápiás ülés után. A leírásokat ágenciára és koherenciára kódolva vizsgálták; az eredmények szerint a koherencia nem változott a terápia előrehaladtával, az ágencia azonban egyre többször jelent meg. Az ágencia emelett korábban jelent meg a narratívában, mint ahogy a terápiás javulás megindult volna, ez az eredmény konzisztensen fennállt a különböző egyéni változók kontrollálása után is. Ez utalhat arra, hogy a belső, narratív változás megelőzi a viselkedéses, illetve tüneti javulást.

Élményvilágunk tehát képlékeny, identitásunk és a világot magyarázó történeteink pedig tanulás eredményei. A neurobiológia területén végzett kutatások új perspektívákat nyitottak ennek a tanulási módnak a megértésére. A neuroplaszticitás már ismert fogalom, ma már tudjuk, hogy a neurális kapcsolatok képlékenyek, és tanulás hatására az agyban nem csak funkcionális, hanem strukturális változás is létrejön (Draganski et al, 2004). Ezt az utóbbi évtizedben a pszichoterápia, mint tanulási folyamat vizsgálatára is kiterjesztették, és több kutatás is megerősíti hogy már a rövidtávú pszichoterápiás intervenciók is képesek strukturális változást létrehozni (pl. Roffmann et al., 2014).

Beaudoin és Zimmerman (2011) egy izgalmas esettanulmányában a narratív terápia gyakorlati vonatkozásait köti össze a neurobiológia legújabb eredményeivel. Az erős érzelmi töltet felhasználása, az ismétlés, a fókusz és az érzelmek megnevezése olyan hatékony terápiás eszközök, amelyek a tanulás neurális folyamatainak alapszának. Fontos ezen kívül az a felismerés, hogy az emlékeink minden egyes felidézés alkalmával változnak (Sousa, 1991, idézi: Beaudoin és Zimmerman, 2011): ez lehet a negatív élmény megerősítésének és a korrekatív terápiás élménynek a mechanizmusa is egyaránt.

A narratívum szerepe alapvető az identitás átalakításában. Nem meglepő ez alapján, hogy mindennapjainkban, a médiában és a tudomány területén egyaránt nagy az érdeklődés az átalakulás-történetek iránt. A gyógyító történetek példát mutatnak, inspirálnak, ugyanakkor önmaguk válnak a gyógyulás eszközévé. A továbbiakban a felépüléstörténetek két, széles körben vizsgált csoportját fogom bemutatni: a függők és a krónikus betegek felépüléstörténeteit.

II. A függőség narratívája

1. Függőség és felépülés

A függőség vagy addikció fogalmát definiálni kihívást jelent a különböző tudományterületek számára. Egészségügyi fogalom, amelynek azonban kialakulásában és fennmaradásában egyaránt számos biológiai, pszichológiai és szociális faktor vesz részt. A DSM-V diagnosztikus rendszere a szerrel kapcsolatos és addiktív zavarokat a használt szertől (vagy viselkedéstől) függetlenül, közös kritériumok alapján határozza meg. A 11 szempontból legalább kettőt vagy hármat kell elérnie a vizsgált személynek ahhoz, hogy szenvedélybetegnek minősüljön. Ezek között a szempontok között találjuk a *toleranciát*, az *elvonási tüneteket*, a *túlzott mértékű fogyasztást* és a *használat folytatását* külső konfliktusok vagy egészségügyi problémák ellenére is. Egy, a

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) által kiadott tanulmányban, a korábbi definíciók kritikus értékelése után a következőképpen definiálják az addikciót:

„Egy ismétlődő, erős motiváció egy olyan célirányos viselkedés fenntartására, amely nem a túlélést szolgálja. Ez a motiváció a viselkedés eredményeként alakult ki, és jelentős, nem szándékos veszélyt jelent a cselekvőre vagy környezetére.” (West, 2013)

A függőségek komoly érzelmi és anyagi károkat okoznak egyéni, országos és globális szinten is. Komplexitása miatt a területet számos nézőpontból közelítik meg: jelenleg nincs konszenzus az addikció kialakulásával illetve kezelésével kapcsolatban. Az alábbiakban az öt legismertebb modellt sorolom fel:

- **Morális modell:** A függőség oka erkölcsi gyengeség. Ezen a modellen alapszik például az Anonim Alkoholisták és az Anonim Narkósok 12 lépéses modellje.
- **Tanulási modell:** A függőség oka a hibás tanulás pozitív és negatív megerősítések révén. A terápia célja ezen kondicionálás feloldása.
- **Betegségmodell:** A függőség oka ismeretlen, az addikciók krónikus betegségeként kezelendők, mint pl. a cukorbetegség
- **Öngyógyítási modell:** A szerhasználat oka valamilyen pszichopatológia, vagy kezelhetetlen érzelem enyhítése, orvoslása.
- **Szociális modell:** A függőség oka a társadalmi, környezeti hatásokban, családi problémákban, kortárs hatásokban keresendő. Ezen a modellen alapszik például a hosszú távú, bentfekvős rehabilitációs terápia.

Mit is jelent felépülni egy függőségből? A felépülés orvosi értelemben az egészséges állapothoz való visszatérést jelenti egy trauma vagy betegség után. Az addikciók irodalmában azonban ez a szó különböző szerzőknél különböző jelentéssel bír. Vita tárgya például, hogy a felépülés hosszú fejlődési folyamat-e, vagy egyetlen hirtelen, nem tervezett esemény tartós eredménye (White, 2007). A vonatkozó publikációk elemzése és 10 szükséges kritérium megfogalmazása után White a következő meghatározást javasolja:

„A felépülés az az élmény (folyamat és fenntartott állapot) amelyen keresztül a problémás szerhasználat által érintett egyének, családok és közösségek önként külső és belső erőforrásokat használnak fel a problémás viselkedés megoldására és a kapcsolódó problémák okozta sebek begyógyítására. Emellett aktívan kezelik a fennmaradó sebezhetőségüket ezekre a problémákra (pl. visszaesés) és egészséges, produktív és értelmes életet élnek.” (White, 2007)

Ez a definíció magában foglalja azt, hogy a felépülés mindenkinek a saját élményvilágába épül be, és befolyásolja a nem, az életkor, a kultúra, a vallás és a jelentős életesemények. Emellett megmutatja, hogy a felépülés nem csak a beteget, hanem a környezetét (család, barátok, öngyógyító csoport, egészségügyi intézmények) is érinti, és nem csak a visszaesés megakadályozását hanem a teljes és produktív élet kiépítését tűzi ki célul. Egy alaszakai vizsgálat az alkohozmus kialakulását és a visszaesést megelőző protektív faktorok feltárását tűzte ki célul, narratív élettörténeti elemzés segítségével. A vizsgálatban alkoholizmusból felépültek és alkoholprobléma nélküliek vettek részt. Ez utóbbi csoport két alcsoportra osztható: az egész életen át

absztinens (lifetime abstainers, LAs) és a nem-problémás alkoholfogyasztók (non-problem drinkers, NPs).

A szerzők egy interaktív és több-faktoros protektív modellt dolgoztak ki az eredményeik alapján, melyek az alábbi négy fő befolyásoló tényezőt különböztetik meg:

a.) egyéni, családi és közösségi sajátosságok b.) trauma, valamint az egyén és környezetének reakciója a traumára c.) kísérleti szerhasználat és az egyén társas környezete és d.) egy fordulóponthoz vagy józansággal kapcsolatos döntéshez kötődő reflektív folyamatok. A nem-problémás alkoholfogyasztók számára a reziliencia forrása az önbizalom, én-hatékonyság és önuralom, amely a traumákkal való sikeres megküzdésből ered. Az absztinens csoportra inkább egyfajta csoportos kontroll volt jellemző. A vizsgálat tanulsága, hogy az addikció megelőzését mind egyéni, mind családi és közösségi szinten, a reziliencia megerősítésével lehet elérni, kiemelt hangsúllyal a reflexivitás és a belátást segítő kognitív folyamatok fejlesztésére.

Korábban a függőség feladását érési folyamatként látták („maturing out hypothesis”, Winick, 1962). Egy a '60-as években végzett, ötéves periódust átölelő longitudinális vizsgálat tanulságaként két hipotézist tartott lehetségesnek a szerző: a függők az életük ártértékelésének eredményeként hagyják abba a szerhasználatot, vagy a használat hosszúsága miatt egyszerűen „kinövik” azt. Ez a nézet a felépülést egy passzív érési folyamatként kezeli, ellentétben a mai, tudatos interperszonális munkát feltételező felfogással.

Az addikcióból való felépülés narratívája a betegség narratívákhoz tartozik. (Rácz, 2006) Frank a betegség-történetek három típusát különbözteti meg (Frank, 1995, idézi: Rácz, 2006): a restitúciós, a kereső-felfedező és a káosz-narratívát. A *restitúciós* narratíva a korábbi egészséges állapot visszaállítása egy külső ágens (pl. kezelőorvos) által. A *kereső-felfedező* történetekben a beteg megváltozik a gyógyulás során, többet tud meg magáról, a betegség élmény, emellett itt ő az események aktív cselekvője. A *káosz-narratívából* hiányzik az ok-okozat vagy idői összefüggés, nincsen kontroll, sem gyógyulás. Rácz József (2006) elemzése alapján a magyar populációban megjelenő, drogfüggőségből felépülő történetek Frank kereső-felfedező narratívájába illeszkednek: a felépülő személyek gyakran gazdagodnak, többé válnak a felépülés által, közelebb kerülnek „valódi önmagukhoz”. A felépülés munka, belső harc, amely során az egyén visszanyeri az elvesztett, vagy azelőtt soha nem birtokolt kontrollt az élete fölött.

A felépülési történeteknek fontos szerepe van közösségi szinten is: a szerhasználók és felépülők élettörténetei különbözhetnek a médiában, köztudatban vagy egészségügyi szakemberek között kialakult felfogástól, így az ellen- vagy alternatív narratívának politikai és szociológiai funkcióval bír. Az addikciók vizsgálata főleg az egyénre, és az egyéni felépülésre fókuszál. Ez a nézőpont nem veszi figyelembe azonban a különböző függőségek szociális beágyazódottságát, ami a tudományos kérdések pontatlan megfogalmazásához és alapvetően hibás kezelési tervekhez is vezethet (Hughes, 2007). A gyakorlati tapasztalatra építve Hughes az addikciókat az én cselekvéses megvalósításának, identitás-gyakorlásnak (identity practice, „ezt teszem, hogy önmagam legyek”) tekinti – a szerhasználat az én-élmény része, így ennek a feladása az én feladását is jelenti. Ez elválaszthatatlanul összefonódik a függő környezetével – azzal, hogy mit tesz másokkal, hogy önmaga lehessen („living practice”). Ez jelentheti a társaságot, akikkel iszik, a dílert, akitől a drogokat megszerzi, a módot, ahogy pénzt szerez. Hughes tanulmányában heroinfüggőket vizsgált, de a gyakorlati implikációk, melyeket eredményei felvetnek, más addikciókra is érvényesek. A droghasználat társas jellegéből következik, hogy a felépülést veszélyezteti a még használó ismerősök fizikai jelenléte, a kapcsolat fennmaradása. Mivel az identitás alakulása szociális folyamatok eredménye, erre szintén kihat a környezet: „ha én

változom, neked is változnod kell”. Fontos tehát figyelembe venni az egyéni, társas és társadalmi folyamatok egymásba fonódottságát, amikor addikcióról beszélünk.

A függőség Gibson (2004, idézi: Hughes, 2007) kifejezésével élve „összegabalyodott identitást” (entangled identity) eredményez, ahol az én elválaszthatatlan az addikciótól: az egyén „drogos”, „részes”, stb. szerepben éli meg magát, ami alternatívák hiányában megnehezíti a változást. Ebből logikusan következik, hogy a gyógyulás módja az én „kibogozása”: az én megélésének módjára kell alternatívákat találni, és az élettörténetet újjáépíteni: így lesz a függőből ex-függő.

2. A „józan” identitás felépítése

A témában zajló narratív kutatások egyetértenek abban, hogy az addikcióból sikeresen felépülők újraépítik identitásukat a kollektív történet-minták felhasználásával: a felépülés alapja az én rekonstrukciója (ezt sokan egyenesen újjászületés-élményként írják le). A függőségből való felépülés történeteit jellemzően a helyrehozás (redemption)-történetek közé sorolhatjuk, ahol az elbeszélő a kiinduló negatív állapotot helyrehozta, jóvá tette. Ennek ellentéte a függőség kialakulásának elmesélésére jellemző kontamináció-történet, ahol a kiinduló pozitív állapotból lesz negatív, ám ez a rossz élmény a korábbi jót is „beszennyezi” (Rácz, 2006).

Egy 51 főt vizsgáló tanulmány (Hanninen, Koski-Jannes, 1999) arra volt kíváncsi, milyen történeteket mesélnek a különböző addikciókból felépülők, illetve mit tartanak gyógyulásuk okának, eszközének. A beszámolók közül öt történet-típus emelkedett ki: az AA (Alcoholics Anonymous)-, a személyes növekedés-, a ko-dependencia-történet, a „love story” (amely szerelemre és szeretetre is utalhat), valamint az önuralomról szóló (mastery) történetek. Ezeket a narratív mintákat egyfajta kulturális készletként határozzák meg, amelyből a betegek építkezhetnek élettörténetük átkeretezésekor. A szerzők emellett kitérnek arra, hogy a függőkre jellemző narratíva sokban hasonlít a betegség-narratívákhoz, hiszen mindkettő egész életre kiható változást jelent, átalakul az énkép, és szükségessé válik valamiféle magyarázat találása a történetekre.

Az én-rekonstrukció narratív terápiás alkalmazása ezért népszerű az addikcióval foglalkozó szakemberek körében. Egy alkoholbetegekkel végzett magyar kutatás (Szabó, Gerevich, 2010) egy a narratív pszichológia eredményeire alapozott csoportterápiás módszer hatékonyságát vizsgálta. Két narratív sajátosságra helyezték a hangsúlyt: az egyik a szociális szavak (pl. családi szerepek: apa, anya, munkatárs, stb.) használatának gyakorisága, a másik az alkoholistákra jellemző nyelvi kódok. Ez utóbbiak gyakorlati megvalósítása igen érzékletesen fejezi ki a narratív terápia lényegét: például az „és” helyett „ezért” típusú kötőszavak szorgalmazásával érték el a kauzalitás megjelenését az élményvilágban - a passzív módot felváltja az aktív. A terápia hatékonynak bizonyult a reménytelenség és a problémamegoldás-dimenziók mentén a kontrollcsoportok eredményeivel összehasonlítva – limitációik között említik azonban a súlyos, hosszútávú függőség következményeként csökkent írás-és fogalmazásképeket a betegeknél, ez esetben a narratív terápia nem alkalmazható hatékonyan.

Egy 70 felépülő függővel folytatott, félig strukturált interjúkból álló vizsgálat (McIntosh, McKeganey, 2000) a függők identitás-rekonstrukciójának különböző módjait kutatta. Három ilyen területet különböztettek meg a szerzők, ezek a következők: *a droghasználó életmód újraértelmezése, a szelf-érezet újjáépítése és a függőségük kialakulásának magyarázata*. Megjegyzik ezentúl azt is, hogy a függők és az őket ellátó

egészségügyi személyzet és a kutatók narratívái nagyon hasonlóak egymáshoz. Ez a szerzők szerint nem az élmény egységességére vezethető vissza, hanem azt mutatja meg, hogy a narratíva nem választható el a szociális környezettől, hiszen annak keretein belül jön létre. Fontos figyelembe venni ezt a kölcsönhatást a kutatás során is, hiszen a feltett kérdések, vagy akár már a kutató képzelt elvárásai is alakítják és befolyásolják az elmesélt történeteket.

Az AA-programok résztvevőinek történeteit először Thune (1977, idézi: Hanninen és Koski-Jannes, 1999) vizsgálta, ő állapította meg, hogy a tagok a régebbi résztvevők felépülés-történeteit használják fel a saját élettörténetük megfogalmazására. A 12-lépéses programok résztvevőire (főleg a férfiakra) egy sajátos történetészövés jellemző, amely röviden a következőképp foglalható össze: az első alkohollal kapcsolatos élménnyel kezdődik, majd az egyre nagyobb mértékű ivás súlyos problémákhoz vezet. Felmerül a kijózanodás gondolata a külvilág nyomására (pl. munkahelyi konfliktus, házastárs fenyegetése), ám ez nem valósul meg: a mesélő egyre jobban izolálódik a környezetétől. Ezt követi a mélypont elérése, ahol sem az ivás folytatása, sem a kijózanodás nem tűnik járható útnak: felmerülhet az öngyilkosság gondolata. Ezután a történet főhőse kísérletezni kezd a gyógyulás lehetséges módjaival, amíg rá nem talál az AA közösségre. Az alkoholizmust innentől betegségnek tekintik, amiből fel lehet épülni (hangsúlyozva, hogy a felépülés egész életen át tartó folyamat, „nincs gyógyult függő”). A hangsúly innentől az AA közösségén van, és legtöbbször morális tanulással, valamint hála megfogalmazásával ér véget. Etikái szinten vizsgálva a „rossz” ezekben a történetekben a 'hübrisz', az ivás ami a függő életének középpontjában áll, a „jó” pedig a kapcsolódás másokhoz, a közösség élménye.

Összefoglalva tehát a függőségből való felépülés-történetek elemzése népszerű és sokoldalú kutatási téma. A narratív sajátosságokban megfoghatóvá válik a közösségi terápiás módszerek egyik legerősebb hatóeleme, a újjáépült identitás kialakulása.

III. A krónikus betegség narratívája

1. A krónikus betegség

A WHO definíciója alapján krónikus betegségnek a hosszan tartó, általában lassú progressziójú betegségeket nevezzük, melyek világszerte fő okai a felnőttkori halálozásoknak. Krónikus betegség alatt elsősorban a kardiovaszkuláris megbetegedéseket, daganatos betegségeket, krónikus légzőszervi betegségeket, a diabéteszt, valamint a mentális betegségeket értik. (GYEMSZI, 2013) A krónikus betegségek kiterjedt terhet jelentenek a társadalomra és az egészségügyi ellátásra egyaránt: 2005-ös adatok szerint a halálozások mintegy 60%-át teszik ki, ezentúl közvetetten is okozhatnak halált, vagy súlyos betegségeket: pl. a diabétesz szövődményei közé tartozhat a vakság, rokkantság is. Az egészségügyi költségek mellett a munkaképtelenség is komoly veszteséget jelent gazdasági szempontból. Ezért a krónikus betegségek megelőzése és hatékony kezelése fontos kérdéskör a nemzetközi szervezetek számára.

Az egészségügy nyújtotta szolgáltatások fejlesztése, a politikai intézkedések és az alternatív, mindenki által elérhető kezelési módok (pl. e-health) bevezetése mellett fontos beszélni a megelőzés és kezelés másik oldaláról is: a betegekéről. A krónikus betegséggel való együttélés gyakran teljes életmódváltást igényel, amely a kezeléssel való együtt nem működést (non-compliance, non-adherence) is eredményezhet. Együttműködésnek terápiás értelemben azt nevezzük, hogy mekkora mértékben egyezik

a páciens viselkedése az orvos által javasoltakkal. A terápiával nem együttműködő betegek problémája a terápiás munka számos területén előfordul, a pozitív kimenetelt jelentősen csökkenti, és az egészségügy anyagi forrásait is gyakran pazarolja ez a magatartás. Okai közé sorolják az orvos instrukcióinak félreértését, a rossz orvos-beteg kapcsolatot, a depressziót, (Mumby et al, 2012) és egyes személyiségjellemzőket, mint a fokozott a kockázatvállalás (Jansen et al, 2011). Fontos tehát a krónikus betegséggel élők gondolkodásának, motivációinak megértése a felépülés szempontjából.

A krónikus betegség egész életen át tart, nincsen „gyógyultság” mint végcél, csak a tünetekből való felépülés. Ez a betegek én-fogalmára és élményvilágára erős hatással van. A betegség felboríthatja az addig érvényes napi rutint, bizonytalanságot hoz a mindennapokba, és gyakran az időhöz való viszonyulás is átértékelődik. Kathy Charmaz empatikus interjú-gyűjteményében (Charmaz, 1991) a krónikus betegség által felvetett problémákat, jelenségeket mutatja be. A krónikus betegséghez való viszonyulást három csoportra osztja: vannak, akik *azonosulnak* (embracing) a betegséggel: ráépül az identitásuk, köréépül az életük, értelmet találnak benne, „a betegség én vagyok”. A betegséggel együtt élők (incorporating) nem a betegségükért, hanem a betegségükkel élnek. Elismerik, számításba veszik, de nem alkotja életük középpontját: „a betegség egy részem”. A harmadik, leggyakoribb csoport igyekszik visszafogni, *elfojtani* (containing) a betegséget: nem viszik a nyilvánosság elé, és az a céljuk, hogy a betegség előtti életüket tartsák fent, amennyire csak lehetséges.

A betegség-identitás (azon szerepek és viselkedések, amelyeket a személy betegsége kapcsán mozgósít) erősen függ az adott betegségről kialakult közmegejtélésről, véleményektől, köztudatban való megejtélésétől. Az egyik legjelentősebb terület, ahol a betegség-identitás adott esetben káros hatásokat is fejthet ki a gyógyulás folyamatása, a mentális zavaroké. Yanos és munkatársai (2010) a vonatkozó szakirodalom vizsgálata alapján egy modellt dolgoztak ki, mely szerint súlyos mentális zavarok esetén a betegségidentitás erősen befolyásolja a felépülés szubjektív és objektív kimenetelét egyaránt. A mentális betegség diagnózisa miatt a betegeknek át kell értékelniük addigi élményeiket: vajon mi tartozik hozzájuk, és mi a betegséghez? A diagnózishoz társuló jelentések (pl. stigmák) így befolyásolják a beteg reményeit és önértékelését. Például a szkizofrénia diagnózisához automatikusan társulhat a veszélyesség, kiszámíthatatlanság, inkompetencia képzete, ami károsítja az addigi identitást (pl. tanuló, szülő, alkalmazott). Ezek a folyamatok az elkerülő stratégiák révén növelik a depresszió és az öngyilkosság kockázatát, míg a remény jelenléte protektív faktort jelent. Végül, az elkerülő stratégiák kihatnak a munkabeli telejsítményre és a szociális interakciókra, így izolációhoz, fokozódó stresszhez, és a tünetek (pl. pszichotikus epizódok) súlyosbodásához vezetnek. Yanos ezt a modellt szakirodalmi bizonyítékokkal támasztja alá, így mutatva ki a betegidentitás fontosságát. A modellt mentális betegségekre dolgozták ki, azonban a gondolatmenet alkalmazható más krónikus, identitásra kiható betegségekre is.

2. A krónikus betegek történetei

A betegség narratívája, ahogy a narratív kutatások általában, szkepticizmus tárgya volt hosszú ideig. Az orvosok a betegek élményeit torzított, pontatlan, vagy „laikus” leírásként kezelték, amely nem versenyezhet a konkrét, mérhető biológiai változókkal. A nagy master narratívák fragmentálódásával egyidőben a biomedikális nézett is megbomlani látszott: a tudományos fókusz mellett megjelent az emberi faktor és a sajátos élmények szerepe a gyógyításban (Hydén, 1997). A krónikus betegség az

élet rendjének, és így a személyiségnek a megszakadását, törését is jelentheti. Megváltoztatja a beteg énjének, testének és a környezetnek az addigi viszonyrendszerét: az identitás alapján véve rendül meg. Bury (1982) a krónikus betegséget „megtöréseményként” (disruptive event) jellemzi. Giddens-t idézi: „Sokat tanulhatunk a mindennapos, rutinszerűen lezajló helyzetekről, ha azokat a körülményeket vizsgáljuk, amikor ezeket a helyzeteket megzavarják”. Bury korábbi élet megtörésének három módját írja le: a.) a magától értetődőnek vett feltevések, szokások és állapotok megkérdőjeleződése (pl. az addig nem tudatosuló testi folyamatok hirtelen zavaróvá válnak) b.) az élettörténet és az énkép újrafogalmazása és c.) a megváltozott helyzet miatt új erőforrások igénybe vétele (pl. külső segítség). Delbene (2011) kritikáját figyelembe véve fontos azonban az élettörténetet egészként vizsgálnunk. Interjús vizsgálataiban olyan krónikus betegeket vizsgált, akik számára a történet nem a krónikus betegség (pl HIV/AIDS) jelentette, hanem a kialakulásához vezető problémák (nyomor, szerhasználat, bűnözés). Fontos tehát hogy a krónikus betegséget ne minden esetben kössük össze az élet fordulópontjával, azt kizárólag a történet kontextusában érdemes értelmezni. Szintén a disruptive event-modell kiegészítéseként tekinthetünk Llewellyn és munkatársai (2014) krónikus, életveszélyes megbetegedéseket vizsgáló munkájára is. Késői stádiumú veseelégtelenséggel élő időseket vizsgáltak, akik elutasították a művesekezést. Mélyinterjúik eredményeként három olyan mediáló tényezőt azonosítottak, amelyek megakadályozták, hogy a súlyos betegség diszruptív élmény legyen az életükben. Ez a három faktor a) a betegség újrakeretezése az idős korra hivatkozva, „a korral jár” b) előzetes tapasztalatok valamilyen súlyos betegséggel c) olyan kezelés választása, amely a lehető legkisebb befolyással van az életükre. A tanulmány tanulsága, hogy a súlyos betegségek diszruptív, „megsemmisítő” hatása kivédhető a narratív rekonstrukció és a választás lehetőségének segítségével.

A fentiek miatt alapvető fontosságú a krónikus betegségben a narratív énrekonstrukció (Williams, 1984, idézi: Hydén, 1997). Frank szavaival: „A betegség elveszi az életed egy részét, de ezzel lehetőséget ad, hogy azt az életet válaszd, amelyet te uralsz, ahelyett, ami egyszerűen csak összegyűlt az évek során.” Williams reumatoid arthritisz-betegeket interjúztatott arról, hogy szerintük milyen okból alakult ki a betegségük. A nyugati kultúrára jellemző, hogy a betegek racionális, ok-okozati válaszokat keresnek betegségükre. Amennyiben ilyet nem találnak, nagyobb magyarázó erők (vallás, társadalmi folyamatok, morális és politikai tényezők) lépnek be a narratívába, hogy értelmes élettörténet alakuljon ki. A vizsgálatban az „Ön szerint miért alakult ki az arthritisze?” kérdésre adott válaszokból feltárult a betegek világgal való megváltozott kapcsolata, és a betegség kialakulása ezen a megváltozott világgépen belül. Frank korábban említett betegség-narratíva felosztását (restitúciós, felfedezőkereső, káosz) Hydén annak limitáltsága, és meta-narratív jellege miatt kritizálja. Helyette egy formálisabb tipológiát ajánl: a narrátor, a betegség és a narratíva közötti kapcsolatrendszer alapján osztja fel a különböző betegség-történeteket. Ez a három kategória a: *betegség, mint narratíva*, a *narratíva a betegségről* és a *narratíva, mint betegség*. A betegség, mint narratíva a beteg által elmesélt történet, a saját tüneteinek, problémáinak integrálása egy koherens történetté. A narratíva a betegségről az a praktikus és informatív történet, amit mások – például orvosok, családtagok, újságírók mesélnek el a betegségről. A narratíva, mint betegség akkor fordul elő, amikor a hiányos, elégtelen narratíva generálja magát a betegséget – ez utóbbira példa az az agysérülést szenvedett beteg, aki képtelenné válik koherens történetek létrehozására, ezért konfabulációra kényszerül (pl. Korsakoff-szindróma esetén).

Bury (2001) tovább árnyalja a narratívák csoportosítását azok magyarázó funkciója szerint. Három nagy csoportot javasol az elemzésre: a.) *kontingens*

narratívák. Ide tartozik a korábban említett betegséget magyarázó ok keresése, a betegség-epizódok következménye és a betegség általános kihatása a beteg életére. b.) *morális narratívák.* Itt a beteg, a betegség és a közösség kapcsolatrendszerének változásairól van szó, melynek célja a beteg morális státuszának visszaállítása, és végül a c.) *magnarratíva.* Itt az egyéni, laikus tapasztalat és a betegséghez, és szenvedéshez kötődő mélyebb kulturális rétegek kapcsolatáról beszélünk. Ez utóbbi különböző alkategóriákra osztható: hősi, tragikus, ironikus és komikus valamint regresszív/progresszív narratívák.

A krónikus betegség esetén ritkábban esik szó a stigmatizációról, pedig egyes betegségek esetén jelentős problémákat okoz a külvilág megítélése. Ilyenek a nehezen diagnosztizálható, nem ismert, vagy zavaros megítélésű betegségek, például a mentális zavarok és a pszichoszomatikus eredetű megbetegedések. Ezeket a vitatott betegségeket (contested illnesses) a külvilág kétféle stratégiával közelíti meg (Ware, 1992, idézi: Bülow, 2009): *trivializálják* vagy *delegitimizálják* a beteg panaszait. Az első esetén a beteg élményeit nem ismerik el betegség tüneteiként, a második esetben pedig pszichologizálják azt: „ez mind csak a fejedben létezik”. Bülow ezt a problémát a krónikus fáradtság szindróma (chronic fatigue syndrome, CFS) interjú vizsgálatával közelítette meg. Eredményei szerint a társadalmilag, orvosok vagy akár családtagok által meg nem értett vagy el nem fogadott betegség befolyásolja a beteg-narratíva kialakulását, mivel folyamatos önigazolásra kényszeríti a betegeket. A mentális betegségek esetén fontos beszélni a média stigmákat befolyásoló szerepéről is. Stuart (2006) átfogó vizsgálatában a médiában megjelenő mentális betegség-ábrázolásokat elemezte a médiában. Eredményei szerint a legtöbb esetben túldramatizált és torzított kép jelenik meg a mentális betegségekről amelyekben a veszélyesség, a bűnözés és a kiszámíthatatlanság dominál, a betegekre és tüneteikre adott reakciók pedig ezzel összhangban félelmet, elutasítást vagy gúnyt mutatnak. Ezek a hatások már az egészen fiatal gyerekeket is érintik (a vizsgált anyagok népszerű rajzfilmeket is tartalmaztak). Ez a sztereotípiákat erősítő kép nem csak a betegek identitását veszélyezteti, hanem hat a segítségkérés gyakoriságára, a pszichiátriai szolgáltatások igénybe vételére, a külvilág reakciójára és a felépülés általános sikerére is (pl. Perlick és mtsai, 2001). A betegség megélésének fontos része tehát a diagnózis és a köztudatban szereplő kép a betegségről, amely lehetővé teszi a betegek számára a megfelelő kommunikációt, a támogatás kérését és a szenvedés legitimitását.

IV. Az addikció és a krónikus betegségek kapcsolata

1. A függőség mint betegség

A szakirodalmi áttekintésben láthattuk, hogy mind az addikció, mind a krónikus betegségek kialakulásuktól kezdve egész életen át kifejtik a hatásukat, és így jelentős hatást gyakorolnak az identitásra. Az egyik népszerű addikciós modell, a korábban említett betegségmodell egyenesen azt állítja, hogy a függőségeket krónikus betegségeként kell kezelnünk. Ezt az alábbi érvekkel támasztják alá: a.) a függőség, a krónikus betegségekhez hasonlóan genetikailag örökölhető b.) hatással vannak rá az életvezetési döntések, a környezeti hatások és az elérhetőség c.) a függőség krónikus testi illetve agyi elváltozásokat okoz (pl. a jutalmazó rendszerek visszafordíthatatlan elváltozása) d.) sem a függőség, sem a krónikus betegségek nem gyógyíthatók, viszont

gyógyszerrel és egyéb módszerekkel hosszú távon, folyamatosan kezelhetők (McLellan et al., 2001). Ez a nézőpont lehetővé teszi, hogy a függők ne stigmatizálódjanak, motiváltabbá teszi őket az egészségügyi ellátórendszer igénybe vételére, és egyben az addikciók kutatásának anyagi támogatottságát is növelheti. Ennek ellenére a nézőpontot sokan támadják azzal érvelve, hogy a függőségek medikalizációja elvonja a figyelmet a pszichológiai, szociális és politikai felelősségről, valamint az egyének saját életük feletti felelősségéről. Összefoglalva az addikciók krónikus betegségként való kezelése sok szempontból észszerű, azonban fontos megjegyezni, hogy a jelenség kialakulásáról a mai napig nem alakult ki egyetértés a szakemberek között, ezért a legcélszerűbb a különböző magyarázó modelleket együtt alkalmazni gyakorlatban és kutatásban egyaránt. Jelen szakdolgozati kutatásomban a fenti tudományos vitát figyelembe véve elemzem a droghasználatból felépülő és krónikus betegségből felépülő történeteket.

KUTATÓI KÉRDÉSEK

Interjúk kutatásom célja, hogy jobban megismerjem a sikeres felépülés feltételeit és mechanizmusát krónikus betegek és felépülő függők esetében.

Az interjúk elemzésének alapjaként az alábbi két fő kérdést fogalmaztam meg:

- I. Mik a függőségből és krónikus betegségből felépülők narratív sajátosságai?
- II. Milyen erőforrásokról számolnak be az egyes csoportok?
- III. Miben hasonlít és miben különbözik a beteg-identitás krónikus betegek és függők esetében?

MÓDSZER

1. A vizsgálat menete

Kutatásomban félig strukturált mélyinterjúkat készítettem legalább egy éve józan felépülő függőkkel és legalább egy éve komolyabb tünet nélküli krónikus betegekkel. A vizsgálat résztvevőit online önsegítő csoportokban, fórumokon, Narcotics Anonymous gyűlésen valamint kényelmi mintavétellel toboroztam. A toborzás pontos szövege a mellékletek között olvasható. A jelentkezés és az adatvédelmi tájékoztatás után interneten vagy telefonon egyeztettünk egy személyes találkozót a résztvevőkkel. melyeknek tartalmáról a vizsgálat előtt emailben és később szóban is értesültek. Az vizsgálatok többnyire egy, az alanyok által könnyen elérhető, csendes kávézóban, illetve két esetben otthoni környezetben zajlottak. Az interjúk 2015.10.14. és 11.01. között zajlottak. A kutatást a Kutatásetikai Bizottság engedélyezte. Az interjúk megkezdése előtt a résztvevőknek szóban újra felvázoltam a kutatás célját és az adatvédelmi és etikai szempontokat, majd aláírtam velük a tájékoztató és beleegyező nyilatkozatokat. Az interjúk alkalmak átlagosan 30-60 percet vettek igénybe, melynek során McAdams

(1995) élettörténeti interjúk szempontjain haladtunk végig. Az interjúkról a résztvevő előzetes beleegyezésével hangfelvételt, majd gépelt átiratot készítettem. Az adatvédelmi szempontoknak megfelelően az interjúk szövegében a beazonosításra alkalmas neveket megváltoztattam, az alanyokra pedig kódok segítségével hivatkoztam (F jelzéssel a függő és K jelzéssel a krónikus beteg csoport esetén).

2. Vizsgálati személyek

A toborzás kritériumai a következők voltak:

- *A krónikus beteg csoport számára:* olyan krónikus betegséggel élők, akiknek legalább egy éve nem volt komoly visszaesésük.

- *A függő csoport számára:* olyan függőségből felépülők, akik legalább egy éve használatmentesek.

A vizsgálatban összesen 12 fő vett részt. Az elemszámot a kutatás mélyinterjúk jellege indokolja – a cél egy jelenségkör átfogó megismerése volt, így a korábbi szakirodalmi kutatások alapján (pl. van der Westhuizen, 2009) narratív kutatáshoz alkalmas mennyiségű interjút elemeztem. Életkoruk átlaga 39 év, a legfiatalabb résztvevő 21 éves, a legidősebb 67 éves volt. 5 nő és 7 férfi vett részt a kutatásban. A krónikus beteg csoport résztvevői egy kivétellel mind nők voltak, a felépülő függő csoport résztvevői pedig mindannyian férfiak. A csoportok nemi megoszlásának az eredményekre való lehetséges hatásaira a Limitációk résznel térek ki. A krónikus betegség meghatározására a vizsgálatban a fent ismertetett WHO-definíciót, a függőség meghatározására pedig a szintén fent említett DSM-V kritériumrendszert használtam. Az interjúalanyok egy kivétellel (F6) érvényes pszichiátriai vagy szakorvosi diagnózissal rendelkeztek betegségükről.

A résztvevők fontosabb adatait az 1. és 2. táblázat szemlélteti.

Kód	Életkor	Betegség	Végzettség	Foglalkoztatottság	Nem
K1	24	ekcéma, pajzsmirigy- alulműködés	egyetem	dolgozik	nő
K2	41	asztma	egyetem	dolgozik	nő
K3	32	féloldali bénulásból felépült	szakközépiskola	dolgozik	férfi
K4	67	Raynaud-kór, Brugada-szindróma	egyetem	dolgozik	nő
K5	50	diabétesz, porckorongsér	főiskola	dolgozik	nő
K6	28	bipoláris depresszió, inzulinrezisztencia	szakközépiskola	munkanélküli	nő

1. táblázat: a krónikus beteg csoport néhány jellemzője

Kód	Életkor	Függőség típusa	Végzettség	Foglalkoztatottság	Nem
F1	21	szerencsejáték	főiskola	tanuló	férfi
F2	33	GHB (Gina)	főiskola	dolgozik	férfi
F3	37	heroin	szakképzés	dolgozik	férfi
F4	39	alkohol	főiskola	dolgozik	férfi
F5	38	designer drogok, alkohol	szakközépiskola	munkanélküli	férfi
F6	53	alkohol	egyetem	dolgozik, tanul	férfi

2. táblázat: a felépülő függő csoport néhány jellemzője

3. Mérészközök

A mélyinterjúkhoz a Dan McAdams által kidolgozott Élettörténeti Interjú (Life Story Interview) kérdéssort használtam fel. Ez az interjú lehetővé teszi az élettörténet spontán elmesélése mellett a legjelentősebb életesemények célzott felidézését, és az elemzéshez egységes, könnyen összehasonlítható szempontrendszert ad. Az interjú kérdései az alábbi témákat érintették:

- Az élete történetének nagyobb fejezetei
- Kritikus események:
 - Mi volt az élete mélypontja?
 - Mi volt az élete csúcspontja?
 - Mi volt az élete fordulópontja?
- Az élete legnagyobb kihívása
- Fontos személyek:
 - Az a személy, csoport, vagy szervezet, aki a leginkább negatív hatással volt az életére
 - Az a személy, csoport, vagy szervezet, aki a leginkább negatív hatással volt az életére
- Milyen történetek (könyv, film, családi anekdota) voltak hatással az életére?
- Alternatív jövőképek: az életének lehetséges legnegatívabb és legpozitívabb kimenetele
- Az élete központi témája

Az egyes kérdések az élettörténet egy-egy konkrét, megfogható jelenetére vonatkoznak. A kódolás részletes szempontrendszerét az alábbiakban ismertetem. A diktafon segítségével felvett interjúkat legépeltem, majd a gépelt átiratokon tartalomelemzést hajtottam végre. Az elemzés során a főbb kutatási kérdéseim alapján kiemelkedő mintázatokat emeltem ki és vontam össze nagyobb kategóriákba.

4. Az adatelemzés folyamata

Kutatásomban az élettörténeti identitás elméletére (McAdams, 1985) alapoztam, mely szerint az élettörténetek az identitás megjelenítői és egyben formálói is. Az interjúk szövegeiben ezt a betegség fényében megjelenő és változó identitást vizsgáltam. A kvalitatív kutatásokhoz híven célom az interjúalanyok élményvilágába helyezkedés, és a probléma ezen belüli vizsgálata volt. Az interjúk átirataiban a fő kutatási kérdések

megfogalmazása után kerestem mintázatokat, kiemelkedő motívumokat a történetek tartalmában, megfogalmazásában valamint idői és téri szerkezetében. Az egyes, egyéni narratívára jellemző részleteket az interjúk szövegében kiemeltem, és az összefüggő elemekből kategóriákat alkottam. Ezekből a kategóriákból minden interjú esetén rövid összefoglalót készítettem, amelyek kulcsszavak segítségével összefoglalták a főbb benyomásokat, és lehetővé tették az egyes interjúk és a két csoport közötti összehasonlítást.

EREDMÉNYEK

Az alábbiakban a kutatási kérdéseim alapján rendszerezem a vizsgálat eredményeit. Az interjúk átirata a mellékelt lemezen található

Mik a függőségből és krónikus betegségből felépülők narratív sajátosságai?

1) A felépülő függő csoportra jellemző narratív sajátosságok:

Szerkezeti sajátosságok

A felépülő függő csoport tagjai mindannyian ereszkedő (kontaminációs) narratívából eljutottak a mélypontig, majd egy emelkedő, helyrehozó (redemptív) narratívába váltottak.

- Kontamináció

A kontaminációs folyamat az első használat leírásával kezdődik, ám gyakran megelőzi valamilyen gyermekkori trauma, vagy rossz családi légkör bemutatása. Az első használat után megkezdődik a függő karrier leírása.

*„...és jöttek ezek a dolgok...és úgy 12 éves koromban nekiálltam tippmixelni, szerencsejáték, sportfogadás. **Tisztán emlékszem az első tételre, 200 ft-ból 3200-at nyertem és ilyen..megjött az érzés hogy lesz pénzem, és akkor nekiálltam már...általános iskolában kéregettem kölcsön, 10, 20...50...100-200 forintokat, elvettem az osztálypénzt...**” (F1)*

*„Aztán....ilyen 14 éves lehettem amikor **először így berúgtam**, osztálytársamnak a házibuliján, akkor nagyon bepiáztam . Titokban így cigizgettem...és hát így 14 éves koromban elkerültem vendéglátós suliba, szakmunkáskepzőbe mentem, szakácsnak. **Hát ott kezdődött el inkább így a piázgatásom.** Akkor kezdtem így kimozdulni,elengedtek buliba...néha-néha, hétvége, hát egyre többet kezdtem el inni, hát ez ilyen megfelelés volt a társaság felé is hogy ok is ittak akkor én is iszok, ne lógjak ki a sorból, kezdődtek a balhék...benne voltam verekedésekben, kocsmai verekedések, lejárákáltam kocsmázni...” (F5)*

- Mélypont

A mélypont elérése a legtöbb esetben a beszélő teljes elmagányosodását jelenti, amelyben a halál és a felépülés között kell dönteniük.

„-Azt mondják hogy **csak az tud józanodni akinek megvan a mélypontja**. Talán az a 2015. július amikor volt egy telefonhívásom és azt mondták hogy ha öt órán belül nem viszek be 200ezer forintot valahova, **akkor elvágják a torkomat**...barátnőm szakított velem...az emberek kiröhögtek, fenyegettek, barátom nem vette fel a telefont nálam, családtagjaim nem bíztak bennem..ezt egy ilyen mélypontnak tudnám felfogni hogy így utólag visszagondolok arra az egy hónapra és arra az időintervallumra, ha arra gondolok azt a büdös életemben nem akarom még egyszer átélni...és úgy vagyok vele, hogy..hogy tudom hogy drasztikus amit mondok **de ha visszaesnék talán inkább előbb lennék öngyilkos mint hogy ezeket újra átéljem** mert kegyetlen rossz érzés...ez a 2015 július.” (F1)

Egyes esetekben a mélypont egy hosszú szakaszból való felelősségvállalást jelentett:

„Tehát valószínű hogy **az nem egy pont volt hanem egy hosszú folyamat** de úgy nézett ki hogy valószínű hogy megérlelődött a fejembe hogy ha ez így megy tovább akkor valószínűleg annyi, akkor az lesz mint a haverjaimnak is...a haverjaimmal is..vagy akkor akár mondjuk az apámmal vagy a nagybátyámmal hogy egy panaszáradat lesz hogy egy keserűség és egy betegség, halál és a betegség ugye már megvolt az alkohol ugye az is megvolt, az még a betegség után is..amikor azért nem javasolt az alkoholizmus. Meg így látom így a haverjaimat is...” (F6)

„...**hogy vagy megpróbálok megoldani az utolsó utáni pillanatban, vagy föladom, hát** aztán így nem volt kedvem föladni de hogy ez a pont mi volt amikor én azt abbahagytam, az ivást...azt lehet hogy majd eszembe jut mindenesetre 2013 augusztus végén **úgy döntöttem** hogy....hogy nem iszom és akkor azóta nem ittam.” (F6)

„[életem mélypontjáról kérdeztem, arról beszél, ahogy egy életveszélyes műtét után szakított vele az akkori barátnője]...és akkor megyek haza látom ott van a postaládában a boríték, a kulcsa, megyek föl ott van a cuccom meg ott van a süti...fele a vágódeszkán...meg egy kés...amit az anyám csinált..meg egy levél..hogy ő ezt már nem köteles tűrni így meg úgy...hát mondjuk ez akkor úgy elég izé volt úgyhogy leültem, ott elkezdtem ott röhögcsélni meg elolvastam háromszor ezt a hülyeséget hogy mi ez amit írt, hogy őneki ezt nem kell tűrni így meg úgy...az mondjuk így elég...nem mondom hogy ez a legrosszabb élmény volt mert ez már egy ilyen karikatúra szerű dolog volt **de hát utána én aztán úgy lepadlóztam mint a huzat mert először még csak röhögcséltem de még aztán lecsapódott hogy komolyan gondolja ez a csaj...akkor...hát akkor ez egy ilyen.**” (F6)

„-Hát, amikor voltak tiszta időszakaim és újból elkezdtem anyagot használni. Akkor ezek így...akkor volt **ilyen öngyilkosságra gondolás...depresszió**..nem mentem emberek közé..aztán általában ezek amikor voltak a tiszta időszakaim és anyaghoz nyúltam akkor ezek...” (F3)

- Helyrehozás

A mélyponton történt felismerés és felelősségvállalás után az addigi hibák helyrehozása, a sérült kapcsolatok visszaállítása következik.

„Március óta...ami történt velem, **egyre jobban bíznak bennem az emberek**, kiderült, hogy a családtagjaimmal próbálok őszinte lenni , az hogy megvan apám felé a

megfelelési kényszerem, a mai napig tudok hazudni, tudok manipulálni, ezeket mind próbálom visszafogni de eljárak GA-ba, van szponzorom 438 napja nem játszottam és nem ittam...vannak barátaim..sikerem vagyok a sportban, odafigyelek a főiskolára...” (F1)

„-Van az életének csúcspontja?

-Hát most annyira ambivalens választ tudok csak adni, mert most érzem magam így...[...]...nem tudom, a lakásomat most elvesztem-e vagy sem mert azon megy most egy ilyen, egy ilyen egyezkedés...tehát hogy mindezek ellenére...most tök jól érzem...tehát hogy...nem érzem nagyon jó...nem tök jól érzem magam de hogy, ennél...jobb nem volt mert most legalább tudom hogy mi történik, aztán nem tudom mi lesz a kimenetele, de amit tudok, megteszek.” (F6)

A kontaminációs jeleneteken belül a 12 lépéses programokban résztvevőkre jellemző volt egy történetmesélési sajátosság: a másoknak okozott károk, illetve az elkövetett „bűnök” sorolásával haladt előre a történetük. Ez összhangban van az AA-módszer negyedik lépésével, az **erkölcsi leltár** készítésével.

„...már akkor így alsóban kezdtem a hazudozásokat, lázadásokat, lógásokat...”

”egyre több pénz kellett, mutatni akartam kívülre, ruhák, bármi..megloptam édesapámat többször..volt olyan emlékszem hogy megloptam őt pénteken...60 ezer forintba, elbuktam 30ezret...” (F1)

„...háát...nem volt ez egy olyan sikeres igazából az lehetett volna csak azért volt hogy nem mentem dolgozni meg hát ilyen gázos dolgokat csináltam. Lopni nem loptam.”(F4)

Átértékelt múlt, új élet

Az interjúalanyok a legtöbb esetben utólag hozzáadott értékeléssel mesélték el múltbéli hiedelmeiket, tetteiket, függő karrierjüket, „előző életüket”. Az előző élethez tartozó helyeket és embereket kerülnek, új, sikeres kapcsolatokat létesítenek. A régi sikerek átértékelésre kerülnek, a múltbeli gondolkodásmód és személyiségjegyek a felismerés fényében új értelmet nyernek. Ez egyrészt eltávolítja a múltat a jelentől, másrészt kihangsúlyozza a beszélő új identitását, új belátásait.

*„...az van hogy így két..jövőre azért már kell keresnem saját lakhatást bár van egy lakásom **Ferencvárosban de azt nem akarom megkockáztatni hogy visszamenjek oda...dehát..keresem a lehetőségem lehet hogy az lesz de az még így nem lett tisztázott..talán lehet hogy jobb lenne oda visszamenni...” (F4)***

*„Hétköznap nem, hétvégén elmentünk bulizni, előtte taccsra vágtuk magunkat, ez a 18 éves filing volt...és akkor **mi vagyunk a királyok, elhittük magunkról ...” (F1)***

*„...év elején elmentünk osztálykirándulásra..az osztály legjobb nőjével azt csinálhattam amit akartam, **mi voltunk a királyok, elhittük magunkról...**” (F1)*

„...több játékos előtt legjobb játékos lettem, köztük megelőzve a bátyámat is és én ezt ilyen óriási önértékelésként hogy mekkora király vagyok, elhittem magamról” (F1)

„...aztán azt hittem hogy minden szép és jó, népszerűnek gondoltam magam, sok ismerősöm volt, 5-6 ilyen társaságom, hát így..folytak az évek gyakorlatilag.” (F4)

„...gyerekkoromból nem annyira sok emlékémem van, azt tudom hogy **volt bennem egy ideális családkép** hogy intelligens okos anya, intelligens okos apa, mind a kettő szép és jó, nem sok mindent fogtam fel a körülöttem lévőkből., (F1)

Párhuzam állítása múlt és jelen között

Előfordult az interjúk során, hogy a felépülők összehasonlították múltbeli önmagukat a jelenlegivel, az új identitás hangsúlyozásaként.

„...aztán azt hittem hogy minden szép és jó, népszerűnek gondoltam magam, sok ismerősöm volt, 5-6 ilyen társaságom, hát így..folytak az évek gyakorlatilag. Ugye általában így jól kerestem de a pénzem is elköltöttem... 20-a tájékán már mindig kölcsönkéregettem...megadtam de így görgettem mindig így havonta egyszerűen **nem tudtam felelősen beosztani a pénzemet** meg költségvetésem... aki mondott ilyet azt elküldtem a picsába, hülyeségnek tartottam...**hozzáteszem így jelen pillanatban naptárból élek**, tervezek, hosszútávú terveim vannak, költségvetésem minden hónapban megírom, szóval nekem nincs amikor a hónap végén nincs pénzem szóval...mintha sose lett volna ilyen, jól élek..kényelmesen..” (F4)

„-Van-e olyan személy, csoport vagy szervezet, aki az életedre a leginkább negatív hatással volt?

-Nincs, nem tudnék...tehát hogy, nem. **Nem hibáztatok így senkit**, hála az égnek. Egyébként ez így tök jó. **Ha két évvel ezelőtt kérdezed, akkor biztos, hogy hosszú lista lett volna.** (nevet)” (F2)

Több esetben pedig az aktív és józanodó korszakról, mint két külön életről beszéltek.

-Volt az életednek csúcsmélye?

-**Az aktív vagy a józanodó korszakomban?**

-Akár mindakettőben, amit a függésedtől függetlenül is kiemelnél.

-**Józanodó korban minden új napot csúcspontnak élek meg**, úgy érzem hogy vannak hullámvölgyek de végül kicsúcsosodik, mindig jön egy plusz dolog, az hogy debütáltam a futsal NB1-be és ha azt mondtam 12 évesen hogy én NB1-es játékos vagyok egy álmom valóra vált..az hogy..akár szebbnél szebb, okosabbnál okosabb lányokkal találkozhatok, ismerkedhetek...szeretem az embereket, a barátaimat, a családomat...talán mondhatom azt hogy 21 évesen olyanokat érem, érek el..amiről mások álmodoznak, főiskolára járok, minden egyes napot csúcspontnak élek meg jelenleg mert tényleg az. És..és ezt úgy fogalmazhatom, hogy..lehet hogy fog még történni valami rossz és azt fogom mondani hogy tök rossz életem van de az biztos hogy egy hét múlva csúcsként..vagy még jobbnak fogom megélni mint ahol most vagyok mert még több pozitívum történik...és úgy gondolom ha csinálom normálisan az életemet akkor lesznek csúcspontok az életem előrehaladtával minél több, ezért a mai napot, ezt a pillanatot nevezhetném annak hogy csúcspont. **Az aktív korszakomból pedig az a 2013 ősze, amikor játékban is meg a sportban is sikeres voltam**, azt nevezhetném csúcspontnak, de azt azért nem merem annyira, mert akkor játszottam, és csak a felszín volt csúcs, a bennem rejlő sötétség pedig inkább mélypont volt, mint csúcspont.

2) A krónikus beteg csoportra jellemző narratív sajátosságok:

Egy esetben a krónikus beteg csoportban is feltűnt a függő csoportban vázolt, V alakú narratív szerkezet (K6, bipoláris depresszió):

- Kontamináció:

„...nem volt egy kifejezetten egy erős iskola, tehát..megvolt az esélyem arra, hogy **megismerkedjek az alkohollal, a lógásokkal, a fűvel...satöbbivel..**nagyon jó társaság volt, életemben először éreztem magam közösségben mert az általános iskola alatt igazából, mivel a szüleim úrgazdagok voltak, ki voltam közösítve, úgyhogy kifejezetten jól esett szegénynek lenni, és...olyan emberekkel mulatni...minden este akik..hasonló cipőben járnak, és elfogadnak és satöbbi. Lényegében második évben **kibuktam az iskolából**” (K6)

„Ez így volt érettséginek az első feléig, **amikor kiütözött először ez a bipoláris zavar.** Ami abban nyilvánult meg, hogy..**először csak pánikrohamok...aztán paranoia...aztán téveszmék...**például szemléltető példaképpen felültem a metróra iskolába menet, és hogyha ott volt eg újság, akkor én biztosan hittem, hogy azt nekem rakták oda és valami méreggel át van itatva es nem szabad megfognom és egyéb ilyen érdekes dolgok, és volt néhány tiszta pillanatom amikor én úgy döntöttem, hogy márpedig **ez így nem oké, ez így nem jó.**” (K6)

- Mélypont:

„Azon kívül legalább 3 emberrel veszem össze...az ötből hetente és egy idő után rájöttem hogy nem is várhatom el senkitől hogy mellettem legyen és gyakorlatilag szükségem sincs rá, az egész csak arra volt jó hogy legyen kivel lemenni a kocsmába és gyakorlatilag öntudatlanságig inni magam. Aztán futó kalandok voltak..alkohol...konyhapadlón sírás...és a végén volt egy olyan időszak amikor **három teljes napig nem beszéltem senkivel.** És akkor csak sírtam, sírtam, sírtam...harmadik este megpróbáltam öngyilkos lenni. És rájöttem, hogy nem megy! (nevet) Ez azért nem olyan egyszerű mint ahogy én elképzeltem, előtte már hetekig gondolkodtam rajta hogy mi a megfelelő megoldás, utána néztem hogy a gyógyszerek mikor okoznak milyen dózisban teljes szívleállást, vagy nem akarok lenyomorodni, honnan a fenéből ugrojak le, a fulladástól irtózok, mittudomén...csúnya dolog de ez volt. És akkor végül emellett döntöttem, aztán végülis megvan még a helye de amikor odaértem, akkor akkor sose tudtam olyan mélyen belevágni a bőrömbe hogy sikerüljön szóval **akkor jöttem rá hogy na most akkor itten baromi nagy döntés úgymond, hogy ez már csak rajtam múlik, mert hogy ha viszont tényleg nem akarom, akkor folytatni kell.** És akkor baromira fel kell álnom és ki kell valamit, vagy kell teremtenem egy olyan élhető világot amiben én is tudok létezni. **Mert vagy ez, vagy az, de ez a kettős állapot ez semmiképpen sem tartható.**” (K6)

- Helyrehozás:

„...baromi sokat segített abban, hogy **átértékeljem a dolgokat.** És akkor éreztem azt, hogy **felelősséget kell vállalnom** azért, hogy tönkement a párokapsolatom, hogy az életem gyakorlatilag zsákutcába futott, rengeteg dolog miatt van lelkiismeretfurdalásom, szégyelltem magam amiatt amit anyunak mondtam” (K6)

„...és akkor megírtam Péternek, ő a párom, neki írtam egy jó hosszú sms-t, ami gyakorlatilag ilyen békekötés volt, nem is bocsánatkérés, hanem csak **tudatni akartam vele hogy valami történt** és azt mondtam hogy elengedem, és hogy izé, nemtom...életem

legszebb évei voltak, **vállalom mindenért a felelősséget**, és hogy mittudomén, szépen leírtam, fogalmam sincs már hogy pontosan mit, és érdekes módon erre az volt a válasz, hogy van egy be nem fejezett randink és szeretne elhívni jövő csütörtökre.”(K6)

„Vándorlás”

Három interjúban egy sajátos mintázat mutatkozott: a túlterhelt egészségügyi rendszerrel, számonkérő orvosokkal való küzdelem, a félrekezelések és változó diagnózisok okozta konfliktusok, amelyet Bülow „pilgrimage”-ként (vándorlás) írt le. Gyakori, hogy az akár 4-5 félrekezelés után végül egy magánorvos oldja meg a problémát, hosszas harcok után. Az alábbiakban erre mutatok példákat az interjúkban:

„, ...szerintem, tehát hogy, nem azt mondanám hogy fokozatosan, még kicsit itt is lett a testemen, kicsit még ott is, hanem iszonyatosan viszketett mindenhol és egyre ekcémásabb let és mindenhol kis foltos volt és egyre nagyobb foltok lettek. És..ez egy csodás év volt, mert akkor egy fél éven belül kétszer is kellett izét, 72 órás tablettát vennem. Úgyhogy...nem tudom, én először **azt hittem hogy attól volt mert hogy ugye felborította a hormonháztartásomat** meg mitudomén mi...asztán elkezdtem hát akkor jártam Újpesten a szakrendelőben a bőrgyógyászatra, de hát én nem tudom biztos rosszul mutattam meg a nőnek, de ő nem mondta azt, hogy, tehát hogy én voltam letolva, hogy **nem kenem magam rendszeren ezekkel a szteroidos krémekkel, pedig hát, kentem mint’ állat**, de visszajött egy hét múlva mert annyit kentem hogy elfogyott és semmi hatása nem volt. Aztán átköltözünk ugye a 11. kerbe, ott is jártam a bőrgyógyászatra de nem voltak túl lelkesek. **kaptam kétszer is sz...valamilyen sztreoidos injekciót** és hát külön magánorvoshoz mentünk, annak volt úgy istenigazából eredménye és ő azt mondta hogy valamilyen fertőzés miatt nem hatnak a szteroidos krémek, úgyhogy tőle kaptam antibiotikumos kezelést is meg mindeféle ilyen orrkenőcsöt például mert sokszor volt h itt iszonyat piros volt és arra kaptam vmilyen orrkenőcsöt hogy hátha valamilyen légúti vírus ami miatt nem múlik el az ekcémám..de nem” (K1)

„,...hát ennek köszönhetően lett egy sérvem, egy szép, nagy porckorongsérvem ami először azt gondoltam hogy egy lumbágó, mert olyanom már volt többször, szóval azt már megértük, hogy a derekam az ilyen, és amiből a mai napig nem épültem még föl teljes mértékben, nem is fogok, **baromi sokat kellett várni arra hogy valaki kimondja azt, hogy ez nem műthető**, tehát így műtenek, nem műtenek, ez nem műthető, nem csinálhattam semmit, pl. takarítani meg ilyesmik, nyilvánvaló hogy azt az ember valamilyen szinten csinálja, megoldja valahogy, hogy ezek azért működjenek...és hát az volt az érvágás ugye hogy végülis nem műthető és épülj föl! tehát **nagyjából semmi információt nem kaptam**, amit most nem azt mondom, akkor teljesen arcavágó volt, tehát pár napig nem tértem magamhoz hogy akkor most ez így ennyi, és ez így végülis **mindenki türelmetlen, türelmetlen az orvos**, mert menjek vissza dolgozni, ne üljek a nyakán mint betegállományban lévő, ugyanakkor fizikailag nem tudsz dolgozni, ha visszajössz dolgozni akkor megszűnik a betegállományod ami arra jogosít hogy egyszer leszálalékoljanak vagy tanulj valami mást, ami..ami olyan, úgyhogy..azért ez így teljesen jó hogy megtaláltam ezt az üzletet ahol nincsenek ilyen nagy, emelnivaló dolgok.

Szóval visszajönni dolgozni, felépülni...lassú folyamat, én azt is elismerem hogy nem lehet rá mit mondani, hogy mindenkinél másképp zajlanak a dolgok, de miután ugye énnekem ezt mindig még a...CT-t amit csináltak, körzetis mondta hogy naaagymeretű

sérve van, mondtam hogy jó-jó, nagyméretű, ki tudja azt hogy mi az a nagyméretű, tehát ezt meg kell élni.” (K5)

„**Már mostanra kiderült** hogy valószínűleg egy nagyon masszív bipoláris zavar, amit leginkább a kevert es mániás állapotok jellemeznek, amit én nagyon intenzíven éltem meg, és **rosszul volt kezelve, mert mivel félrediaosztizáltak**, nem is megfelelő gyógyszereket kaptam, és ezért a helyzet csak romlott-romlott, es akkor kezdtem el hízni, es akkor ennek utánamentem, **két év volt, mire kiderítettek, hogy inzulinrezisztencia van, pajzsmirigy-alulműködés, PCO-m**...akkor az orvosok tagadták hogy lenne bármi köze ennek a hatféle antipszichotikumhoz amit végigkísérleteztek rajtam (nevet). Akkor...nagy nehezen lefogytam, kikezeltek...négy év pszichoterápia, három pszichiáter...jelenleg elvileg az ország legjobb orvosához járok, ha jól tudom...**nagy nehezen így csak kiharcoltam**, hát úgy kell fogalmazzak hogy addig mentem utána, mint..a cukorbetegség után is az ötödik magánklinikán jártam amikor azt mondták, hogy a terheléses vércukorinzulin-vizsgálat...” (K6)

Milyen erőforrásokról számolnak be a felépülő függők és krónikus betegek?

1) Önismeret

Mindkét csoportban megjelent az önismeret fejlődése a történetekben. Ez a függők esetén többnyire az életükkel kapcsolatos pszichológiai belátást, insight-ot jelentett, a krónikus betegek esetén pedig fokozódó test-tudatosságot és a betegségükkel kapcsolatos orvosi ismereteket. A felépülés során egyfajta „tapasztalati szakértővé” váltak a betegségükkel kapcsolatban.

A belátás jelentheti a családra, személyiségjegyekre vonatkozó felismeréseket:

„...rengeteg veszekedés volt, azt megjegyeztem, én féltem is, apa azt tudom hogy sokat hazudtam otthon, ha valami rosszat csináltam mindig próbáltam titkolni, mert...féltem apától, féltem attól hogy kiabál, nagyon sokat kiabált velem is, anyámékkal is, tesómékkal is, bennem egy **ilyen félelem kialakult édesapámtól, akármennyire szeretem ez bennem van a mai napig és ezáltal egy megfelelési kényszerem is van**” (F1)

„...én meg ilyen anya...hiányos voltam meg apahiányos bár nekem nem volt csonka az a család. De valami mégsem stimmelt benne de marhára. **És hát azt a mintát hoztam...a volt feleségem is...hozta..most már a lányomnak is átadtuk rendesen úgyhogy ő is hozza.** Mint ahogy a barátnőmnek is...a gyerekei hozzák de hát azért dolgoznak rajta hogy...hát hogy ne így legyen mert ezen azért lehet melózni, személyiséget nem lehet alakítani, megváltoztatni de azért tudatosan lehet...egy csomó mindenben..hát mondjuk marha nehéz.” (F6)

„Még soha nem üvöltöztem például senkivel, soha nem veszekedtem meg hasonlók, mert..mondom úgy van hogy ha van **konfliktushelyzetet..vélek felfedezni akkor én inkább köszö, hello, nem szeretnék belefolyani**, más kérdés hogy nem is tudnék, mert meg szavakkal sem..mert nem vagyok az aki most itt...elkezdene dobálozni meg ezt meg kell tanulni szintén.” (K5)

Lehet a függőség felismerése más családtagoknál, valamint az örökletesség vagy a minta-tanulás felismerése:

„...hát, magyaros közep európai családról beszélünk, érzelemdús, drámákkal...függőkkel...ilyen nagyapám, apám meg én..a függők hadához tartozunk..**ugye a legidősebb fiúgyermek**, így...szóval eléggé...alkoholista, nagyapám, apám, én..édesapám 22 éve nem iszik.És ő leállt. Szenvedélybeteg, más módon de...” (F4)

„, főleg a **nagyapa volt otthon aki viszont mindig be volt rúgva** de nagyon aranyos volt az anyai nagyapám de az meg mindig veszekedett anyai nagymamával **mert az meg nem ivott.**” (F6)

„... És akkor...itt is már jártak ki inni, szóval **a nagyapa az ivott, az anyunak a bátyja az ivott, az fő állattenyésztő volt.**„ **„Az apu is ivott.”** (F6)

Krónikus betegek esetén a test-tudat és az orvosi információk ismerete a gyógyulásuk érdekében végzett kutatás eredménye:

„...Na mindegy, én nem aggódom mert az orvos megnyugtatót, azt mondta **hogy a nők 80%-a túlesik rajta.** És ezért tartok...hogy ez majd megoldja az ekcémát, mert alapjáraton nem olyan fertőzés amit...tehát hogy nemi úton kapod el, de hogy ezt az ember magában hordozza, sokféle változata van, olyan mint a nátha, letüsszentenek, elkapod, de a szervezeted már kidolgozta, az immunrendszered kidolgozza magából.”
„**És hát, amit olvastam, két fajtája volt, a herpeszes, amit ténylegesen te magad is látsz, és azt egyből látják hogy mi és kezelik, a másik meg amikor nem látod és csak úgy az ami, ami meg ténylegesen a méhnyakrákot okozza és az hát szerintem amúgy ettől van mert az egy vírusfertőzés úgyhogy azóta kaptam rá immunerősítőt.**” (K1)

Emellett gyakran levontak az életükből, hozzáállásukból valamilyen tanulságot:

„... tehát nekem **az élet azt bizonyította be** hogy az embernek hogyha van tudása van akarata akkor szerencséje is van. tehát hogy..**magunk vagyunk a sorsunk kovácsai**, és ilyen módon én a saját életfolyamomon belül nem tudok elképzelni olyan szituációt hogy lecsúsznak, munka nélkül maradnak, lakás nélkül maradnak, család nélkül maradnak, ilyen félelmem nincs.” (K2)

2) Érték átadása

Az önismerettel összefügg, hogy a felépülésükből nyert tudást, tanulságokat szeretnék átadni környezetüknek. Ez lehet „elrettentő példa” mutatása:

„ (az interjúra utal) [...] most Ön is engem meggyőzhetett volna hogy miért..de engem most ebben nem kell hogy miért jó az ha ezen részt veszek mert engem nem kell meggyőzni mert nem vagyok hülye meg én azért vagyok motivált ebben a dologban **mert szeretém hogyha a fiatalok nem innának, nem drogoznának , meg egyáltalán. Hogy úgy éljenek hogy viszonylag teljes életet.**” (F6)

Lehet a tanultak átadása a környezetük számára. Az alábbi példában az interjúalany az érdekeinek képviselőjét, az asszertív kommunikációt sajátította el, és ezt alkalmazta barátnőjével való kommunikációjában is:

„[...] aztán arra gondoltam hogy ez sincs még elszúrva, még ezt is...járjunk a végére..intézzük el, tehát hogyha van eleje, van közepe, akkor legyen..valamilyen irányú vége, azt el fogjuk tudni viselni. És akkor hát egész jól...jól is alakult, **egy kicsit átstrukturáltuk a kapcsolatot** és...elmondta ő az igényeit, elmondtam én az igényeimet és akkor így világosabban beszélünk, ő is nyíltabban beszélt..nem félt, hogy megbánt...és akkor most azt állítólág azt mondja, most...egy ideje, hogy jobban működik a cégnél is. Mert hogy határozottabban elmondja hogy „Ezt már nem csinálom!”” (F6)

Van, ahol a betegséggel való megküzdést a sorstársakon való segítségben használta fel egy interjúalany:

„És a kérdésedre hogy válaszoljak, szóval az alapítványunk a fogyatékos emberek mindennapját, munkáját, szórakozását teszi még jobbá, boldogabbá, segít nekik. Például, főleg kisebbségi gyerekek vannak, akik ugye az iskolát, óvodát azt nem kerüjük ki mert hát az kötelező, de hogy utána...hogy esetleg még jó közösségben legyenek, hogy megkapják azt is, amit ott nem kapnak meg..hogy fejlesszék őket, hogy egy jobb felnőtt kerüljön ki. És...és ezt ilyen hátrányos helyzetű településeken van... (név) Ház. És én...én ugye ebben azért látom hogy nagyon nagy dolog, mert hogy, szóval **tényleg segíthetek más embereknek...sok téren, akiknek szükségük van rám és és...és hogy jobb legyen az életük minden tekintetben..**, (K3)

Az alábbi esetben a rehabilitáció a mentor-programjában átadott értékek építik a pozitív önbecsülést:

„...nekem mondjuk a sikerélmény mindenféleképpen ilyen forduló...a **rehabon kis mentoráltam..az most a rehabon mentor lett..szóval igazából értéket át tudtam adni..nekem az fontosabb talán mint hogy így tiszta vagyok, kis túlzással...**” (F4)

3) Mentorok, minta szerepe

Több függő- interjúban beszámoltak egy hiteles mentor vagy szponzor jelenlétéről, aki modellként szolgált a sikeres, hosszútávú felépüléshez.

„És ott találkoztam egy régi ismerőssel, egy roma sráccal, es ő is anyagos volt, de nem láttam vagy tizen-x évvel ezelőtt, es tőkre szégyelltem magam, és így csak összefutottunk ott az Arénában es megálltunk beszélgetni és **mondta hogy huszonvalahány hónapja tiszta, ő megtért, egyébként, ilyen gyülekezetbe járt, és hogy így beszélt hozzám, nagyon átjött amit mondott. Alig vártam hogy tudjak pénzt csinálni és tudjak menni szűrni, meg beszélgettünk, megadta a számát hogy majd keressem meg, azért kértem tőle egy 500-ast hogy tudjak piát venni..megvettem a piát és így leültem ott az Arénánál és így...így kikészültem, annyira átjött, amit mondott...**” (F5)

„-Mikor jött el a döntés hogy le akarsz szokni?

-...(Egy rehabon lévő barátjáról beszél)...Neki meghalt az anyukája közben és választás elé állította a nővére hogy figyelj, én odaadom neked a pénzt a lakásból és azt kezdesz vele amit akarsz, vagy elmész és változtatsz. És így el se köszönt tőlem, sokáig sérelmeztem hogy egyszercsak eltűnt az életemből a gyerekkori barátom. Tudtam hogy ott van..mikor elment én rá fél évre, még ráhúztam és úgy mentem el. **Az volt a**

döntésem amikor azzal a roma gyerekekkel találkoztam.” (F5)

„ (A rehabon) A mentorom egy 27 éves drogos srác volt és **őt láttam hogy mennyi minden ment át** és ő adott rengetegszer erőt hogy ezt végig tudom csinálni” (F1)

„-Mikor érdemes szponzort választani?

-Bármikor. Érdemes minél előbb, és nekem egy ilyen..több mint tíz éve tiszta..úgy tiszta hogy éli is a programot...szponzorom lett, es akkor..nem tudom, **olyan profi módon tudta ezt a szöveget nyomni es én is elhittem hogy nekem is sikerülhet.**” (F2)

A krónikus beteg csoportban egy alkalommal merült fel hasonló történet, itt a mentor-figura nem egyértelműen a felépülés, inkább a személyiségfejlődés modellje volt:

„-Most az életedben fontos emberekről foglak kérdezni. Ki volt az életedre legpozitívabban ható személy, csoport vagy szervezet?

-(nevet) Hát, anyukám. **Meg...egyetemen volt egy csoport, a [vallásos csoport neve] Bumm! lebuktam, igen...az egyetem első felében a [ismerőse neve], aki egy extravallásos lány volt, elhívott egy hétvégére a [csoport neve]-ba, ahol gyakorlatilag elég...fiatalok, velünk egykorúak, úgymond, még...a házasságkor kell kilépniük a csoportból és általában hetente egyszer volt ilyen csoportos találkozásuk ahol ilyen feladatok voltak, játékok, ilyesmi...és akkor egy csomósor beszélgettek meg mindig volt, mindig úgy volt hogy valaki egy ilyen hát nem esszét de egy ilyen kis összefoglalót tartott egy történetről az életében, amiből a végén levonhattuk a tanulságokat, és gyakorlatilag, hát nem tudom, **nem vagyok vallásos de amikor megismerkedtem a vallással elég más az életszemléletük, szóval így nem tudom, nekem olyan volt hogy akármilyen rossz dolog is történik ők mindig úgy látják, hogy milyen pozitív lesz és ez például nagyon még benyomást tett rám hogy én is mindig..ne a rosszat lássam a dolgokban, hanem csak a jót. Úgyhogy az volt.**” (K1)**

4) Kapcsolatok

Az interjúkból kiemelkedő motívum volt a kapcsolatok fontossága mindkét csoportban. Az egyes esetekben más-más okokból volt elengedhetetlen a kapcsolatok jelenléte:

Józanáshoz vezető fordulópont:

„-És mi történt, mi volt az a fordulópont? Akkor nem a baleset volt konkrétan, hanem egy évvel utána...

-Igen. Összejöttem a **jelenlegi barátnőmmel** is... ő vidékről származik és..vidéken nem úgy tekintenek a kábítószerre mint az alkoholra. És nekem az ilyen nagyon nagy visszatartó erő volt hogy **őmiatta..meg magam miatt sem, mert nem akartam ugyanoda visszakerülni ahol voltam.**” (F3)

A betegség-beismerés és a gyógyulás jelzője:

„...és akkor megírtam Péternek, **ő a párom**, neki írtam egy jó hosszú sms-t, ami gyakorlatilag ilyen békekötés volt, nem is bocsánatkérés, hanem csak tudatni akartam vele hogy valami történt és azt mondtam hogy elengedem, és hogy izé, nem tudom...életem legszebb évei voltak, vállalom mindenért a felelősséget, és hogy mittudomén, szépen leírtam, fogalmam sincs már hogy pontosan mit, és érdekes módon

erre az volt a válasz, hogy van egy be nem fejezett randink és szeretne elhívni jövő csütörtökre. ... **És hát akkor utána így..azóta rendben is vannak a dolgok.**” (K6)

Megtartó közeg, az egészségügy hiányosságait pótló szociális háló:

“Hát most a sérvem a legnagyobb kihívás. Gyerek segít. Barátnőm segít. Kedves barátom segít. Van egy barátom és akkor ő szokott segíteni, tehát ezeket a nehezebb dolgokat, gondoskodik. De hat akkor is kétségbeesítő, tehát mindig arra gondolok hogy mi lenne ha ők nem lennének, es innentől kezdve az embernek igen nehéz megoldani mert államilag elég gyenge az hogy...én nem vagyok egy panaszkodó típus nagyon, de...biztos hogy eljutnak azokhoz is akik erre rászorulnak, ezt a részét én nem látom, odáig nem jutottam el hál' Istennek, mert..vannak, akik..vannak, akik segítenek.” (K5)

„-[a férje haláláról és a betegség nehézségéről beszélt] **Még jó, hogy a család azóta ott áll mellettem és akkor rám csörögnek...**

-Az örökség...

-Hát, igen...igen. Amikor picikék, még nem, de a szülők azok, meg a testvéreim, azok minden áldott nap...nem hagynak békén, sőt. Még ők próbálják hogy még ezt kéne csinálnod meg még azt kéne **szóval hogy ők doppingolni szeretnének** még jobban aztán mikor mondom hogy réges-rég túl vagyok már rajta, akkor „Miért nem szóltál?” abba hagytam volna a szöveget” (nevet) Szóval én magam ismerem annyira hogy tudjam, hogy lehet. Hogy szabad túllépni vagy hogy kell túllépni a nehézségeken.” (K4)

5) Munka

Fontos erőforrás, a büszkeség és a pozitív önértékelés záloga volt a kapcsolatok mellett a munka. Két esetben az élettörténet egészét a karrier építése során elért sikerek dominálták, a betegség-narratívát háttérbe szorítva:

„-Köszönöm. Szeretném, ha most a másik oldalról is esne szó: mi volt életed csúcsmélysége?

-Hát tulajdonképpen az, hogy a sok nehézség mellett azért három diplomát is megszereztem az nagyon sokat számított, és **szépen felmasíroztam az életben a szakma területén...**mondjuk talán **nagyobb élményeim azok voltak amikor az embert úgy elismerték a szakmában** hogy hoppá.

-Van egy konkrét esemény amit el tudsz mesélni?

-Hát, van...önállóan amikor én a negyedik kerületben költségvetési csoportvezetővé váltam akkor az osztályvezető helyett minden értekezletre én mentem és hát csak egy ilyen nagy plénum előtt közölték, hogy hát a..negyedik kerületet felhozta a kolleganő az első három közé. A 23. helyről, nem volt még 23...szóval annyira mély helyről, tehát feltornáztam és azon kívül bármit kérdeztek a szakmában, az mindig így ment (csettint). **Soha nem kellett gondolkodnom, soha nem kellett sőt a kerületnek az egész életét így ismertem mint a tenyeremet, mind anyailag, iskolákat, óvodákat, bölcsődéket..mert az volt a szakmánk. Az volt a területem.**” (K4)

„-Rengeteget kihívás ér az életben mert **mindig olyan munkák találnak meg amiket még nem csináltam** és ami emiatt egy egy mindig az emberek döntési kényszere van hogy bele merjek-e vágni egy olyan **kihívásba** amiből még semmilyen tapasztalatom nincsen vagy maradjak a kis komfortzónámon belül és mondjak nemet erre a valamire és akkor ugyanígy evez tovább az élet vizén az ember mint ahogy kell **tehát ilyen kihívás például most** az utolsó két produkció amiben dolgozom ez a (műsor neve) is

olyan munka volt amit az életben nem gondoltam így így nyomozni kutatni kelljen emberek után, egymástól reménytelenül elveszett embereket megtalálni, de az előtte lévő műsor amiben dolgozam az meg egy televíziós műsorsorozat szülésekről ahova szülőszobába kísértük be az édesanyákat és ott voltunk amikor szültek és annak az operátőre is én voltam tehát az megint kihívás volt hogy képes leszek-e én ezt megcsinálni, képes leszek-e én 20 nő miatt felkelni hajnal 2-kor és rohanni hogy” riasztás van Klára, szülünk!”” (K2)

-Ha az életednek kéne adnod egy címet, központi témát, mi lenne az?

-**A munka. Számomra a munka a központi témája az életnek**, az hogy munkamániás vagyok azt én pozitív szempontnak vagy értéknek tartom és azt hogy alkotni alamit, teremteni valamit az szerintem a világ egyik legjobb dolga és nekem van lehetőségem teremteni... [...]” (K2)

Egy esetben a munka és a betegség összefüggött, az interjúalany egy, hozzá hasonló sorsú embereken segítő alapítványnál éli meg a karrierbeli sikereit:

„-Hát tulajdonképpen a...vázöntők szeretik a kihívásokat, és azért...**gyakran van úgymond feladatom, kihívásom**..például most amit ugye az első részben nem mondtam mert akkor még csak a kiskoromat mondtam el, de hogy most a (név) alapítványnál dolgozom, mint szervező, és...itt is ugye különböző kihívásokat adnak nekem, például hogy szervezzem meg ezt, szervezzem meg azt, hogy így jönnek ide százötvenen és akkor ennek meg annak meg annak kell megfelelni a szállodának és még olcsónak is kell lennie és akkor találjak valamit és...körbe kell néha rohangálni egész Magyarországot.” (K3)

„-...és ott a főnök lánya, egy másik vezető ugye bemutatta nekem hogy hol fogok lakni meg beszélgettünk meg jól elvultunk és utána is a tábort eléggé szóval élveztem. És ők is úgy megismerkedtek viszonylag velem, és utána...hónapokkal a tábor után egyszer itt ülök, szombat délut..este, izé, gépezek, és akkor csörög a telefonom...a főnök lánya, akiről meséltem, azzal, hogy **nekik sürgősen kell egy próbaterem szombat reggelre**, mert hogy mennek Kínába egy föllépésre és hogy a Pető Intézet az utolsó pillanatban visszamondta a próbatermünket és ő tudja rólam hogy **én egy ilyen szervezős gyerek vagyok**, és ezért hogy tudnék-e nekik segíteni és akkor nekem néhány telefonomba került és szereztem nekik próbatermet, ugye voltak kapcsolataim meg minden és...ez nagyon megtetszett ugye mind neki is, mind a próbaterem is nagyon tetszett, a MEOSZ díszterméről van szó és akkor az profi, mindene ott van, na és utána, miután hazajöttek Kínából, utána meghívott az élménybeszámolójukra, majd az apja is meghívott, a vezető, az alapító, meghívott egy (név) Házba, egy útra, ahol is lementek kisbusszal és ebédelni, minden, beszélgetés, tárgyalás, és meghívtak engem és hogy jöjjenek el, és én természetesen jöttem, mentem..és akkor a kocsiban ugyanúgy mint te, elkérte az egész életemet, és..és utána már asszem hazafelé jövet, de **felkínált egy állást nekem, hogy legyek a (név) Alapítványnál, dolgozzak.**” (K3)

Több esetben a munka a függetlenség megtestesítője volt:

„-**Az a legnagyobb félelmem, hogy nem tudom..elvesztem a munkámat**, és nem találom újat, és vissza kell költöznöm a szüleimhez, és ott, velük kell élni. Ez, folyamatosan bennem van ez a félelem.” (F2)

„-Hát hogyha minden rosszra fordulna akkor először a barátnőmet veszíteném el..utána **a.lakást, ahol lakom, nem tudnám fizetni a számlákat** és akkor jönne ez az opció hogy először barátoknál esetleg meg tudnám húzni magamat és utána szerintem az lenne hogy utca és szerintem **onnan vagy a börtön vagy a temető** lenne ez a két opció lenne, hogyha rosszra fordulna.” (F3)

Miben hasonlít és miben különbözik a beteg-identitás krónikus betegek és függők esetében?

Különbség:

Azonosulás a betegséggel

A függőség sok esetben annyira beleépült az identitásba, hogy már a bemutatkozás során az önjellemzés eszköze lett: „Én függő vagyok”.

„**Azt nem mondom hogy a játékfüggőség mellett alkoholistának is vallom magamat, de az biztos hogy én nem tudok egészségesen alkoholt fogyasztani...**” (F1)

„[...]de eljárók GA-ba, van szponzorom, **438 napja nem játszottam és nem ittam...**” (F1)

„-[a nevét mondja] vagyok....42 éves...**3 éve tiszta, felépülésben...**számomra ez egy nagy eredmény..hát előtte...25 éven keresztül nem tudtam letenni a poharat...az utóbbi tíz évben a kábítószereket...” (F4)

A függők számára a felépülés során kialakul az a tudat, hogy akár egy jelentéktelennek tűnő használat is teljes visszaeséshez vezethet, a függőség „egész életre szól”:

„-Ja, hogy akartam akkor..gondoltam, hogy..hát, gondoltam, hogy akkor..nem megy ez nekem akkor ígyunk. De gondoltam hogy te hülye vagy? **Hát tudod pontosan hogy hogy lesz az egész folyamat, hogy most négy sör...akkor holnap már megint négy aztán még lemész hozol négyet..aztán egy hát múlva már reggelre is bekészítesz hogy legyen négy, hát önnek mondom..nincs sok jövője...**” (F6)

A krónikus beteg csoportban ezzel szemben a betegség „kijön”, „van”, „megtörténik”, „megállapítják” és „kezelik”:

„[...] **megállapították** azt, hogy az úgynevezett Raynaud-kór az egy...hogy is mondjam hogy rövid és velős legyen, egy szívritmussal összefüggő tehát egy kicsit túl sok volt a teher rajtam, röviden és velősen, mert tanulás, munka, család, már az otthon maradó család ellátása az mind az enyém volt úgyhogy a végén az orvos azt mondta hogy egy negyven éves, öt gyerekes családanyának is untig elég ezt végigcsinálni mint amit én végigcsináltam. **Kész. Aztán utána úgy ahogy talpraállítottak mert tudták azt, hogy kell, én meg igyekeztem mindent megoldani az életben.**” (K4)

„-Az ekcéma?

-Az ekcéma.

-Hát **már kiskoromban is volt** amúgy, arra emlékszem hogy mikor már ovis voltam is volt amúgy [...]” (K1)

Egy esetben érdekes átmenet volt megfigyelhető a betegséggel való azonosulásban:

„Néha úgy érzem hogy az én életemet is valami ilyesmi jellemzi, ha így érhetőbb, annak ellenére hogy **már nem tartom magam bipolárisnak, vagy hogy lényegében tünetmentesnek.** öt évvel ezelőtti vagy tíz évvel ezelőtti énemhez képest biztosan. De valahogy így benne van ez a semmi nem lesz már ugyanolyan [...] „ (K6)

Hasonlóság:

A stigmatizáció jelenléte

„-Hát..hogy bárcsak ne próbáltam volna ki a heroint. Mert nekem az volt ami így..hogy ha ott nem lett volna ez a dolog akkor tök szuper életem lehetett volna...gyerekkorom...hát így is volt de ez így elég negatívan rányomta nekem még most is amikor kórházban voltunk és én elmondtam hogy...függő voltam akkor így az egészségügyi dolgozók én azt hittem hogy erre tudnak úgy tekinteni mint egy betegségre de...olyan mintha skarlát betű lett volna a fejemen és ha esetleg a térdem miatt fájdalomcsillapítót kértem akkor az volt hogy biztos azért mert te függő vagy és ez elég negatív volt és elég sok helyen ért ilyen negatív megkülönböztetés.” (F3)

„Meg..eleve az hogy az ember ilyenkor úgy érzi hogy magyarázattal tartozik a másíknak gyakorlatilag ilyenkor az ember szerintem kilóg a társadalomból olyan szempontból hogy szégyelli is ellenben nem is tud mit csinálni ezzel a helyzettel. **Hogy elmondja..akkor is..úgymond hülyének nézzük mert egy cukorbetegség miatt az embert nem nézik hülyének mert az egy kézzelfogható dolog. Ellenben hogyha azt monddod hogy bipoláris vagy vagy ilyesmi, akkor az..az..akkor mindenki azt hiszi hogy egy dühöngő őrült vagy, aki..aki nem tudom, kábítószeren él mert körülbelül a pszichiátriai gyógyszerek megítélése az olyan.** Vagyis anno olyan volt, amikor még beszéltem erről emberekkel, és akkor még meg kellett tanulni azt is hogy kommunikáljam vagy épp ne kommunikáljam le ezt a környezetemmel. Meg magammal. Tehát az amikor el kell döntened azt hogy ez most csak..a...fejedben történik csak, jogos-e részedről az hogy kiborulsz, vagy ne, ami mondjuk egy párkapcsolatban eleve nagyon nehéz. és ez hogyha még a párod egészséges és te bipoláris..ezt nyilván ő is tudja, akkor akkor ott eldönteni hogy most én vagyok idézőjelben például paranoidás vagy tényleg jogos a felháborodásom, ezekből régen nagyon sok konfliktus volt.” (K6)

„...ez így végülis, mindenki türelmetlen, türelmetlen az orvos, mert menjek vissza dolgozni, **ne üljek a nyakán mint betegállományban lévő,** ugyanakkor fizikailag nem tudsz dolgozni, ha visszajössz dolgozni akkor megszűnik a betegállományod ami arra jogosít hogy egyszer leszázalékoljanak vagy tanulj valami mást, ami..ami olyan, úgyhogy..azért ez így teljesen jó hogy megtaláltam ezt az üzletet ahol nincsenek ilyen nagy, emelnivaló dolgok.” (K5)

A diagnózis szerepe

A diagnózis jelenthet feloldozást a morális elítéltség alól:

„-[...]Hát a lépéseken, mert azon azért volt 1-2 ilyen...meglepő dolog. Az volt ilyen felszabadító érzés, az első lépésben van, hogy **nem erkölcsi gyengék vagyunk, hanem ez egy betegség.** És akkor ez is segített elfogadnom magamban a dolgokat, mert ez...ez valahogy az én fejemben is úgy volt hogy ez egy gyengeség.” (F2)

Egy esetben a még a „vándorlás fázisában” lévő beteg reménykedik, hogy végre megtalálják a tüneteinek mögött lévő valódi betegséget:.

*„-Hát végül is igen, folyamatos fertőzés, gyengíti az immunrendszert, és szedtem immunerősítőt és akkor is sokkal jobb mindig a bőröm, úgyhogy tehát hogy volt már ilyen szakasz amikor szedtem az immunerősítőt szeptemberben és akkor is megint visszacsökkent az ekcéma, úgyhogy már nagyon várom, **hátha...na majd most, na majd most!**” (K1)*

Az alábbi részlet a mentális zavar diagnózisával és a félrekezeltséggel való együttélést mutatja be:

*„Ez így volt érettséginek az első feléig, amikor kiütözött először ez a bipoláris zavar. Ami abban nyilvánult meg, hogy...először csak pánikrohamok...aztán paranoia...aztán téveszmék...például szemléltető példaképpen felültem a metróra iskolába menet, és hogyha ott volt egy újság, akkor én biztosan hittem, hogy azt nekem raktak oda és valami méreggel át van itatva és nem szabad megfognom és egyéb ilyen érdekes dolgok, **és volt néhány tiszta pillanatom amikor én úgy döntöttem, hogy márpedig ez így nem oké, ez így nem jó, erre mondták később hogy betegségbelátó vagyok, ami egy elég jó dolog, mert nagyon sokan nem azok és lényegében én magam döntöttem úgy hogy elmentem pszichiáterhez ezzel a problémával..leérettségiztem sokkal rosszabb eredményekkel, mint amilyen tanuló voltam fél évvel-egy évvel előtte. Majd 18 éves koromtól fogva a következő 3-4 évem arról szólt, hogy először skizofrén vagyok. Aztán skizoaffektív pszichózist állapítottak meg. Már mostanra kiderült hogy valószínűleg egy nagyon masszív bipoláris zavar amit leginkább a kevert és maniás állapotok jellemeznek, amit én nagyon intenzíven éltem meg, és rosszul volt kezelve [...]” (K6)***

DISZKUSSZIÓ

Szerkezeti sajátosságok

A függő csoport narratívájának szerkezeti sajátosságai

A függő csoport azon tagjainál, akik 12-lépéses vagy drogrehabilitációs programban vettek részt a felépülésük során, egy sajátos szerkezetű és tartalmú narratíva volt megfigyelhető. Ennek része többek között a kontamináció-mélypont-helyrehozás V alakú narratív szerkezete, a másoknak okozott károk sorolása és a józan élet által kapott ajándékok számba vétele. Ennek magyarázata, hogy Magyarországon egyre ismertebbek az Anonim Alkoholisták, Anonim Narkósok és a viselkedéses függőségekre specializálódott önszorgató csoportok (Anonim Szerencsejátékosok - GA, Anonim Szex-és Szerelemfüggők - SLAA). Fontos említést tenni a médiában megjelenő felépülés-történetekről, ismertebb könyvekről is. Ilyen például a Repülök a gyógyszerrel (Bajzáth, Rácz, Tóth, 2014) és a Szerencsejáték életre-halálra (Fekete Péter, 2005). Ez az eredmény összhangban van a korábbi kutatási tapasztalatokkal (pl. Hanninen, Koski-Jannes, 1999), mely szerint a 12 lépéses programok egyik fő hatóereje az identitás rekonstrukciójában rejlik, így elősegítve az új, józan identitás kiépítését. A közös narratív keret modellt adott a felépülő függőknek a saját élettörténetük újrafogalmazásához, és annak külvilággal való kommunikációjához.

A mentális betegség narratívájának szerkezeti sajátosságai

Érdekes, új eredmény volt azonban a bipoláris depresszióval élő interjúalany története: a narratívájának szerkezete jobban hasonlított a függőkéhez, mint a krónikus betegekéhez. A felépülése folyamatához elengedhetetlen volt a személyes felelősség belátása a mélyponton, emellett megjelent a betegség stigmatizáltságából és a félrekezelésből adódó problémák visszatartó ereje. Ezt magyarázhatja az elméleti bevezetőben ismertetett vitatott betegségkép (contested illness) -nézet. Mivel mind a függőségek, mind a mentális zavarok kevésbé ismertek, eredetükkel kapcsolatban nincsen konszenzus és a köztudatban való megítélésük torzított és félelmet keltő, a betegséggel való azonosuláshoz vezető út és a diagnózis nyújtotta megnyugvás, igazolás hasonlóvá teszi a kétféle betegség felépülési narratíváját is.

A krónikus betegség szerkezeti sajátosságai

A vizsgálatban részt vevő többi krónikus betegnél nem volt megfigyelhető a fentihez hasonlóan egységes narratív keret. Ez magyarázható azzal, hogy Magyarországon nem ismert olyan önszolgáltató kör vagy közösség, amely hasonló történeti keretet nyújtana a résztvevőknek. Az interjúkból kiemelkedő fő motívum a vándorlás és a harc, amely főleg az egészségügyi rendszerrel való vívódást és a bizonytalan diagnózis okozta frusztrációt jellemzi. A diagnózis szerepe röviden így is megfogalmazható: „jogom van betegnek lenni”. Krónikus betegségek esetében kevesebb példát találni az AA-hoz hasonló egységes történet-keretre, amely elősegítené a betegséggel való együttélést. Előfordulnak alulról szerveződő önszolgáltató csoportok, fórumok, ahol a betegek megosztják egymással tapasztalataikat, nehézségeiket – és sikeres gyógyulásuk, tünetmentességük történetét is. A médiában is találni példákat ilyen sikertörténetekre, az egyik legismertebb magyar példa talán Hozleiter Fanny (Mosolyka), aki írásaiban és interjúiban a krónikus izomsorvadással való megküzdésre mutat példát. Az utóbbi évtizedben egyre több, a betegségnarratívák hiányát betöltő film jelenik meg: ilyen például a Stephen Hawking életét és az izomsorvadással való küzdelmét bemutató *A mindenség elmélete* (2014) és a rákból való felépülést bemutató *50/50* (2011).

Összességében azonban a krónikus betegségekkel kapcsolatban dominál a külső, társadalmi kontroll nézete („beteg vagyok, az orvos meggyógyít”), míg a függőségekkel kapcsolatban egyre több vallomás-és felépüléstörténet kerül a napvilágra. Az elméleti áttekintésből kitűnik, hogy a két csoportra jellemző narratívák között párhuzamok vonhatóak: mind a függőség, mind a krónikus betegség az addigi élettörténet, és így az identitás megszakadását (disruption) jelenti. Míg a függőségnél találunk a köztudatban élő narratívákat, amelyeket a felépülők felhasználhatnak énjük újraépítésére, krónikus betegség esetén kevés ilyenre van példa.

Erőforrások

A felépülő függők a rehabilitáció során végzett pszichoterápiás munka eredményeként önismeretre tesznek szert, amit alkalmaznak környezetük és saját döntéseik megértésére. A krónikus beteg csoport esetén ezzel párhuzamosan fokozott test-tudatosságról és orvosi ismeretekről számoltak be. Egyes esetekben megjelent a lelki folyamatok betegséggel való összekötése is (pl. a stressz hatása a sérv vagy az ekcéma kialakulására), azonban a krónikus beteg- interjúk többségében a biomedikális nézet dominált. Fontos erőforrás volt emellett a megszerzett tudás átadása. A megszerzett tudás alkalmazásával és átadásával a beszélők passzív beteg-szerepből aktív, tanítói szerepbe válhattak. Tapasztalatom alapján a legtöbb alany az interjúzásban való önkéntes részvétel is ennek a tanító szerepnek a részét jelentette.

Minden résztvevő számára a felépülésben elengedhetetlen volt egy támogató, megtartó közeg jelenléte, illetve az aktívan dolgozók mindannyian fontosnak tartották a munkájukat, karrierjüket, mint az egészséges és független élet zálogát, Freud szavaival élve az egészséges élet definíciója itt is a „szeretni és dolgozni” volt. A függő csoportban többen is beszámoltak olyan mentorról (rehabilitációs rendszer), szponzorról (AA-közösség), vagy megtért, józanodó függőtársukról akire követendő modellként tekintettek a felépülésük során, a krónikus betegek között egy esetben merült fel hasonló példakép, itt azonban egy általános személyiségfejlődéshez szolgáltatott mintát a közösség, amely nem kötődött össze a betegségből való felépüléssel.

A betegségek sajátos narratívája

Fontos szempont ezen felül, hogy az általam vizsgált krónikus betegek mindannyian más betegségről számoltak be. Míg a felépülő függők drogalitástól függetlenül hasonló tapasztalatokat éltek meg, a krónikus betegek különböztek a betegség-élményben és annak megfogalmazásában. Ez összhangban van Sheilds és munkatársai (2014) eredményeivel. Rákos, krónikus vesebetegséggel élő és HIV-fertőzött betegeket vizsgáltak mélyinterjúk módszerekkel. A betegségek lefolyása és életre való hatása hasonló, az egyes betegségek tüneti és kezelési sajátosságai azonban befolyásolják az érintettek narratíváját. A rák például a visszaesés lehetőségével folyamatos fordulópontokat hoz az élettörténetbe, a krónikus vesebetegség esetén a látszólag eseménytelen kialakulástól az életet meghosszabbító művesekezelésig vezető történet dominál, míg a HIV-re a halálos ítélettől a remény megtalálásáig vezető történet jellemző. Ez az eredmény jelen vizsgálatomban is megmutatkozott, a hirtelen rohamokat okozó, életet fenyegető szívbetegség, a saját megítélést is megkérdőjelező és erősen stigmatizált bipoláris zavar, és az autóbaleset okozta bénulás eltérő történetmeséléshez vezetett, mint a szinten tartható, ismert és nem halálosan fenyegető betegségek (például az asztma).

Különbség és hasonlóság

Az Anonim Alkoholisták első lépése a tehetetlenség beismerése. Ez magában foglalja a függőség-identitás elfogadását is: a függőség egész életre szól és a visszaesés bármikor lehetséges. Ez a felfogás az AA-és NA csoportokban és rehabilitációban részt nem vevő függő alanyok esetén is megfigyelhető volt, magukat az interjúzás során függőként azonosították. A krónikus beteg csoportban ez az azonosulás a legtöbb esetben feltűnően nem jelent meg: a betegség „megtörténik”, „mindig is volt”, „helyreállítanak belőle”. Ez az eredmény arra utal, hogy a vizsgált krónikus betegek többsége a betegséget egyrészt a köztudatban domináló orvosi nézőpontból tekinti, és a kontrollt is kívülre helyezi: „beteg vagyok, az orvos meggyógyít.” Másrészt ez a beszédmód távolításhoz vezet, a cél az eredeti, tünetmentes állapot elérése. A bipoláris depresszióval élő alany itt szintén kivételt képezett: először elutasította, hogy jelenleg bipoláris lenne, majd javította magát tünetmentesre. Így a krónikus beteg „rosszul voltam, már jól vagyok” felfogásból átváltott a függők „betegség egész életre szól” felfogásába, emlékeztetve magát arra, hogy a diagnózis része a visszaesés folyamatos lehetősége. Fontos emellett szót ejteni az autóbaleset okozta bénulásból felépülő interjúalanyról. Az identitása megfogalmazásának szempontjából hasonlított a krónikus beteg csoport többi tagjára, amennyiben nem tett „én a betegségem vagyok” állításokat a beszélgetés során. Azonban a története egésze identitás-rekonstrukcióról tesz

tanúbizonyosságot, ahol ő egy bénulásból felépült, azonban már egészséges személy, aki tapasztalatait más rászorulóknak számára teszi elérhetővé. Ebben az esetben a felépülés teljes volt, és így az identitás egy súlyos traumából felépült, azonban már nem beteg személy történeteként jelenik meg.

A stigma jelenléte

A sztereotípiák jelenléte mindkét vizsgált csoportban jelen volt. Az eredményekben ismertetett három idézet szemléletesen mutatja be a háromféle, elkülönülő tapasztalatot. Először a józanodó függő szólal meg, akinek az orvosok nem írnak fel fájdalomcsillapítót – múltja „skarlát betűként” jelenik meg az interakcióiban. Másodszer egy cukorbetegséggel és mentális zavarral élő nő szólal meg, aki kontrasztot állít a „megfogható” diabétesz és a kiszámíthatatlannak, veszélyesnek feltüntetett bipoláris zavar között, amelyről nem tud másokkal beszélni. Ez összhangban van Stuart fent ismertetett 2006-os elemzésével: a betegségről alkotott kollektív sztereotípiáink a belső és külső viszonyulást is meghatározzák, így hatásuk igen jótékony és igen káros is lehet, tartalmától függően. Harmadszor, szinte az előbbiekre válaszolva a „megfogható” sérvvel élő nő idézete megmutatja, hogy az orvosilag egyértelmű diagnózisok esetén is létezik sztereotípiák a betegállományban maradó, dolgozni nem akaró betegről (aki, azonban ha túl hamar kezd dolgozni, betegségét elhanyagoló, non-compliant beteggé válhat). Ezek az eredmények a szakirodalmi háttért megerősítve arra utalnak, hogy minden betegséggel kapcsolatban fontos egy reális kép közvetítése a médiában, emellett a felépülő identitásra fokozottan hat az egészségügyi dolgozókkal való kapcsolat is.

Összefoglalva elmondható, hogy a függőségből felépülők mindannyian újraépítették identitásukat a rendelkezésükre álló szocio-kulturális (AA, NA) narratív modellek segítségével. A felépülés elengedhetetlen része a személyes felelősség beismerése és gyakorlása, és ennek kommunikációja a külvilág felé. A krónikus betegek esetében ezzel szemben a betegség az életük egy részeként jelent meg, ahol a felelősség főleg az egészségügyi rendszeré, és a cél a tünetmentes állapot elérése és fenntartása. Identitás-rekonstrukció csak egyes esetekben volt megfigyelhető: a mentális zavar esetén külön narratíváról beszélhetünk, ami a függőkéhez hasonlóan a mélypontra elért személyes felelősségvállalásra épül. A súlyos balesetből való hosszú, évekig tartó felépülés pedig egy „rosszul voltam, jól vagyok” történetet eredményezett, ahol a felépülésből nyert pozitívumok továbbadása volt a domináló motívum. A felhasznált erőforrások a két csoport esetén hasonlóak voltak, így elmondható, hogy a munkából és közeli kapcsolatokból nyert pozitív önértékelés elindítja és fenntartja a felépülés folyamatát. Emellett fontos eredmény, hogy a függők és a krónikus betegek egyaránt megfogalmaztak egy igényt az általuk megélt tapasztalatok továbbadására, így passzív betegből aktív segítővé válva.

Az eredmények összevetése a szakirodalommal

Charmaz beteginterjúk alapján kidolgozott nézőpontrendszere sok szempontból hasonlít Frank felosztásához. Kutatásomban két narratívátípust különítettem el, az egyik Charmaz betegséggel azonosuló (embracing) csoportja: ide főleg a függőségből felépülők tartoznak, akik számára „a betegségem én vagyok” felfogás domináló, illetve

ide illik a bipoláris depressziós és a bénulásból felépült interjúalany története is. Ez a csoport átfedést mutatott Frank kereső-felfedező narratívájával: a betegséggel való azonosulás egy tanulási és fejlődési folyamat, amelyben az én megerősödik és közelebb kerül valódi önmagához. A másik kategóriája Charmaz terminológiájával az együtt élők (incorporating) csoportja: „A betegség az életem része, elfogadom, de nem azonosulok vele”. Ide főleg a gyógyszerrel szinten tartható betegségek tartoztak (pl. asztma, ekcéma, szívproblémák). Ez a csoport szintén átfedést mutatott, Frank restitúciós narratívájával: a cél az eredeti állapot (jelen esetben a tünetmentesség) elérése és fenntartása. A két kategória elkülönülését véleményem szerint a betegségek megélt súlyossága határozza meg: amennyiben a trauma olyan erősen kihat a beteg életére, hogy diszruptív élménnyé válik, azonosulásra és identitásrekonstrukcióra van szükség. Más esetben a krónikus betegség egy visszatérő megoldandó problémaként jelenik meg az élettörténetben, mellyel együtt lehet élni.

Frank káosz-narratívája nem jelent meg a vizsgálatban, ahogy Charmaz elfojtó-narratívája sem. Ezt az magyarázza, hogy a vizsgálat önkéntes részvételre alapult, így minden résztvevőről feltételezhető, hogy valamilyen mértékben azonosult a betegségével, és élettörténeti narratíváját is ennek fényében alakította ki.

Hydén felosztása szerint a fenti kategóriák a „betegség, mint narratíva” csoportjába tartoznak, azonban azokat a „betegségről folyó narratíva” figyelembe vételével vizsgáltam. Az interjú tapasztalataim igazolták Hydén kritikai nézetét, hogy a betegek beszámolóit elválaszthatatlanok a környezetükben hallott történetektől, az egészségügyi dolgozók hozzájuk való viszonyulásától és a követendő és elkerülendő példáktól. Ahogy az elméleti bevezetőben láthattuk, a történeteket közösségek alkotják, még akkor is, amikor egy belső folyamatról (pl. fájdalom) van szó. Hydén harmadik kategóriája, a „narratíva, mint betegség” krónikus neurológiai károsodást elszenvedett betegekre vonatkozik, így nem kötődik szorosan a vizsgálatomhoz. (Ám érdekességként megjegyzendő, hogy egy interjúalanyom az agysérülését és kómát követő időszakból beszámolt egy epizódról, amikor képtelen volt beszélni, és ebből fakadóan koherens emlékei sem alakultak ki erről az időszakról, az állati tudatossághoz hasonlítva az élményt. Így egy rövid kitekintés erejéig ez a narratíva is megjelent a vizsgálatban.)

Szintén egyén és környezet viszonyára világít rá Bury (2001) betegséget magyarázó nézőpontrendszer. Bury narratív rétegeket határozott meg, amelyek egyszerre lehetnek jelen egy narratívában. Vizsgálatom eredményei szerint a krónikus betegek között a kontingens narratív réteg dominált, amely a betegség eredetére vonatkozó hit, valamint a betegség mindennapi életre való hatása. Ezt mutatja a vándorlásra és a konkrét testi tünetekre helyezett hangsúly, és az egészségügy kezébe helyezett kontroll is. A függők esetén a felépülés sokkal inkább az egyén visszailleszkedése a társadalomba, amit Bury morális narratívaként fogalmazott meg. Ezt illusztrálja az interjúk során gyakori „tékozló fiú” történetvezetés, a bűnök sorolása és jóvátétele, a bizalom és a következmény hangsúlyozása. A magnarratíva a laikus tapasztalatok kötődése egy nagyobb egészhez, közös szenvedés-és gyógyulástörténeteinkhez. Tapasztalatom alapján ezt minden résztvevő esetén a

személyiségük és megküzdési módjaik, nem a betegség határozta meg. Jól szemlélteti ezt az interjúm utolsó kérdésére, az élet központi témájára adott válaszok sokfélesége: volt, aki humorral és iróniával mutatta be betegségét és felépülését („Félelem és reszketés...drogok nélkül!”), volt, aki az életének a „Harc az életben maradásért” címet adta, és a betegséggel való megküzdése egyetlen példa volt a sok közül ennek szemléltetésére.

A vizsgálatomban résztvevő mentális betegséggel élő alany beszámolóit igazolták Yanos és munkatársai (2010) kutatási eredményeit. A bipoláris depresszióhoz kötődő kiszámíthatatlanság, hangulatingadozás, inkompetencia sztereotip képzete a beteg saját személyiségének megkérdőjelezéséhez vezetett: „Hol végződik a betegségem, és hol kezdődöm én?”. Az általuk megfogalmazott protektív faktorok megjelentek a K6-os interjúban: a remény és a kompetens identitás megőrzése és újraépítése (pl. irodalmi tehetség felfedezése, felelősségvállalás lányként, barátnőként, felnőttként) megelőzték a visszaesést és lehetővé tették a felépülést.

Összefoglalva tehát az interjúalanyaim az általuk megélt trauma szempontjából kettéoszthatóak egy „azonosuló”, és egy „betegséggel együtt élő” csoportra. Azt, ahogy történeteiket mesélték, erősen befolyásolta a társadalmi elvárás és közös szociokulturális narratív sémáink, amelyre mesélő és hallgatóság egyaránt épít. A felépülés vizsgálata során fontos figyelembe venni az adott betegség fizikai sajátosságait, a betegség megjelenését a köztudatban, a betegség okozta szenvedés észlelt nagyságát a páciens életében, és a beteg személyiségéből fakadó, saját történeteket (pl. hős, vagy áldozat).

KITEKINTÉS, LIMITÁCIÓK

Célom alapvetően a krónikus betegségekre és a függőségekre jellemző narratívák összehasonlítása volt, ám az interjúk felvétele és elemzése során egyértelművé vált, hogy azt nem lehet elválasztani a konkrét betegség illetve függőség típusától sem. Ugyanakkor az interjúim lehetőséget adnak az egyes betegség-és függőségtípusok egymással való összehasonlítására, amely további kutatási kérdések alapjául is szolgálhatnak. A krónikus beteg csoport egy kivétellel kizárólag nőkből, a felépülő függő csoport kizárólag férfiakból állt. A kutatás időbeli limitáltsága és a toborzási feltételek specifikussága miatt nem tudtam befolyásolni a résztvevők nemének és korának arányát, ezért ezek a különbségek is befolyásolhatják a narratívák közötti különbségeket. A jövőben érdekes kutatási szempont lehet a krónikus beteg öngyógyító csoportok vizsgálata, a felépülés-történetekre jellemző narratív sajátosságok, erőforrások és az identitás megjelenése szempontjából. Szintén érdekes kérdés a jövőre nézve az azonos betegséggel való megküzdés egyéni különbségei az élettörténeti narratívákban.

IRODALOMJEGYZÉK

- Adler, J.M. (2012). Living into the story: Agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(2), 367-389.
- Bartlett, F. (1967). *Remembering*. London: Cambridge University Press.
- Bajzáth, S., Tóth, E. Zs., Rácz, J. (2014). *Repülök a gyógyszerrel - A kábítószerelés története a szocialista időszakban Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Beaudoin, M., Zimmerman, J. (2011). Narrative Therapy and Interpersonal Neurobiology: Revisiting Classic Practices, Developing New Emphases. *Journal Of Systemic Therapies*, 30(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1521/jsyt.2011.30.1.1>
- Bruner, J. (1991). The Narrative Construction of Reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1. <http://dx.doi.org/10.1086/448619>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction?. *Sociology of Health & Illness*, 23(3), 263-285. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.00252>
- Bülow, P. H. (2009). Tracing Contours of Contestation in Narratives about Chronic Fatigue Syndrome. In Moss, P., Teghtsoonian, K. (eds) (2009) *Contesting Illness: Processes and Practices*. Blackwell Publishing Ltd., Hoboken.
- Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Csépe, V., Győri, M., Ragó, A. (2007). *Általános pszichológia*. Budapest: Osiris.
- Delbene, R. (2011). Patients' Narratives of Chronic Illnesses and the Notion of Biographical Disruption. *Communication and Medicine*, 8(1). <http://dx.doi.org/10.1558/cam.v8i1.17>
- Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U., & May, A. (2004). Neuroplasticity: Changes in grey matter induced by training. *Nature*, 427(6972), 311-312. <http://dx.doi.org/10.1038/427311a>
- Ehmann, B.(2000).A számítógépes pszichológiai tartalomelemzés alkalmazási lehetőségei. PhD értekezés. Budapest (idézi: László, 2005)
- European Hospital and Healthcare Federation (HOPE). (2010). *Chronic Diseases – A clinical and managerial challenge*. (letöltve: 2015.10.19.)

- (http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/84_chronic-diseases/84_HOPE_Publication-Chronic_diseases-October_2010.pdf)
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Fekete, P. (2005). Szerencsejáték életre-halálra Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Felvinczi, K. (2009). Drogpolitika számokban. Budapest: L'Harmattan. 375-411.
- Gergen, K., & Gergen, M. (1988). Narrative and the Self as Relationship. *Advances In Experimental Social Psychology*, 21, 17-56.
- Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) (2013). A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában. (letöltve: 2015.10.21.)
- (http://www.eski.hu/new3/kutatas/zip_doc/2013/kronikus_ellatas_nemzetkozi_v3.pdf)
- Hanninen, V., Koski-Jannes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94(12), 1837-1848. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.941218379.x>
- Hughes, K. (2007). Migrating identities: the relational constitution of drug use and addiction. *Sociology Of Health and Illness*, 29(5), 673-691. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01018.x>
- Hydén, L. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48-69. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>
- Jansen, M., Chalmers, R., Mitchell, G., Kinoshita, B., Lam, D., & McMahon, T. et al. (2011). Characterization of patients who report compliant and non-compliant overnight wear of soft contact lenses. *Contact Lens And Anterior Eye*, 34(5), 229-235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clae.2011.01.001>
- Josselson, R. (1996). Ethics and process in the narrative study of lives. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- László, J. (2005). A történetek tudománya. Budapest: Új Mandátum.
- László, J., Csertő, I., Fülöp, E., Ferenczhalmy, R., Hargitai, R., & Lendvai, P. (2013). Narrative Language as an Expression of Individual and Group Identity: The Narrative Categorical Content Analysis. *SAGE Open*, 3(2). <http://dx.doi.org/10.1177/2158244013492084>
- Levy-Gigi, E., Keri, S. (2014). EPA-0847 – Association among clinical response, hippocampal volume, FKBP5 gene expression and cognitive flexibility in individuals with posttraumatic stress disorder receiving cognitive behavioral therapy. *European Psychiatry*, 29, 1-2. [http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338\(14\)78184-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338(14)78184-2)

- Llewellyn, H., Low, J., Smith, G., Hopkins, K., Burns, A., & Jones, L. (2014). Narratives of continuity among older people with late stage chronic kidney disease who decline dialysis. *Social Science & Medicine*, 114, 49-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.037>
- Lyotard, J-F. (1979) *The Postmodern Condition*. Manchester University Press
- McAdams, D. (2001). The psychology of life stories. *Review Of General Psychology*, 5(2), 100-122. <http://dx.doi.org/10.1037//1089-2680.5.2.100>
- McAdams, D., Anyidoho, N., Brown, C., Huang, Y., Kaplan, B., Machado, M. (2004). Traits and Stories: Links Between Dispositional and Narrative Features of Personality. *Journal of Personality*, 72(4), 761-784. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00279.x>
- McAdams, D. P.; McLean, K. C. (2013). Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science* 22 (3).
- McIntosh, J., McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1501-1510. [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00409-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00409-8)
- McLellan, A., Lewis, D., & O'Brien, C. (2001). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *Survey Of Anesthesiology*, 45(4). <http://dx.doi.org/10.1097/00132586-200108000-00061>
- Mohatt, G., Rasmus, S. (2004). "Tied together like a woven hat:" Protective pathways to Alaska native sobriety. *Harm Reduction Journal*, 1(10).
- Mumby, P., Hurley, C., Samsi, M., Thilges, S., Parthasarathy, M., & Stiff, P. (2011). Predictors of non-compliance in autologous hematopoietic SCT patients undergoing out-patient transplants. *Bone Marrow Transplant*, 47(4), 556-561. <http://dx.doi.org/10.1038/bmt.2011.129>
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Pals, J. (2006). Narrative Identity Processing of Difficult Life Experiences: Pathways of Personality Development and Positive Self-Transformation in Adulthood. *Journal of Personality*, 74(4), 1079-1110. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00403.x>
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, (4), 863-871. (idézi: László, 2005)
- Perlick, D., Rosenheck, R., Clarkin, J., Sirey, J., Salahi, J., Struening, E., & Link, B. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: Adverse Effects of Perceived Stigma on Social Adaptation of Persons Diagnosed With Bipolar Affective Disorder. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627-1632. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1627>

- Pervin, L., John, O. (1999). Handbook of personality (pp. 242-263). New York: Guilford Press.
- Rácz, J. (2006). Kvalitatív drogkutatások. Budapest: L'Harmattan.
- Roffman, J., Witte, J., Tanner, A. (2014). Neural Predictors of Successful Brief Psychodynamic Psychotherapy for Persistent Depression. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 83(6), 364-370.
- Semin, G. R., Fiedler, K. (1988). The cognitive functions of linguistic categories in describing persons: Social cognition and language. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 558-568. (idézi: László, 2005)
- Sheilds, L., Molzahn, A., Bruce, A., Schick Makaroff, K., Stajduhar, K., Beuthin, R., Shermak, S. (2015). Contrasting stories of life-threatening illness: A narrative inquiry. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(1), 207-215.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.008>
- Stuart, H. (2006). Media Portrayal of Mental Illness and its Treatments. *CNS Drugs*, 20(2), 99-106. <http://dx.doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002>
- Szabó, J., Gerevich, J. (2010). Alkoholbetegek önéletrajz-rekonstrukciós csoportterápiája. *LAM*, 20(8):521-525.
- Tavernier, R., Willoughby, T. (2012). Adolescent turning points: The association between meaning-making and psychological well-being. *Developmental Psychology*, 48(4), 1058-1068. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026326>
- Teichert, D. (2004). Narrative, Identity and the Self. *Journal Of Consciousness Studies*, 11(10-11).
- Van der Westhuizen, D. (2009). Recovery from drug addiction: Discursive feats in the reconstitution of lives. Univeristy of Cape Town, Department of Psychology, Cape Town.
- West, R. (2013). Models of Addiction. EMCDDA Insights., <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction> (letöltve: 2015.10.21.)
- White, M., Epston, D. Narrative Means to Therapeutic Ends. Norton, 1990.
- White, W. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>
- Winick, C. (1962). Maturing Out of Narcotic Addiction. *Bulletin On Narcotics*, 14(1), 1-7.

Yanos, P., Roe, D., Lysaker, P. (2010). The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal Of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73-93.
<http://dx.doi.org/10.1080/15487761003756860>