

Externalizáló beszélgetés az ártalmas szerhasználat és a szenvedélybetegségek befolyásolásában

Kelemen Gábor dr.

Mentalhygiénés Intézet, Pécs

A szerző a háziorvosnak az ártalmas szerhasználat és szenvedélybetegség korai felismerésében és rövid intervenciójában játszott növekvő szerepéből kiindulva az externalizáló beszélgetés elveiről és jellegzetességeiről nyújt áttekintést. Kitér az addiktológiai módszertan fejlődésének azokra a fejleményeire, amelyek szemléleti alapot teremtettek az externalizáló beszélgetés számára. Leírja a módszert és néhány dialógikus kérdés példájával illusztrálja a technikáját.

A szenvedélybetegségekkel kapcsolatos szemlélet és a kezelés módszertana az utóbbi másfél évtizedben döntően megváltozott. A 80-as évekig a dependens szerhasználatot, önálló etiológiájának vélt entitásként kezelve, élesen elhatárolták a másféle problémás fogyasztási módoktól, s az addiktológiai terápiás illetve tanácsadói aktivitás gyakorlatilag csak a megvonási tünetekkel és toleranciaváltozással jellemzett, függőségben szenvedőkre irányult.

A medicinális addiktológia (addiction medicine) kibontakozásával párhuzamosan a 60-70-es évek során a fejlett nyugati országokban, elsősorban az Alcoholics Anonymous (AA) és másféle spirituális önszolgáltató csoportok eredményes tevékenységének köszönhetően, egy sajátos, talpra állt szenvedélybetegek által képviselt józan kultúra fejlődött ki. A teljes absztinencia és ehhez kapcsolódó gyökeres életmódváltás elvét képviselő s mintáját nyújtó - korábban dependens vagy kontrollvesztő -, talpra állt szenvedélybetegek példájának ismerete ma is az addikcióból történő felépülés szinte nélkülözhetetlen komponensének tartható.

Az AA hazánkban sajnos csak jelentős késéssel, közvetlenül a rendszerváltás előtt, 1988-ban eresztett gyökeret. A szenvedélybetegek gyógyításával foglalkozó intézmények nagy része és az AA csoportok (továbbá más típusú önszolgáltató szervezetek) között napjainkra már nálunk is sokrétű kollaboráció bontakozott ki.

A józanság elérésére reményt adó kezelés és annak elérhetősége szimbolikus szempontból is igen jelentős, amennyiben az ezzel összefüggő modellhatás valószínűleg sokkal több ártalmas szerhasználó életére hat pozitívan, mint ahányan ténylegesen bekapcsolódnak az ilyen programokba. E sajátos józan kultúra és programjainak pusztán létezése sokat jelenthet egyfelől a fejlődést akadályozó előítéletek, attitűdök és kételyek eloszlatásában, másfelől annak az információnak a hiteles továbbításában, hogy a szenvedélybetegek nem végleges számkivetettjei a társadalomnak. Mindamelllett az alkohol és egyéb pszichoaktív, illetve pszichotoxikus szerek fogyasztói közt a dependensnek minősíthető betegek hányada jóval kisebb, mint a "csak" ártalmas mértékben fogyasztóké. Sőt, amint ezt számos vizsgálat dokumentálta, az ártalmas ivók és szerhasználók közegészségügyi (pl. megbetegedések), szociális (pl. bűnözés) és gazdasági (pl. munkahelyi hiányzás) szempontból is sokkal nagyobb arányú gondot képeznek, mint a szenvedélybetegség okán betegnek nyilváníthatók csoportja (1).

Az ártalmas szerhasználók eme többsége esetében ugyanakkor túlzott, s legtöbbször indokolatlan előírás volna a teljes absztinencia tartása, amit az emberek többsége amúgy sem kész elfogadni. Ezek a fejlemények vezették a WHO addiktológiai szakértőit 1981-ben annak a memorandumnak a közreadásához, amely már nem éles határt vonva, vagy-vagy alapon dichotomizálva, az ártalmasan fogyasztók többségét ezáltal a kuratív medicina hatóköréből kivonva koncipiálta a témakört.

Ellenkezőleg, egy olyan multidimenzionális szemléletmód mellett foglalt állást, amelyben *nincs éles határ sem a normális és problémás, sem pedig a problémás és dependens szerhasználat között*, hanem fokozatosak az átmenetek (2). A dependencia kategóriája is bővült, s a szer iránti kényszerítő vágy, a kontrollálás nehézsége, a szerhasználattal kapcsolatos (megszerzésére vagy a megszabadulásra irányuló) tevékenységek egyre több életszférára kiterjedése, valamint a káros következmények ismerete ellenére történő visszaesések is a dependencia szindróma kritériumaivá váltak (3).

Az addikciók között az egyik legnagyobb méretű problémakör az ártalmas alkoholizálás (házánk lakosságának legalább 10 százaléka ide sorolható), súlyos, nyilvánvalóan dependens eseteiben mindmáig a teljes absztinencia az egyetlen gyógyító alternatíva. A 80-as évek közepétől elterjedő, ésszerű, mértéktartó ivásra serkentő önségítő könyvek is rendre azt hangsúlyozzák, hogy nem az alkoholisták, hanem a problémás italozók részére készültek (4). A drogdependensek számára ellenben már olyan ártalomcsökkentő terápiás programok is elérhetők, melyek nem az optimálisnak tekinthető absztinenciára, hanem csupán a lefolyás és a következmények enyhítésére, mint reális lehetőségre koncentrálnak. Ennek egyik példája az AIDS s más fertőzések kockázatának csökkentésére irányuló tücsere program.

A szenvedélybetegek és ártalmas szerhasználók zöme előbb vagy utóbb jelentkezik a háziornosnál, noha rendszerint valamilyen szövődmény, s nem az alapvető probléma, tudniillik az addiktív szerhasználat miatt (5). Ezért is volna nagy jelentősége annak, hogy a gyakorló orvosok álljanak a józan életmóddért folytatott küzdelem élére (6). Ám az alapellátásban dolgozó szakember különféle dilemmákkal kerül szembe. *Gondot jelenthet a számára az, hogy miként viszonyuljon a még nem függő, de ártalmas mértékben fogyasztókhoz.* Felvetheti azt a kérdést, hogy lehet-e egyáltalán megelőző vagy egészségvédő, az értelmetlen szenvedést enyhítő hatású segítséget nyújtani olyan dependens alkoholisták és más szenvedélybetegek esetében, akik nem készek a szerhasználat teljes abbahagyására? Vagy a szomatikus szövődmények kezelésén túlmenően, minden egyéb erőfeszítés hasztalan, pusztán az idő vesztegetése? Nem okoz-e kárt, s vét műhibát az az orvos, aki az ivás mérséklésének illúziójával áztatja a dependens szenvedélybeteget, ahelyett, hogy kategorikusan a teljes absztinencia szükségessége mellett állna ki? Más oldalról ugyanakkor az is felvethető, hogy vajon a változás szempontjából nem kontraproduktív, visszariasztó-e az ilyen határozott szakértői állásfoglalás?

Az alábbiakban egy olyan, kommunikatív folyamatra irányuló beszélgetési módszert ismertetek, amelynek szemléleti, ismeretelméleti háttere nemcsak e dilemmák megoldásához, de a páciensek addikciójáról szóló dialógus kialakításához is támpontokat adhat.

Az externalizáló beszélgetés meghatározása

Az externalizáció fogalmát Sigmund Freud vezette be a pszichoterápiába. Az externalizáció eleinte gyakorlatilag a projekció szinonimájaként szerepelt, annak az énvédő mechanizmusnak a leírására, amelynek során *az ember valamely belső nem kívánatos vagy*

elfogadhatatlan impulzusát, élményanyagát önmagán kívülre, egy külső objektumba helyezi. Anna Freud a későbbiekben elsősorban a belső konfliktusok kívülre helyezése folyamatának jelölésére szűkítette a fogalmat. A pszichoterápia tárgykapcsolati iskolája szerint az externalizáció fontos *átmeneti lépcsőfok a függőségtől az autonómia eléréséig tartó érési folyamatban.* A self-pszichológia egyes képviselői a projekciónak azt a típusát hívják externalizációnak, amelyet a kivetítő személynek a kivetítés tárgyára irányuló manipulatív és közelben maradási törekvése jellemez, annak érdekében, hogy a tűrhetetlen, ezért kivetített belső tartalmat (pl. agressziót, függőséget, értéktelenséget) kívülről kapja vissza (7).

Az utóbbi évtizedben a családterápia szociális konstrukcionista irányzatának egyik vezető képviselője, Michael White munkássága nyomán az externalizációnak nem csupán a jelentéstartalma, de az alkalmazási területe is jelentősen változott. Az új megközelítés már nem annyira a az ösztönimpulzusok és külvilági ingerek elleni oltalmat biztosító énvédő mechanizmusok, mint inkább az életproblémákkal kapcsolatban negatív érzelmi állapot, distressz befolyásolását célzó megküzdő (coping) stratégiák közé sorolja az externalizációt. *A megküzdés irányulhat magatartásváltozásra, a kapcsolatrendszer módosítására, vagy a helyzet definíciójának és tapasztalásának megváltoztatására.* Az externalizáló beszélgetésben főként az utóbbin van a hangsúly. Az externalizáció ebben az értelemben valamilyen nyomasztónak átélt probléma tárgyszerűsítésének és megszemélyesítésének mechanizmusa. E folyamat során az addig a probléma okozójának, illetve magának a problémának tartott egyén vagy család a problémától elhatárolódva, azt különálló, tőle függetlenül is létező egységként képes szemlélni. Ezáltal az addig szinte változtathatatlannak gondolt, a személynek vagy kapcsolatrendszernek tulajdonított probléma rögzültsége és minden életszférát túltelítő jellege mérséklődik.

A probléma externalizálása többféle módon is elősegíti a megküzdést. Elvonja a figyelmet arról az improduktív vitáról, hogy ki a felelős a probléma létrejöttéért, ezáltal csökkenti az érintettek kudarcézését. E tehermentesítéssel utat nyit ahhoz, hogy az addig problémával szaturált emberek egyesített erőfeszítéssel birkózzanak meg nehézségükkel s teremtsenek distanciát életük, kapcsolataik és a probléma, illetve annak hatása között. Mindezek következtében, a probléma tagadása helyett, az új megoldásokat kereső dialógus, s elköteleződés számára teremt eshetőséget (8). Externalizálásnak főként akkor van terápiás haszna, amikor az adott probléma társadalmi megítélése súlyos és kiközösítő. Az addikciókhoz az önkontroll, az akaraterő elvesztésének és a sikertelenségnek a képzete társul. Ez az attitűd, ha kisebb mértékben is, az ártalmas ivókra és szerhasználókra is kiterjed. A szenvedélybeteg éppen azokon a területeken vall tehát kudarcot, amelyeket a társadalmi ethosz a legtöbbre értékel.

Az externalizáló beszélgetés arra ad alkalmat, hogy az emberek egyrészt bizonyos fokig kivonják magukat e társadalmilag meghatározott, a szenvedélybetegeket nagyon negatívan megítélő domináns viszonyulás befolyása alól, másfelől pedig, hogy olyan - kitartásukat, felelősségüket, empátiájukat stb. megmutató - kivételeket, élménytöredékeket, történetmaradványokat keressenek a saját élettörténetükben, amelyek ellentmondanak az uralkodó kulturális hozzáállásnak. *A szakember segíthet abban, hogy az addig figyelmen kívül hagyott alternatív élménytöredékeket, ötletcsírákat a páciens jobban megbecsülje és egy jövőre s megoldásra irányuló terv részévé, tartalékává tegye.* Annak az externalizáló feltérképezése, hogy a probléma hogyan hatott eddig a legkülönbözőbb (szomatikus, magatartási, érzelmi, kapcsolati, szellemi) életszférák terén, továbbá miképpen befolyásolhatja az ember magát a problémát, egy újfajta keretet nyújt a megoldás számára. Az ember immár nem az őt magát minősítő, cselekvését bénító problémával, hanem a

megoldással azonosul. Az *externalizáló beszélgetés nem arról szól, hogy mit kell tenni, hanem a probléma normalizálásával, a megoldás kontextusának átdefiniálásával, és a páciens önön élete szerzőiségének bátorításával arra nyit távlatot, hogy mivé vagy kivé válhat az ember* (9). Noha rendsze rint konkrét tanácsokra, ismeretközlésre is szükség van, arról nincs szó, hogy a tagadott, mert az identitást, az önbecsülést elviselhetetlenül aláásó probléma helyett a továbbiakban a páciens majd egyszerűen csak a megoldás "birtokosává", "fogyasztójává" válik. A externalizáló megközelítés képviselői szerint a szakember dolga nem az, hogy megmondja, hogy mire van szüksége a páciensnek, hanem hallja meg a páciens belső dialógusát és segítse annak kifejezését. A ártalmas mértékben szerhasználók, a szenvedélybetegekhez hasonlóan igen ritkán - Steve de Shazer kifejezésével élve - "vevői" a felépülésre irányuló terápiás javaslatoknak. Inkább olyan, a szak embert többnyire vonakodva, kényszerűségből felkereső "látogatók", akik alig motiváltak arra, hogy az alapvető bajukra orvoslást kérjenek.

A hozzátartozók is szívesebben jelennek meg a valódi gondot tagadó "panaszos" szerepében (10). *A szakember csak veszíthet, ha harcba száll a páciens és hozzátartozóinak a belső tendenciáival.* Mivel a problémát saját identitásuk és történetük szégyen teli részeként érzékelik, természetesen ellenállnak minden olyan kísérletnek, amely ennek napfényre kerülésével fenyeget. Ellenállásuk éppen annak a sérülékeny oldaluknak a védelmét célozza, amely a saját normalitástudatukkal kapcsolatos. A szakember, amennyiben kapcsolatot akar létesíteni célszerű, ha nem próbálja meg valamiféle normához hasonlítani a páciens, hanem inkább *a probléma keltette fájdalom és szenvedés iránti érdeklődését, együttérzését fejezi ki, s arra vonatkozóan tesz fel figyelmes, nyitott kérdéseket, hogy miképpen befolyásolja és pecsételi meg a probléma, az életfolyamatba beágyazódva, az érintettek sorsát. Fontos észrevenni a páciens és családja erejét, azt hogy miben jók, hol érezhetik magukat becsületesnek, mire lehetnek büszkék.* Ennek révén a kudarcokhoz vezető lázadás és ellenállás is pozitív konnotációt nyerhet. Az externalizáló beszélgetést folytató szakember magát a problémát, mint fortélyos, félelmetes és erős ellenséget minősíti, s nem a páciens vagy kapcsolatrendszerét patologizálja. A szakember tehát nem valamiféle előzetesen adott igazságot és valóságot akar rákényszeríteni a páciensre, hanem azt sugallja, hogy a valóság és igazság számos vetülete közös emberi erőfeszítés, konverzáció terméke.

A kérdezői technikáról

A háziorvos két alapvető regiszterben vizsgálja és értelmezi a páciens tüneteit, megnyilvánulásait. A tényekre, eseményekre vonatkozó, az orvos szakértelmét tükröző anamnesztikus kérdések és a testi vizsgálat célja a pontos diagnózis, s az ezen alapuló terápia. Ha ártalmas szerhasználatra utaló jeleket talál, akkor azt célravezető tárgyilagosan és határozottan közölni. A kiegészítő műszeres és laborvizsgálatok nem ennek a megállapításnak az igazolására, hanem a szövődmények súlyosságának, kiterjedésének pontosítására szolgálnak. A klinikai tapasztalatot és intuíciót igénylő bio-regiszter készítés cselekvésre orientált. A páciensnek lehetnek a kockázata l, tünetekkel, kezeléssel kapcsolatos téves hiedelmei, amelyek szaktudományos érvekkel oszthatók el.

A *pszichológiai regiszter*, amelyet a kognitív pszichológus, Jerome Bruner tudati tartománynak nevez, a jelentések, vágyak, motivációk, értékek világát öleli fel (11). E terület feltárása az orvostól elfogadó, meleg, kongruens és empátiás viszonyulást kíván. A fizikális vizsgálat során az orvos a páciens emocionális állapotáról (nyugodt vagy izgatott) is képet kap. A páciens érzéseiről történő érdeklődés, az aktuális érzelmi állapot észrevétele lehet az az ablak, amelyen át a szakember a páciens történetekbe és cselekvési szekvenciákba

szerveződő jelentőségtulajdonításait is megpillanthatja. A terápiás kapcsolat megalapozása is ennek révén történhet. Az éniideállal kapcsolatos jelentőségtulajdonítások, akárcsak a hitek nem szorulnak ésszerű bizonyításra, viszont a pusztán racionális érvek nem elegendők a megváltoztatásukhoz. Már az ártalmas szerfogyasztók esetében is, a szenvedélybetegeknél pedig még inkább a szerhasználat személyes jelentősége szorosan összefonódik az önkontroll, akarakterő és lázadás képzetével. Az orvosnak a fogyasztás csökkentésére irányuló tanácsát a szerhasználó gyakorta ugyanúgy szabályozási, felügyeleti törekvésnek érzékeli, mint a hozzátartozók hasonló indítványait. A szenvedélybeteg számára ez csak újabb ürügy a lázongásra ("nem ő fogja megmondani nekem azt, hogy mit tehetek"), s a fogyasztás folytatására. Az externalizáló kérdések egyik hozadéka az lehet, hogy reflexív hatásuk révén a páciens némi elmozdulásra, distanciatereemtésre készíthetik az életét addig uraló jelentőségtulajdonítási módtól. *A externalizáló beszélgetés akkor is növelheti a motivációt a változásra, ha a páciensnek aktuálisan sem a fogyasztás abbahagyása, sem mérséklése nem célja.*

A helyzettől függ, hogy konkrétan mit érdemes kérdeznünk. Amikor például valaki az elmúlt napokban vagy aznap is alkoholizált, megkérdezhetjük tőle: "Milyen ember maga akkor, amikor egy időre abbahagyja az ivást?", "Hogyan került az ivás az ön életében ilyen előkelő helyre, mi ennek a története?", "A hónap hány napját tudja uralni ital nélkül?", "Hogyan sikerült abbahagynia, amikor abbahagyta?", "Mikor fordult elő az, hogy azt hitte, most inni fog, de önmagát is meglepve, mégsem ivott?", "Mi történt akkor?", "Szeretne-e ehelyett inkább valami más diagnózist?", "Miért volna az fontos?". Ha a páciens éppen absztinenciába kezdett, akkor feltehetünk olyasféle kérdéseket, hogy "mit kellene tennie ahhoz, hogy fenntartsa a változást?", "hogyan sikerült neki száraznak maradnia?", "mit tesz most másképp, mint amikor iszik", "minek kellene történnie ahhoz, hogy ez gyakrabban előforduljon, illetve tartós legyen?" stb.

Előfordul, hogy a páciens számára nem a szövődmények, hanem maga a szerhasználat jelent olyan gondot, ami miatt felkeresi a házi orvosát. Ez csaknem mindig valamilyen külső kényszerítő tényező hatására történik. Ilyen esetben természetesen a jelentkezésben közrejátszó, a küldő és a páciens kapcsolatára vonatkozó kérdéseket is ajánlatos felvetni. A páciens történetének két személyessé változtatása számottevően módosíthatja az eredeti értelem- és jelentőségadást. Az idevágó kérdések közé sorolhatók pl. a következők: "Kinek a javaslatára jött ide?", "Ki vagy mi miatt gondolta, hogy el kell jönnie?", "Mit kellene neki tennie ahhoz, hogy a másikat meggyőzze arról, most már nincs szüksége kezelésre?", "Mit gondol, a küldő személy mikor fogja azt mondani, hogy változást vett észre?", "Megmondja-e egyáltalán?", "Mi lenne a segítség a kezdéskor?", "Mi volna az első lépés, amit meg kellene tennie?", "Mennyiben változtatna ez az életén?", "Történne-e valami olyan ezáltal az életében, ami most nem történik meg?", "Ki fogja észrevenni először azt a változást, amit végbevisz?" stb.

Természetesen az ilyen fajta dialógus kialakításának előfeltétele az, hogy a házi orvos képes legyen tiszteletet és rokonszenvet érezni és kifejezni - ami nem könnyű - olyan ember iránt is, aki szenvedélybeteg, illetve ártalmas mértékben szerhasználó. A pszichológia regiszter elkészítésében, az externalizáló beszélgetés terén való készségek, s az emocionális állapot érzékelése révén történő megértés fejlesztésében, a tapasztalatok szerint, segít a rendszeres addiktológiai konzultáció lehetősége és igénylése. Annál is inkább, mert *az eredményes motiválás után a páciens addiktológiai kezelést kérhet.* Mindamelllett az addiktológia rendszerszemléletének, az externalizáló beszélgetés "homo fabulator" emberképet feltételező ismeretelméleti hátterének elsajátítása által gazdagodhat a házi orvos gyakorlati jártassága is.

A kis gyógyító elemek, kivételek megtalálása nagy feladatot róhat a házi orvosra, akinek számára igen fontos segítséget jelenthet az, ha a maga multiprofesszionális munkacsoportjával megoszthatja ennek érzelmi terhét és a feladatokat.

Irodalom: 1. Edwards G.: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press, Oxford, 1994. - 2. Edwards G.: Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a shortened version of a WHO memorandum. British Journal of Addiction, 77, 3-20, 1982. - 3. WHO: A mentális és viselkedészavarok BNO-10 szerinti osztályozása. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1994. - 4. Robertson J., Heather N.: A self help guide to sensible drinking. British Psychological Society, Exeter, 1986. - 5. Vaillant G. E.: The Natural History of Alcoholism Revisited. Harvard University Press, Cambridge, 1995. - 6. Buda B.: Az orvos és az alkohol. Orvostovábbképző Szemle, 3/6, 11-12. 1996. - 7. Sandler J.: Projection, Identification, Projective Identification. International Universities Press, Connecticut, 1987. - 8. White M., Epston D.: Narrative Means to Therapeutic Ends. Dulwich Centre, Adelaide, 1990. - 9. Shotter J.: Conversational Realities. Sage Publications, London, 1993. - 10. Berg I. K.: Konzultáció sokproblémás családokkal. Animula Egyesület, Budapest, 1991. - 11. Bruner J.: Actual minds, possible worlds. Harvard University Press, Cambridge, 1986.

Házi orvos Továbbképző Szemle 1:423-425 (1996)