

2023
| 01

MÁLTAI TANULMÁNYOK

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat tudományos folyóirata



Szenvedélyhez láncolva

Tanulmányok függőségről és szenvedélybetegségről

© Máltai Tanulmányok
Minden jog fenntartva!

5. évfolyam, 1. szám

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat szaklektorált folyóirata.
Megjelenik évente négy alkalommal

A folyóiratban megjelent tanulmányok, cikkek elérhetők a lap akadálymentesített,
felolvasóprogrammal is rendelkező honlapján, az alábbi címen:

www.maltaitanulmanyok.hu

SZERKESZTŐSÉG

Solymári Dániel, főszerkesztő
Czirják Ráhel, szerkesztőségi titkár
Szigeti László, olvasószerkesztő
Pávay Andrea, korrektúra
Molnár Tamás, tördelés és nyomdai előkészítés

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Prof. dr. Vasa László
Prof. dr. Tarrósy István
Dr. habil. Görföl Tibor
Dr. habil. Marsai Viktor
Pallós Tamás

TUDOMÁNYOS TANÁCSADÓ TESTÜLET

Prof. dr. Tulassay Tivadar
Prof. dr. Pálné Kovács Ilona
Prof. dr. Úrge-Vorsatz Diána
Prof. dr. Könczei György
Dr. Várszegi Asztrik
Dr. Székely János
Dr. Varga Imre Kapisztrán
Győri-Dani Lajos

Borítóterv:

Bánlaki Szabolcs

Borítókép:

George Inness: Sunset in the Woods, 1891
Courtesy National Gallery of Art, Washington

A folyóirat nyomtatott változatának ISSN száma:

ISSN 2676-9468

NMHH: CE/14647-3/2019.

Kiadja a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület

1125 Budapest, Szarvas Gábor út 58-60.

Felelős kiadó: Kozma Imre

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat e lap minden részének sokszorosításával, terjesztésével, a benne közölt adatok tárolásával és feldolgozásával kapcsolatos jogot fenntartja. A Máltai Tanulmányokban megjelent szerzői művek és az azok részeit képező illusztrációk, képek kizárólag a kiadó előzetes írásbeli engedélyével tehetők hozzáférhetővé. Ez a nyilatkozat a szerzői jogról szóló törvényben foglaltak szerint tiltó nyilatkozatnak minősül. A lapban közölt írások nem feltétlenül tükrözik a kiadó Magyar Máltai Szeretetszolgálat véleményét.

Tartalom

SZENVEDÉLYHEZ LÁNCOLVA

Tanulmányok függőségről és szenvedélybetegségről

6 | ALAPGONDOLAT

- Kapitány-Fövény Máté: **Életútszemlélet az addiktológiában**
Korspecifikus kockázati tényezők a függőség hátterében **6**
- Kormos Piroska: **Kudarok vagy sikerek?**
Segítő folyamatok szenvedélybeteg szülők kiskorú gyermekeivel **21**

33 | ITTHON

- Hoffmann Katalin: **Szenvedélybeteg szülők gyermekei**
A diszfunkcionális családban való felnövekvés következményei **33**
- Komolafe Cinderella – Tossou Edgard Marcel –
Csernus Mariann: **Illegális szerhasználat két dunántúli**
gyermekvédelmi szakellátást biztosító intézményben **51**

73 | KITEKINTŐ

- Szemelyácz János: **A fiatal szerhasználók** **73**
- Békési Timea – Kassai Szilvia: „...**hogy a haragnak csak az emléke**
maradjon” *Autoetnográfiai elemzés szenvedélybeteg szülők elvesztéséről*
és elgyászolásáról **87**

107 | TEREPEK

- F. Lassú Zsuzsa: **A rezilienciát elősegítő tényezők**
és támogatásuk szenvedélybeteg szülők gyermekeinél **107**
- Marjai Kamilla: **A függőséggel terhelt test valósága,**
élményvilága és jelentésváltozatai **119**

134 | NAGYÍTÓ

- Schmidt Judit: **Visszhang: Láthatatlan árvák** **134**

141 | MESSZELÁTÓ

- Berényi András: **A rendszerszemléletű terápia alkalmazása a felépülés**
 folyamatában *Winfried Huber Fordulópont a szenvedélybetegek*
kezelésében című könyvének recenziója **141**

A Máltai Tanulmányokról

A Máltai Tanulmányok a Magyar Máltai Szeretetszolgálat megalapításának harmincadik évfordulójához kapcsolódóan létrehozott, társadalomtudományokkal foglalkozó, szaklektorált folyóirat. Interdiszciplináris megközelítésben a mentálhigiéné, a pszichológia, a szociológia, a szociális munka, a szociálpolitika, a társadalomföldrajz, a pedagógia, a teológia, a történettudomány, a nevelés, valamint a nemzetközi kapcsolatok és a nemzetközi segélyezés területéről közöl tanulmányokat, egyes témákat kiemelten kezelve. Célja, hogy a Magyar Máltai Szeretetszolgálat széles aktivitási profilját is követve tudományos igényességgel, elméleti szinten is reflektáljon a karitatív gyakorlat megvalósítására, társadalmi kihívások kezelésére, a minket körülvevő világ fontos kihívásaira, a segítő szakma meghatározó eredményeire, az egyes kutatások főbb irányaira és más közérdeklődésre számot tartó szociális témákra.

A Máltai Tanulmányok elkötelezett a szakmai-tudományos közösség etikai elvárásainak betartása mellett, így a folyóiratban megjelenő írásmunkáknak be kell tartaniuk a szerkesztőbizottság által meghatározott szakmai és etikai irányelveket. Ezen irányelvek teljes összhangban állnak a Publikációs Etikai Bizottság (Committee on Publication Ethics – COPE) irányelveivel, valamint a Magyar Tudományos Akadémia Tudományetikai Kódexével.

A tudományos értekezéseink minél szélesebb szakmai körben való terjesztése érdekében folyóiratunk több hazai és nemzetközi adatbázisban is szerepel, így többek között a CIEPS-ben (The International Centre for the registration of serial publications), a Magyar Tudományos Művek Tárában, a MATARKA-ban, vagy az Országos Széchényi Könyvtár Elektronikus Periodika Archivum és Adatbázisában.

A Máltai Tanulmányok a Magyar Tudományos Akadémia II. Filozófiai és Történettudományok Osztálya által indexált, az Osztály folyóiratlistáján szereplő tudományos folyóirat.

Mi a függőség? A függőség egyáltalán betegség? Ha az lenne, a szenvedélybetegség gyógyítható? Egyfajta szerzett probléma, vagy genetikailag „kódolt” sajátosság? Agyi rendellenesség, miként azt például az Amerikai Addiktológiai Társaság definiálja, vagy saját döntésünk eredménye, ahogyan azt több kutató is megközelíti? Esetleg gyermekkori traumatizáció következménye? Akárhogy is, egyvalami bizonyos: szélsőséges esetben olyan súlyos fájdalom és rombolás forrása, amely az azt elszenvedőnek és környezetének is sérüléseket okoz. A függőség ezerarcú. Formái és „területei” változatosak, amely minden bizonnyal a világ előrehaladásával és fejlődésével egyre színesebb, összetettebb lesz. A „hagyományos” függőségek mellett olyan új elemek jelentek meg a digitális kor következményeként, mint például a közösségi platformokhoz való túlzott ragaszkodás, online szerencsejáték, online pornográfia, vagy legújabban a nomofóbia (a no-mobile-phone phobia szavakból), azaz a rettegés, hogy nem vagyok telefonon elérhető, nem tudok kapcsolatot teremteni az online világgal.

Jelen számunkat a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálatának munkája inspirálta. A Kimondható elnevezésű kiadványaik, legújabban pedig az Apa, anya, pia kezdeményezésük számos szenvedélybetegséggel kapcsolatos kérdésre hívta fel a figyelmet. A Máltai Tanulmányok szerkesztősége ezért is döntött úgy, hogy az idei első számunkat ennek a témának szenteljük. Aminek különös jelentőséget adott a koronavírus okozta világjárvány, amely során megnőtt a szenvedélybetegek száma.

Szerzőinknek köszönöm azt a hatalmas munkát, amellyel hozzájárultak lapunk létrejöttéhez, olvasóinknak pedig a szerkesztőbizottság tagjai nevében kívánok élvezetes és tartalmas olvasást, elmélyült időtöltést.

Solymári Dániel
főszerkesztő

KAPITÁNY-FÖVÉNY MÁTÉ

Életútszemlélet az addiktológiában

Korspecifikus kockázati tényezők
a függőség hátterében

DOI: 10.56699/MT.2023.11

ABSZTRAKT

A szenvedélybetegségek kialakulásának hátterében számtalan biológiai, intra- és interperszonális, valamint szociális/társadalmi tényező tártható fel. Fejlődéslélektani szempontból azonban érdemes kiemelni, hogy e kockázati tényezők hatásmérete életkor-specifikus, vagyis bizonyos életszakaszok esetén jelentősebb hatást gyakorolnak az egyén mentális egészségére, valamint addiktív magatartására. E tanulmány az emberi életút szakaszai mentén értelmezi az adott életkori ablak esetén leginkább meghatározó rizikófaktorokat, kifejtve, hogy milyen összefüggés valószínűsíthető az adott jellemző és a szenvedélybetegség kialakulása vagy fennmaradása között. Az egyes életkori szakaszok kapcsán a tanulmány bemutatja a függőségek főbb genetikai/neurobiológiai, kötődési/családdinamikai, identitás- és intimitásbeli, valamint életcélokhoz köthető sajátosságait.

KULCSSZAVAK: addikció, függőség, életút, krízis, fejlődési perspektíva

Az ember egyike a leghosszabb életidejű állatfajoknak, és fejlődése során jóval nagyobb változásokon megy keresztül, mint az önreflexív képességgel kevésbé jellemezhető hosszú életidejű állatok. Egyfelől idegrendszerének rendkívül kiterjedt fejlődési spektruma, másfelől az egyes életszakaszokat nemcsak élesen megkülönböztető, de azokat egyúttal intézményesítő (itt elég, ha a bölcsődékre, óvodákra, iskolákra, munkahelyekre, nyugdíjrendszerre stb. gondolunk) társadalmi berendezkedése következtében is. Az ember esetében tehát a különböző életútstációk neurobiológiai és szociokulturális értelemben is kiemelt jelentőségűek.

A genetika, illetve a fejlődés- és a krízislélektan szempontjából kijelenthető, hogy (1) bizonyos fenotípusos jegyek (akár viselkedésbeli, akár pszichés sajátosságok) megjelenése vagy erősödése, dominánssá válása életkori ablakokhoz köthető, mint ahogyan

(2) a környezeti behatások is gyakran életszakasztól függő mértékben befolyásolják az egyén emocionális és kognitív fejlődését. A tanulmány szűkebben vett témájánál maradva: az addiktológiai zavarok hátterében fellelhető számos kockázati tényező génexpressziójára és környezeti meghatározottságára is jellemző ez a fajta korspecifikus heterogenitás. Gondolhatunk itt például arra, hogy az egyébként erős genetikai alapokkal rendelkező és számos addikciós probléma rizikófaktorának tekinthető impulzivitás (Kozak et al., 2019) sem feltétlenül az első életévekben, hanem általában később, a serdülőkor idején idéz elő nagyobb arányú kockázatkereső magatartást (Anokhin et al., 2009). De példaként említhető az is, hogy traumák elszemvedése elsősorban akkor mutat szorosabb összefüggést a későbbi szenvedélybetegség kialakulásával, ha gyermekkorban és visszatérő jelleggel történik meg a traumatizáció (Konkolý-Thege et al., 2017).

Ennek ellenére az addiktológiában mind ez idáig kevésbé terjedt el az életútszemlélet: a különféle kockázati tényezőkről sok esetben hajlamosak vagyunk az adott életszakasztól független, robusztus bejósoló változókként gondolkodni. Jelen tanulmány éppen ezért célul tűzte ki, hogy az emberi élet főbb állomásai (magzatkor, csecsemő- és gyermekkor, serdülőkor, fiatal felnőttkor, életközép, időskor) mentén mutassa be azokat a rizikófaktorokat, melyek az adott életszakaszban leginkább meghatározó módon képesek előre jelezni az addiktív magatartást, illetve a szenvedélybetegségek kialakulását és fennmaradását.

MAGZATKOR

A méhen belüli fejlődés – hiába tekintjük optimális esetben védett állapotnak – az egyik legkritikusabb periódus a környezeti expozíciók szempontjából, melyek kedvezőtlen körülmények közepette nemcsak a magzat növekedését és fejlődését, de a születést követő egészségi állapotot és a későbbi viselkedést is meghatározhatják. Az egyik ilyen, drasztikus változásokat előidéző környezeti hatás a várandósság ideje alatt folytatott anyai szerhasználat, mely a csökkent születési súllyal, az idegrendszer érisi elmaradásával, illetve olyan externalizáló zavarok magasabb előfordulási gyakoriságával is kapcsolatot mutat, mint a magatartászavar, a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) vagy éppen a szerhasználati zavar (Knopik et al., 2019). A pszichoaktív szereknek való prenatális kitettség talán legtöbbet vizsgált jelenségét az alkohollal, a dohányzással, illetve az opioidokkal való magzatkori találkozás epigenetikai következményei jelentik. Mindhárom esetben elmondható, hogy az anyai szerhasználat – az alkohol, a nikotin és a dohány égéstermékei, illetve a különféle drogok egyaránt átjutnak a magzatot védő placentagáton – módosíthatja a DNS-metilációt (a DNS citozinbázisán a hidrogénatomot metilcsoport helyettesíti, megváltoztatva az adott gén kifejeződését) a magzat sejtjeiben és szöveteiben, *magzati alkoholszindrómát* (Bestry et al., 2022), prenatális dohányzásnak való kitettség esetén a későbbi pszichiátriai zavarok nagyobb valószínűségét (Wiklund et al., 2019), az opioidokhoz való korai hozzászokás eredményeként pedig *újszülött opioidmegvonási szindrómát* idézve elő (Conrad et al., 2019).

Mindez azt is jelenti, hogy már a születést megelőző időszak megalapozhatja nemcsak az első éveket, de akár a későbbi fejlődési pályákat is, melyek közül némelyik éppen a függőségek kialakulása felé terelheti az érintettet. Természetesen idesorolható a szenvedélybetegségek genetikai háttere is. A témában jegyzett legújabb metaanalízis-

Már a születést megelőző időszak megalapozhatja nemcsak az első éveket, de akár a későbbi fejlődési pályákat is, melyek közül némelyik éppen a függőségek kialakulása felé terelheti az érintettet.

tanulmányok értelmében a legtöbb addikció jelentős örökletességgel jellemezhető, ugyanakkor érdemes hozzátenni, hogy a különféle addikciós zavarok (kémiai és viselkedéses függőségek) nagyfokú genetikai átfedést mutatnak számos egyéb, a függőséghez gyakran társuló pszichiátriai zavarral, beleértve a szkizofréniát, az ADHD-t, a major depresszív zavart és általánosságban a kockázatkereső magatartást (Cabana-Domínguez et al., 2019), a szorongásos zavarokat és az elhízást is (Wang et al., 2022). Szintén fontos szétválasztani a szerhasz-

nálatot (mely alkalmi jelleggel is megmaradhat) és a szerhasználati zavart (vagyis a klinikai súlyosságú függőséget), lévén hogy e kettőnek eltér a genetikai háttere (Johnson et al., 2020). Másként fogalmazva: hogy kiből lesz szenvedélybeteg, és kinél marad meg a szerhasználat kontrollált vagy éppen rekreációs formában, azt szintén nagymértékben meghatározhatja a már születésünk előtt körvonalazódó genetikai térképünk.

CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKKOR

Abban számos tudományterület (genetika, neurológia, immunológia stb.) egyetért, hogy a születést követő életek szintén kiemelt jelentőségűek az emberi lét későbbi alakulása szempontjából. A korai időszakot több pszichológiai elmélet (tárgykapcsolati, sématerápiás, kötődés- vagy éppen traumaelméletek stb.) is középpontjába állítja, feltételezve, hogy már a preverbális korszak tapasztalatai is olyan mély nyomokat hagyhatnak a gyermekben, melyek akár felnőttkorában is befolyásolhatják önmagához, a többi emberhez és összességében a világhoz való viszonyát. Addiktológiai szempontból e jellemzők közül most a kötődési stílust és a gyermekkorban elszenvedett traumák hatásait emeljük ki.

Mary Ainsworth és kutatóasszisztense, Barbara Wittig egyestendős gyermekek viselkedését vizsgálva az 1960-as években dolgozták ki az „idegen helyzet” eljárást, majd e tapasztalataik és többek között John Bowlby kötődésemélete alapján három kötődési stílust írtak le: biztonságos, bizonytalan elkerülő és bizonytalan ellenálló (Ainsworth–Wittig, 1969). E három kötődési stílust egészítette ki később Mary Main és Judith Solomon egy negyedik, általuk dezorganizáltnak elnevezett kötődési stílussal (Main–Solomon, 1990). A kötődés milyensége természetesen a szülői nevelési stílustól sem független (Benoit, 2004). A következő táblázat az egyes kötődési stílusok esetében leggyakrabban megfigyelt szülői magatartás-mintázatot összegzi:

1. táblázat: A gyermek kötődési stílusa és a szülői magatartásformák összefüggései

| A gyermek kötődési stílusa | A szülői magatartás jellemzői |
|----------------------------|---|
| Biztonságos | A szülő saját szükségletei helyett valóban gyermeke igényeire reagál, képes kifejezni a gyermek iránt érzett szeretetét. |
| Bizonytalan elkerülő | A szülő jellemzően tekintélyelvű, kontrolláló, érzelmileg elutasító. A gyermeket saját szükségleteinek kielégítésére használja. |
| Bizonytalan ellenálló | A szülő gyakran frusztrált és feszült, önmagát tehetetlennek vagy tanácsstalannak érzi, viselkedésében következtlen. A gyermek jelzéseire nem vagy alig reagál, képtelen megnyugtató, biztonságos érzelmi közeget teremteni gyermeke számára. |
| Dezorganizált | A szülő többnyire elhanyagolja vagy bántalmazza gyermekét. Jellemző a transzgenerációs traumaátvitel: a szülő önmaga is traumatizált, korai maladaptív mintákat visz tovább. |

Forrás: Benoit, 2004

A csecsemő tanulja a szülői magatartást. Ha a szülővel folytatott interakciói során az lesz a meghatározó tapasztalata, hogy a szülő szentíven és konzekvensen reagál az ő distresszjelzéseire, a gyermek megtanulja, hogy szabadon kifejezheti negatív érzéseit, illetve ezek enyhítése érdekében keresheti az elsődleges gondozó közelségét. A biztonságos kötődés ilyen értelemben a szülői magatartás átláthatóságából és bejósolhatóságából fakadó biztos tudás is. Amennyiben a gyermek azt tapasztalja, hogy a szülő rendszerint elutasító, vagy nem mutat kellő érzékenységet az ő jelzéseivel kapcsolatban, a gyermekben megszülető tudást szintén egy konzekvens tapasztalatanyag formálja: a gyermek megtanulja, hogy negatív érzéseit vagy elrejtse a szülő elől, vagy éppen elkerülje a szülőt, ha distresszt él át, mert a szülő az esetek többségében képtelen enyhíteni azt. Más a helyzet, ha a szülői magatartás inkonzisztens, kiszámíthatatlan, vagyis a gyermek által bejósolhatatlan. Ilyen esetekben a csecsemő és a kisgyermek olykor ki tudja harcolni a szülői gondoskodást, méghozzá leginkább a negatív érzések extrém intenzitású kifejezésével, ily módon pedig azt tanulja meg, hogy későbbi kapcsolataiban is hasonló dinamika fenntartásával tudja kiprovokálni a fontos másik figyelmét (Benoit, 2004).

Hogy függ össze kötődés és addikció? Általánosságban elmondható, hogy a szenvedélybetegek kötődési stílusa *nem biztonságos*. Azt már nehezebb specifikálni (többek között azért is, mert az erre vonatkozó meglátások sem teljesen konszenzuálisak), hogy a három nem biztonságos kötődési stílus közül melyik mutatja a legerőteljesebb együtt járást az addikciók kialakulásával. Célszerűbb inkább azt feltételezni, hogy a bizonytalan elkerülő, ellenálló, valamint a dezorganizált kötődési stílus más-más fejlődési úton vezet függőséghez, illetve hogy maga az addiktív magatartás e három eltérő kötődési mintázatnál különböző *funkciókat* tölthet be. Ezt a feltételezést támasztja alá egy néhány éve publikált irodalomáttekintő tanulmány is, mely eltérő kötődési mintázatokat azo-

nosított heroin- és alkoholfüggők populációiban: előbbi csoport esetén dominánsabbnak találva a bizonytalan elkerülő kötődést, míg utóbbiban jóval heterogénebb formáit azonosítva a kötődésnek (Schindler, 2019). Az a legtöbb szenvedélybeteg esetén kijelenthető, hogy maga az addiktív magatartás kapcsolódási törekvés is, illetve a bizonytalan vagy dezorganizált kötődésből fakadó szorongások korrekatív kísérlete, amennyiben a függőséget kiváltó viselkedés (legyen az szerhasználat vagy más addiktív cselekedet) megszokott, az érintett által kezdeményezett és így látszólag általa is kontrollált módon következik be, olyan jutalmazó, megerősítő hatásokat váltva ki, melyek egy jól működő, biztonságos kapcsolat velejárái is lehetnének.

A legtöbb szenvedélybeteg esetén kijelenthető, hogy maga az addiktív magatartás kapcsolódási törekvés is, illetve a bizonytalan vagy dezorganizált kötődésből fakadó szorongások korrekatív kísérlete.

Nem véletlen, hogy az evolúciós pszichiátria a szerhasználat évezredes fennmaradását is leginkább annak tudja be, hogy a különféle pszichoaktív szerek a társas eredményesség és rátermettség *érzetét* keltik az egyénben (Nesse, 2002). Vagyis annak illúzióját teremtik meg, hogy a használó evolúciós értelemben sikeres.

Nézzük most a másik kiemelt kockázati jellemzőt, a gyermekkorban elszenvedett trauma addiktológiai aspektusait. A kötődési stílus és a korai trauma elszenvedése egymással is összefüggést

mutat. Azokban a családokban ugyanis, ahol megjelenik a gyermek bántalmazása, és a szülők erőszakos magatartása miatt a gyermekben rettegés alakul ki, leggyakrabban a dezorganizált kötődési stílus lesz jellemző az abuzált gyerekekre (Lawler–Talbot, 2012). Ilyen szempontból e két rizikófaktor (trauma és nem biztonságos kötődés) egymás hatását is felerősítve befolyásolhatja a továbbiakban megjelenő addikciós zavarok súlyosságát. A trauma azonban, mint hamarosan látni fogjuk, nem csak a kötődés problematikáján keresztül fejt ki komplex ártalmait.

A fentiekben már említettük, hogy a trauma leginkább akkor kapcsolódik össze az addikcióval, ha gyermekkorban következik be (Konkolj-Thege et al., 2017). De vajon miért épp a gyermekkor tekinthető ebből a szempontból is a legkritikusabb periódusnak? Ennek pontosabb megértésében segíthet Katie A. McLaughlin és munkatársainak transzdiagnosztikus modellje (2020), mely három terület mentén vázolja fel a gyermekkor trauma és a későbbi pszichopatológia (ideértve az addikciót is) fejlődési útvoalait. E három terület (1) a társas információfeldolgozás, (2) az érzelmfeldolgozás és (3) a felgyorsult (biológiai) éré. A következőkben vegyük sorra őket.

1. Az ismételt bántalmazás hatására a gyermekben fokozott szenzitivitás alakul ki a fenyegetéssel összefüggő társas információk (például az agresszió verbális és non-verbális jelzései) észlelését illetően, és ez számos esetben téves „riasztáshoz” vezet: a gyermek másfajta, akár semleges érzelmi jelzéseket is hajlamos lesz a harag jeleként értelmezni (a társas információfeldolgozás torzulása). Mindezzel jól párhuzamba áll

lítható a trauma epigenetikai modellje, mely nemcsak a trauma közvetlen áldozatainál, de leszármazottjaiknál is fokozott glükokortikoidreceptor-érzékenységet ír le (Yehuda–Lehrner, 2018), mely egyfelől növelheti a stresszreakciók intenzitását, másfelől a transzgenerációs traumaátvitel fennmaradásához is hozzájárulhat. E trauma által kijelölt pályán az addiktív magatartás egyik funkciója a traumatikus emléknyom elfedése mellett (például szedatív, depresszáns szerek fogyasztásával) éppen a stresszreaktivitásból fakadó kellemetlen érzések enyhítése lehet.

2. A traumának kitett gyermekeknél általában alacsonyabb érzelmi tudatosság, valamint az érzelemfelismerés és érzelemszabályozás nehézségei figyelhetők meg. A trauma hatására megjelenő maladaptív kognitív érzelemszabályozási stratégiák (például önvád, mások hibáztatása, rumináció, katasztrófizálás) aztán hidat képeznek trauma és addikció között, hiszen az alkalmazkodást nem segítő érzelemfeldolgozási és megküzdési módok nem csupán magasabb arányú szorongással, de a lelki és fizikai fájdalmak elviselésének nagyobb nehézségével is összefüggést mutathatnak (Zaorska et al., 2020), az addiktív vá váló magatartások (például alkoholfogyasztás) pedig felfoghatók a fájdalomcsillapítás rövid távon hatékony eszközeiként is.

3. Az úgynevezett élettörténet-elmélet (*Life History Theory*) azt feltételezi, hogy a korai tapasztalatok átprogramozhatják az egyén fejlődési pályáját, beleértve az öregedés ütemét, akár sejtszinten is. Ez az érési ütem a modell alapján korántsem véletlenszerű, éppen ellenkezőleg: az adott környezethez való alkalmazkodásban hivatott segíteni az egyént. Amennyiben a gyermek szociális és fizikai környezete kiszámítható és biztonságos, a lassabb, elhúzódo fejlődési pálya válik optimálissá, mely lehetővé teszi a maximális szülői „befektetést” (a gyermekkel töltött több időt, a gyermek emocionális és intellektuális fejlesztésére fordított nagyobb energiát) a gyermek későbbi függetlenné válása előtt. Ha viszont a környezet fenyegető, kaotikus és kiszámíthatatlan, a gyorsabb fejlődés biztosíthatja a korábbi önállósodást és a kiszakadást a nem megfelelő milióból (Ellis et al., 2009). A felgyorsult érés biológiai (például hamarabb bekövetkező ivarérettség) és lélektani értelemben is végbemegy. Ez utóbbira az egyik legtisztább példa a bántalmazó vagy elhanyagoló családokban gyakran megfigyelhető parentifikáció jelensége: a gyermek felnőtt vagy szülői szerepkörbe kényszerítése. Felgyorsult érés mellett jellemzőbb az impulzív viselkedés, ideértve a korai szerhasználatot és egyéb addiktív magatartásformákat is (Copeland et al., 2013).

A gyermekkori trauma mindezekon felül azért is tekinthető ártalmasabbnak és nehezebben feldolgozhatóknak a később bekövetkező traumánál, mert a még kialakulatlan identitás későbbi fejlődésébe is beavatkozik. Másként fogalmazva: az elszenvedett trauma által megélt szerep szervesen beépülhet a gyermek, aztán a serdülő és a felnőtt öndefiníciós körébe.

SERDÜLŐ- ÉS FIATAL FELNŐTTKOR

Ezen a ponton el is jutottunk ahhoz a kérdéshez, mely éppen a serdülő- és fiatal felnőttkor idején válik a legrelevánsabbá. Ahogyan azt Erik H. Erikson (1968) is kiemeli pszichoszociális fejlődélméletében, illetve James Marcia (1966) is hangsúlyozza az eriksoni modellre épülő identitásállapot-elméletében, a tizenéves kor elsődleges fejlődési feladata az identitás kialakítása. Ha ez sikerrel zárul, vagyis koherens identitás formálódik, az megfelelő alapot is képez a fiatal felnőttkor énazonos elköteleződési számára (például ahogyan egy eszméhez, hitrendszerhez, belső célhoz vagy más emberekhez kapcsolódunk). De mi történik, ha az identitásfejlődés elakad, vagy éppen túl korán lezárul? Természetesen ez esetben is több fejlődési pálya nyílik, összességében azonban elmondható, hogy ilyenkor az elköteleződés helyett sokkal inkább az elutasítás válik meghatározó pozícióvá. A következőkben kísérletet teszünk arra, hogy felvázoljuk, miként kapcsolódhat össze identitás és addikció (hozzátéve, hogy mindössze néhány értelmezési módot villantunk fel a témérdek interpretációs lehetőség közül).

Maga az addiktív magatartás lehet identitásképző, identitásformáló hatású. Szerhasználnak, *game*nek (videójátékosnak), szerencsejátékosnak lenni ugyanakkor mégsem nevezhető valós identitásnak. Sokkal inkább identitáspótléknak vagy még inkább olyan identitástöredéknek tekinthetjük ezeket az azonosulásokat, amelyeknél saját belső célok, vágyak, gondolatok helyett szinte teljes egészében egy-egy viselkedési minta tölti ki az identitást. A legtöbb ilyen esetben egyéni identitás helyett egy csoport-identitásba való beolvadás figyelhető meg, ráadásul e csoportokhoz és azok tagjaihoz olykor semmiféle személyes kötelék nem fűzi az érintettet. Ilyen értelemben az egyén nem ritkán csupán látens csoportként érzékeli azt a közösséget, melynek identitásjellemzőit magára aggatja. Más a helyzet akkor, ha a csoporttagok személyesen is találkoznak. Éppen ez a találkozás és a csoporttagságból fakadó hasonló tapasztalatanyag az anonim önségítő csoportok egyik legfőbb hatótényezője. Minthogy az addikciók többsége társadalmilag erősen stigmatizált zavar, a szenvedélybetegséggel való azonosulás (mint újabb öndefiníciós lehetőség) önstigmatizációhoz is vezethet, melyet a hasonló problémával küzdők közös teherviselése, valamint az újonnan bekerülő csoporttagok felé irányuló empátia és elfogadás enyhíthet. Vegyük azonban észre, hogy az önségítő csoportok identitásképzése már egészen új irányba mutat: a csoporttagok függő helyett immár *felépülő* függőként határozzák meg önmagukat.

Mivel a serdülőkor a szereppróbalgatás időszaka, és általában ebben az életszakaszban jelenik meg először a kísérletezgetés a pszichoaktív szerekekkel és az egyéb magas addikciós potenciálú viselkedési formákkal, ilyenkor nő meg leginkább annak esélye is, hogy az addiktív magatartás beépül az identitásba, ezáltal pedig nagyobb valószínűséggel válik szokássá/kényszerre az adott magatartás. Ennek az identitásfejlődés sajátosságain túl neurobiológiai okai is vannak. A neuroplaszticitás lehetővé teszi az agy és az idegrendszer strukturális és funkcionális változásait, ám ez a fajta rugalmasság az idő előrehaladtával szintén veszít mértékéből, akkor is, ha napjaink-

ban már tudjuk, hogy a neuroplaszticitás nem ér véget a gyermek- és serdülőkorral (Pauwels et al., 2018). A tizenéves korban végbemenő idegrendszeri változások következménye a megnövekedett impulzivitás, újdonság- és kockázatkeresés is, melyek szintén ez idő tájt tetőznek, és erős kapcsolatot mutatnak a legtöbb addiktív magatartással is (Salmanzadeh et al., 2021). Ha a szerhasználat vagy más függőséghez vezető viselkedési forma serdülőkorban rendszeressé válik, az a glutamátrendszer által közvetített olyan neuroadaptációs mechanizmusokhoz vezethet a prefrontális terület és a hippokampusz régióiban is, melyek ebben az életkori ablakban kiváltképpen sérülékennyé teszik az egyént a függőségek kialakulását illetően (Volkow et al., 2019). Egyebek mellett ennek tudható be, hogy míg a tizenéves kor előtti szerhasználat még 34 százalékban vezet későbbi addikcióhoz, addig minden életévvel, mely kitolja az első használat idejét, közel 4-5 százalékkal csökken a függőség kialakulási kockázata (Jordan–Andersen, 2017).

Napjainkban a tizenéves kor kitolódott, a szerepróbálgatás, énkeresés – és vele együtt az addiktív magatartásokkal kapcsolatos kísérletezgetés – a fiatal felnőttkorban is folytatódik. A harmincas-negyvenes korosztályba lépve azonban az élet számos olyan új kihívást és feladatot állít az ember elé, mely másfajta módon növelheti meg a szenvedélybetegségek megjelenésének valószínűségét.

FELNŐTTKOR

E kihívások és életfeladatok közül addiktológiai értelemben leginkább az életközép váltságával való megküzdést emelhetjük ki. Az elmúlt években számos empirikus tanulmány mutatott rá, hogy az életközép idején (megközelítőleg harmincöt és ötvenéves kor között) a serdülő- és fiatal felnőttkorhoz képest is megugrik a túladagolós halálesetek aránya (Kelly–Vuolo, 2021), ami jól jelzi e periódus normatív krízisének súlyosságát. Az eriksoni modellben az életközép elsődleges kérdése, hogy képesek vagyunk-e olyan értékek megteremtésére, melyeket aztán továbbadhatunk a következő generációknak. Tudunk-e produktívak lenni, vagy azt érezzük, életünk megrekedt, kínzó stagnálást mutatva? A tizenéves kort és a fiatal felnőttkort inkább még a jelen- és a jövőorientáció jellemzi (Molinari et al., 2016), az idő előrehaladtával azonban egyre hangsúlyosabbá válik a visszatekintés. Előfordulhat, hogy a serdülőkori identitásdiffúzió vagy éppen az identitásfejlődés túl korai lezárása az életközép idején idéz elő krízist újult erővel: a korábban kitűzött célok a velük kapcsolatos belső elköteleződés hiányában (lásd fentebb) már nem elégségesek, az ember ilyenkor azt élheti meg, hogy élete kiüresedik vagy kényszerpályán halad. Továbbá ebben az életszakaszban megnő a felelősséggel járó szerepkörök száma (idős szülők gondozása, saját gyermekek nevelése, vezető pozíció a munkahelyen stb.), ami az erőforrások felemésztésével megnehezítheti a krízissel való eredményes megküzdést. E krízis egyik velejárója lehet az impulzív, kockázatkereső magatartás ismételt felerősödése, ideértve az addiktív viselkedésformák megjelenését is. Fontos hozzátennünk, hogy az életközép idején megfigyelhető addiktív problémák

általában nem előzmény nélküliek. Ahogyan azt egy longitudinális kutatás eredményei is jelzik (Zhang et al., 2016), a negyvenes korosztály függőségi tünetei egy olyan fejlődési íven helyezhetők el, amelyen a szülőkkel való serdülőkori konfliktusok az internalizáló zavarokkal, később pedig szerhasználati problémákkal és affektív zavarokkal kapcsolódnak össze.

IDŐSKOR

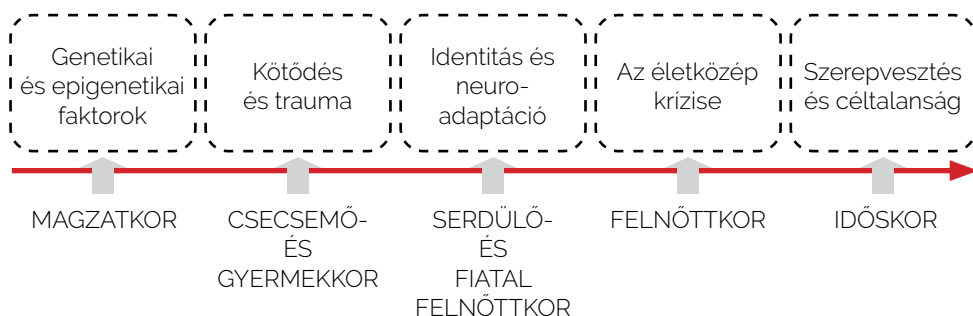
Az életcélok kérdése időskorban is fajsúlyossá válik. Ne feledjük, hogy életünk ezen állomása a szerepvesztések időszaka. A nyugdíjazással gyakran az aktív munkavégzéshez köthető szerepek (például munkatárs, beosztott, főnök, összességében: dolgozó ember) tűnnek tova. A gyermekek nagykorúvá válásával és a többgenerációs együttélés kulturális háttérbe szorulásával az idősödő szülők a hasznosságérzésüket veszítik el. E szerepvesztések (természetesen a hormonális és idegrendszeri változások mellett) összefügghetnek az időskorban kimondottan magas prevalenciával jellemezhető szorongásos és hangulatzavarok tünete súlyosbodásával – a depresszió időskori előfordulási arányát például közel 32 százalékra becsülik (Zenebe et al., 2021) –, így pedig közvetve az addiktív magatartások előtérbe kerülésével is. Abban, hogy időskorban milyen addikciók válnak meghatározóvá, javarészt kohorszhatások érvényesülnek. Másként fogalmazva: a mostani hetven feletti korosztályra még kevésbé jellemzőek a digitális addikciók, sokkal inkább a szerhasználati zavarok prevalenciája nevezhető magasnak – azokon belül is főként az alkohol- és gyógyszerfüggőség (Muñoz et al., 2018) –, ám a következő évtizedekben várhatóan ez a tendencia is változni fog.

Az időskor ugyanakkor nem pusztán a szerepvesztések, de az emberi kapcsolatok elvesztése (például a házastárs vagy közeli barátok halála) miatt is kritikus időszaknak tekinthető, lévén hogy a társas támogatottság alacsonyabb foka az önstimuláció és az addiktív jellegű örömkeresés nagyobb valószínűségével is kapcsolatot mutathat (Jia et al., 2022).

ÖSSZEGZÉS

Láthattuk, hogy az emberi életút különböző szakaszait tekinthetjük olyan stációknak is, melyekben egy-egy addiktológiai szempontból releváns kockázati tényező a legintenzívebb hatást képes kiváltani (e kiemelt jellemzőket az 1. ábra foglalja össze). Természetesen vannak az életkori szakasztól független kockázati tényezők, melyek lényegében bármely életperiódusban megnövelhetik az addikció kialakulásának vagy fennmaradásának valószínűségét. Ilyennek tekinthetjük a szociális izolációt, a belső üresség és örömtelenség érzetét vagy a célok és keretek hiányát. Vannak továbbá olyan, genetikailag erősen megalapozott és pervazívnak tekinthető rizikófaktorok, mint a korábban már említett ADHD vagy az impulzivitás, melyek több évtizeden át befolyásolhatják az egyén életútját, ám ezek intenzitása vagy tünetkifejeződése is változik a kor előrehaladtával.

1. ábra: Életszakaszok szerinti kiemelt kockázati jellemzők az addikciós zavarok kialakulásával vagy fennmaradásával kapcsolatban (saját szerkesztés)



Elsősorban a terjedelmi korlátok miatt nem foglalkoztunk a fentiekben az életszakaszokhoz kapcsolt kockázati tényezők szociokulturális meghatározottságával, de érdemes megemlíteni, hogy a társadalmi és kulturális közeg nagymértékben képes befolyásolni, hogy a tanulmányban kiemelt jellemzők milyen szinten szólnak bele a szenvedélybetegség kialakulásába. Mert nem mindegy, hogy a társadalom miként tekint a gyermek-, a tizenéves, a felnőtt- és az időskorra (mennyire érvényesül a fiatalság kultusza, az időskor stigmatizációja stb.). Nem mindegy, hogy mennyire beágyazott kulturálisan egy-egy addiktív viselkedésforma (például túlzottan megengedő attitűd az alkoholfogyasztással kapcsolatban), és nem mindegy, hogy milyen arányban ismerik fel vagy kezelik hatékonyan az addikciók háttérváltozóit.

Mindezek mellett is megfontolandó – mind a klinikai munka, mind a kutatás területén – figyelembe venni az adott életszakasz és az abban megjelenő addiktológiai kockázati sajátosság egymásra hatását. Ezen interakciók felismerése ugyanis hozzájárulhat a terápia eredményességéhez, valamint fontos implikációi lehetnek a preventív beavatkozások tervezése során is.

Ábrajegyzék

1. táblázat: A gyermek kötődési stílusa és a szülői magatartásformák összefüggései. Forrás: Benoit, 2004
1. ábra: Életszakaszok szerinti kiemelt kockázati jellemzők az addikciós zavarok kialakulásával vagy fennmaradásával kapcsolatban. Saját szerkesztés

Felhasznált irodalom

- AINSWORTH, MARY D. SALTER – WITTIG, BARBARA (1969): Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a Strange Situation, in FOSS, BRIAN M.: *Determinants of Infant Behavior*, London, Methuen, 111–136.
- ANOKHIN, ANDREY P. – GOLOSHEYKIN, SIMON – GRANT, JULIA – HEATH, ANDREW C. (2009): Heritability of risk-taking in adolescence: a longitudinal twin study, *Twin Research and Human Genetics*, 12. évfolyam, 2009/4., 366–371. DOI: <https://doi.org/10.1375/twin.12.4.366>
- BENOIT, DIANE (2004): Infant-parent attachment. Definition, types, antecedents, measurement and outcome, *Paediatrics & Child Health*, 9. évfolyam, 2004/8., 541–545. DOI: <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>
- BESTRY, MITCHELL – SYMONS, MARTYN – LARCOMBE, ALEXANDER – MUGGLI, EVELYNE – CRAIG, JEFFREY M. – HUTCHINSON, DELYSE – HALLIDAY, JANE – MARTINO, DAVID (2022): Association of prenatal alcohol exposure with offspring DNA methylation in mammals: a systematic review of the evidence, *Clinical Epigenetics*, 14. évfolyam, 2022/1., article 12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13148-022-01231-9>
- CABANA-DOMÍNGUEZ, JUDIT – SHIVALIKANJLI, ANU – FERNÁNDEZ-CASTILLO, NOËLIA – CORMAND, BRU (2019): Genome-wide association meta-analysis of cocaine dependence. Shared genetics with comorbid conditions, *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 94. évfolyam, 2019, 109667. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109667>
- CONRADT, ELISABETH – FLANNERY, TESS – ASCHNER, JUDY L. – ANNETT, ROBERT D. – CROEN, LISA A. – DUARTE, CRISTIANE S. ET AL. (2019): Prenatal opioid exposure. Neurodevelopmental consequences and future research priorities, *Pediatrics*, 144. évfolyam, 2019/3., e20190128. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0128>
- COPELAND, WILLIAM E. – ADAIR, CAROL E. – SMETANIN, PAUL – STIFF, DAVID – BRIANTE, CARLA – COLMAN, IAN ET AL. (2013): Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54. évfolyam, 2013/7., 791–799. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12062>

- ELLIS, BRUCE J. – FIGUEREDO, AURELIO JOSÉ – BRUMBACH, BARBARA H. – SCHLOMER, GABRIEL L. (2009): Fundamental dimensions of environmental risk. The impact of harsh versus unpredictable environments on the evolution and development of life history strategies, *Human Nature*, 20. évfolyam, 2009/2., 204–268. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12110-009-9063-7>
- ERIKSON, ERIK (1968): *Youth and Crisis*, New York, W. W. Norton & Company.
- JIA, YU – LIU, TIANYUAN – YANG, YANG (2022): The relationship between real-life social support and Internet addiction among the elderly in China, *Frontiers in Public Health*, 10. évfolyam, 2022, 981307. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.981307>
- JOHNSON, EMMA C. – DEMONTIS, DITTE – THORGEIRSSON, THORGEIR E. – WALTERS, RAYMOND K. – POLIMANTI, RENATO – HATOUM, ALEXANDER S. ET AL. (2020): A large-scale genome-wide association study meta-analysis of cannabis use disorder, *The Lancet Psychiatry*, 7. évfolyam, 2020/12., 1032–1045. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30339-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30339-4)
- JORDAN, CHLOE J. – ANDERSEN, SUSAN L. (2017): Sensitive periods of substance abuse. Early risk for the transition to dependence, *Developmental Cognitive Neuroscience*, 25. évfolyam, 2017, 29–44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.10.004>
- KELLY, BRIAN C. – VUOLO, MIKE (2021): Developing explanatory models for life course shifts in the burden of substance use to inform future policy and practice, *The International Journal of Drug Policy*, 94. évfolyam, 2021, 103182. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103182>
- KNOPIK, VALERIA S. – MARCEAU, KRISTINE – BIDWELL, L. CINNAMON – ROLAN, EMILY (2019): Prenatal substance exposure and offspring development. Does DNA methylation play a role?, *Neurotoxicology and Teratology*, 71. évfolyam, 2019, 50–63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2018.01.009>
- KONKOLY-THEGE, BARNA – HORWOOD, LEWIS – SLATER, LINDA – TAN, MARIA C. – HODGINS, DAVID C. – WILD, T. CAMERON (2017): Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors. A systematic review, *BMC Psychiatry*, 17. évfolyam, 2017, article 164. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1323-1>
- KOZAK, KAROLINA – LUCATCH, ALIYA M. – LOWE, DARBY J. E. – BALODIS, IRIS M. – MACKILLOP, JAMES – GEORGE, TONY P. (2019): The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451. kötet, 2019/1., 71–91. DOI: <https://doi.org/10.1111/nyas.13977>
- LAWLER, MICHAEL J. – TALBOT, ELIZABETH B. (2012): Child abuse, in RAMACHANDRAN, VILAYANUR SUBRAMANIAN (szerk.): *Encyclopedia of Human Behavior – Second edition*, Cambridge, USA, Academic Press, 460–466. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00087-2>
- MAIN, MARY – SOLOMON, JUDITH (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation, in GREENBERG, MARK T.

- CICCETTI, DANTE – CUMMINGS, E. MARK (szerk.): *Attachment in the Preschool Years*, Chicago, University of Chicago Press, 121–160.
- MARCIA, JAMES (1966): Development and validation of ego-identity status, *Journal of Personality and Social Psychology*, 3. évfolyam, 1966/5., 551–558. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0023281>
- MCLAUGHLIN, KATIE A. – COLICH, NATALIE L. – RODMAN, ALEXANDRA M. – WEISSMAN, DAVID G. (2020): Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology:: a transdiagnostic model of risk and resilience, *BMC Medicine*, 18. évfolyam, 2020/1., article 96. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>
- MOLINARI, LUISA – SPELTINI, GIUSEPPINA – PASSINI, STEFANO – CARELLI, MARIA GRAZIA (2016): Time perspective in adolescents and young adults. Enjoying the present and trusting in a better future, *Time & Society*, 25. évfolyam, 2016/3., 594–612. DOI: <https://doi.org/10.1177/0961463X15587833>
- MUÑOZ, MANUEL – AUSÍN, BERTA – SANTOS-OLMO, ANA B. – HÄRTER, MARTIN – VOLKERT, JANA – SCHULZ, HOLGER ET AL. (2018): Alcohol use, abuse and dependence in an older European population. Results from the MentDis_ICF65+ study, *PLoS One*, 13. évfolyam, 2018/4., e0196574. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196574>
- NESSE, RANDOLPH M. (2002): Evolution and addiction, *Addiction*, 97. évfolyam, 2002/4., 470–471. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00086.x>
- PAUWELS, LISA – CHALAVI, SIMA – SWINNEN, STEPHAN P. (2018): Aging and brain plasticity, *Aging (Albany NY)*, 10. évfolyam, 2018/8., 1789–1790. DOI: <https://doi.org/10.18632/aging.101514>
- SALMANZADEH, HAMED – AHMADI-SOLEIMANI, S. MOHAMMAD – AZADI, MARYAM – HALLIWELL, ROBERT F. – AZIZI, HOSSEIN (2021): Adolescent substance abuse, transgenerational consequences and epigenetics, *Current Neuropharmacology*, 19. évfolyam, 2021/9., 1560–1569. DOI: <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210303121519>
- SCHINDLER, ANDREAS (2019): Attachment and substance use disorders-theoretical models, empirical evidence, and implications for treatment, *Frontiers in Psychiatry*, 10. évfolyam, 2019, article 727. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00727>
- VOLKOW, NORA D. – MICHAELIDES, MICHAEL – BALER, RUBEN (2019): The neuroscience of drug reward and addiction, *Physiological Reviews*, 99. évfolyam, 2019/4., 2115–2140. DOI: <https://doi.org/10.1152/physrev.00014.2018>
- WANG, RUJIA – SNIEDER, HAROLD – HARTMAN, CATHARINA A. (2022): Familial co-aggregation and shared heritability between depression, anxiety, obesity and substance use, *Translational Psychiatry*, 12. évfolyam, 2022/1., article 108. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01868-3>
- WIKLUND, PETRI – KARHUNEN, VILLE – RICHMOND, REBECCA C. – PARMAR, PRIYANKA – RODRIGUEZ, ALINA – DE SILVA, MANEKA ET AL. (2019): DNA methylation links prenatal smoking exposure to later life health outcomes in offspring, *Clinical Epigenetics*, 11. évfolyam, 2019/1., article 97. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13148-019-0683-4>

- YEHUDA, RACHEL – LEHRNER, AMY (2018): Intergenerational transmission of trauma effects. Putative role of epigenetic mechanisms, *World Psychiatry*, 17. évfolyam, 2018/3., 243–257. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20568>
- ZAORSKA, JUSTYNA – KOPERA, MACIEJ – TRUCCO, ELISA M. – SUSZEK, HUBERT – KOBYLIŃSKI, PAWEŁ – JAKUBCZYK, ANDRZEJ (2020): Childhood trauma, emotion regulation, and pain in individuals with alcohol use disorder, *Frontiers in Psychiatry*, 11. évfolyam, 554150. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.554150>
- ZENEBE, YOSEF – AKELE, BAYE – W/SELASSIE, MULUGETA – NECHO, MOGESIE (2021): Prevalence and determinants of depression among old age. A systematic review and meta-analysis, *Annals of General Psychiatry*, 20. évfolyam, 2021/1., article 55. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>
- ZHANG, CHENSHU – BROOK, JUDITH S. – LEUKEFELD, CARL G. – BROOK, DAVID W. (2016): Longitudinal psychosocial factors related to symptoms of Internet addiction among adults in early midlife, *Addictive Behaviors*, 62. évfolyam, 2016, 65–72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.019>

A life course perspective in addictology: age-specific risk factors behind addiction

ABSTRACT

Numerous biological, intra- and interpersonal, as well as social/societal factors can be identified behind the development of addictions. However, from a developmental psychological perspective, it is worth emphasizing that the effect size of these risk factors is age-specific, that is, in the case of specific life stages, they might pose a greater impact on the individual's mental health and addictive behavior. This study therefore interprets the most determining risk factors as linked to certain age intervals along the stages of the human life path, explaining the probable connection between the given characteristic and the development or persistence of addiction. In relation to each life stage, the study presents the main genetic/neurobiological, attachment/family dynamics, identity and intimacy, and life goals characteristics of addictions.

KEYWORDS: addiction, dependence, life course, crisis, developmental perspective

KAPITÁNY-FÖVÉNY MÁTÉ | Klinikai szakpszichológus, adjunktus. Elsődleges szakterülete az addikciós zavarok prevenciója és terápiája, valamint a szenvedélybetegség komorbiditásának vizsgálata. Nevéhez több játékosított prevenciós projekt kötődik, emellett rendszeresen publikál ismeretterjesztő jelleggel is.

KORMOS PIROSKA

Kudarok vagy sikerek?

Segítő folyamatok szenvedélybeteg szülők kiskorú gyermekeivel

DOI: 10.56699/MT.2023.1.2

ABSZTRAKT

A tanulmány célja, hogy bemutassa a szociális szakemberek lehetőségeit a szenvedélybeteg szülők kiskorú gyermekeinek támogatásában, és ezzel biztassa őket arra, hogy segítsék ezeket a gyermekeket a saját eszközeikkel. A szenvedélybeteg családokban élő gyermekek jellemzőinek rövid bemutatása után az írás egy konkrét esetet ismertet személyes megjegyzésekkel kiegészítve.

KULCSSZAVAK: szenvedélybeteg szülők gyermeke, segítő folyamat

Jelenlegi munkámban szenvedélybeteg emberek hozzátartozóival, elsősorban gyermekeivel találkozom. Egyéni és csoportos segítő folyamatokat vezetek számukra szociálpedagógus alapképzettséggel. Mire jogosít fel és mire kötelezhet mindez? Közben azon gondolkodtam, mit írhatnék a szenvedélybeteg szülők gyermekeiről, amit mások, akik okosabbak és képzettebbek, még nem írtak meg, vagy talán épp most írják meg, akkor talákoztam újra a mondattal: „Véghez vittünk pár felnőtté válást úgy, hogy a környezetünk nem csinált semmit.” Nem hatott azonnal, lassabban szívódott fel bennem, és fejtette ki a hatását – éppúgy, mint az alacsonyabb alkoholtartalmú italok. A mondattal egy szenvedélybeteg szülők gyermekeiről szóló előadáson talákoztam újra. Közeli ismerősként köszönt rám. Első találkozásunkkor egy Apa, Anya, Pia csoporton ültem (Barnowski-Geiser, 2018), amikor elhangzott. Akkor is, most is szívbe markoló volt az őszintesége, és az, ahogy a szókimondást körülöleli a humor.

Szeretnék egy olyan környezethez tartozni, amely csinál valamit, lehetőség szerint valami hasznosat. Valamit, ami segítheti a szenvedélybeteg családban felnőtt vagy épp ott növekedő gyermekeket. Szeretném hinni, hogy ez megvalósul. Szeretném, ha ez a cikk abban segítené az olvasót, hogy ő is csináljon valamit. Hiszem, hogy azért kezdte el az olvasást, mert akar csinálni valamit.

KONTEXTUSBA HELYEZÉS

Szenvedélybeteg szülők gyermekei vannak, amióta szenvedélybetegek vannak. A szenvedélybeteg emberek nagyobb része családban él, vagy abban élt, amíg el nem vesztette, amíg a család ki nem zárta, vagy maga a függő döntött úgy, hogy elköltözik. Jóval többen vannak, akik a függőség kialakulása után is együtt élnek a családjukkal, gyermekeikkel. A szenvedélybetegek legnépesebb csoportja az alkoholfüggők. Hab a tortán, vagy ebben az esetben talán helyesebb, ha azt írom, a sörön, hogy a társadalmi szinten még viszonylag jól funkcionáló problémás alkoholfogyasztó mellett felnövő gyermeknek hasonló megélései vannak, mint azoknak a gyermekeknek, akik függő szülő mellett élnek. Emelik az érintett gyermekek számát a – sokszor még az egészségügyi ellátás számára is láthatatlan – gyógyszerfüggők, játékszenvedély-betegek, kábítószerfüggők gyermekei és a társadalmi szinten inkább támogatott, mint problémásnak ítélt munkamániások (munkaholisták) gyermekei. Becslések szerint ma Magyarországon közel négyszázezer olyan gyermekről beszélhetünk (F. Lassú, 2021: 70), akinek egyik vagy mindkét szülője szenvedélybeteg. Ez a 2022-es népességi adatokat figyelembe véve körülbelül minden ötödik gyermeket jelenti.¹ Míg a szenvedélybeteg emberek számára elérhető professzionális segítség az 1960-as évektől létezik Magyarországon, és a nyolcvanas évektől kiegészültek számos nem állami ellátási formával (1981: Református Iszákosmentő Misszió, 1989: AA-csoportok,² rehabilitációs otthonok), a szenvedélybetegek gyermekeinek szóló speciális támogatás viszonylag új keletű jelenség Magyarországon. Amikor a szenvedélybetegeket segítő intézmények megnyitották kapuikat, hamar megtapasztalták, hogy a hozzátartozók segítése is feladat. Ez elsősorban a házastársat/élettársat, esetleg a szülőt jelentette, és egyéni segítőbeszélések, hozzátartozói csoportok, majd később család-, illetve párterápiák is lehetővé váltak a hozzátartozók számára. Azt, hogy az érintett gyermekeknek is szükségük lehet speciális segítségre, sokáig a szakemberek sem gondolták. Jó, hogy mások mégis vállalkoztak e feladatra. Emlékszem egy tanárnőre, aki elmesélte, hogy egy érintett tanítványának segített, és olyan mély kapcsolat alakult ki közöttük, hogy az esküvőjére is elhívta, miközben az édesanyját (vagy talán pontosabb azt mondanunk, a szülőanyját), aki alkoholfüggő volt, nem. Emlékszem a nagymamámra, aki gondnok volt egy általános iskolában: többször kísért haza gyermekeket, és egyszer-egyszer előfordult, hogy valakit magához vitt éjszakára, hogy ne kelljen hazamennie. Egészen biztos vagyok benne, hogy számos hasonló történet van arról, amikor pedagógusok, osztálytársak szülei, nagynénik, szomszédok és más figyelmes felnőttek segítettek szenvedélybeteg szülők gyermekeit. A szenvedélybeteg szülők gyermekeit segítő amerikai terapeuta, Jerry Moe hivatkozik kutatásokra (Moe, 2022: 34), melyek egyértelműen bizonyítják, hogy azok a szenvedélybeteg családból érkező felnőttek, akik gyermekkorukban elfogadást, támogatást, segítséget kaptak egy megbízható felnőttől (*safe people*), legyen szó tanárról, edzőről, lelkészről stb., egészségesebbek, reziliensebbek lettek, mint azok a kortársaik, akik gyermekkorukban nem kaptak támogatást. Ahhoz, hogy tegyünk valamit ezekért a gyermekekért, illetve hogy biztonságos emberré válhassunk, néhány egyszerű dolgot szem előtt kell tartanunk. Ezekről lesz szó a következőkben.

A teljesebb kép érdekében fontos megemlítenünk, hogy az amerikai példa alapján nemcsak AA-, hanem Al-Anon³ és ACA⁴ önszorgító csoportok is indultak Magyarországon. A kiskorú gyermekek számára Amerikában jól működő Alateen-csoportok⁵ megalakulására több kísérlet is történt, ezek azonban nem tudtak megmaradni. Egy másik szálon indult támogatás a szenvedélybeteg szülők gyermekei számára a Református Iszákosmentő Missziónál, ahol alkalmanként a gyermekek is részt vehettek a szüleikkel a „gyógyító hetek” programban, illetve külön nekik is szerveztek nyári programokat. Gyermekpszichológusok és gyermekpszichiáterek is nyújtottak támogatást szenvedélybeteg szülők gyermekeinek. Mégis, az érintett gyermekeknek szóló segítő folyamatok speciális megközelítése, az ezek során alkalmazható eszközök nem álltak rendelkezésre hazánkban, ezért hiánypótló a Magyar Máltai Szeretetszolgálat erről a témáról szóló könyvei, mesekönyvei, egyéb kiadványai.

GONDOLATOK A SZENVEDÉLYBETEG SZÜLŐK GYERMEKEIRŐL

Azt, hogy miért fontos ezeknek a gyermekeknek speciális segítséget kapniuk, több könyv és cikk is bemutatta már (például Moe, 2020; F. Lassú, 2021), ezért itt csak nagy vonalakban írok erről.

Ahhoz, hogy jól és semmiképpen se ártva segítsük a szenvedélybeteg szülők gyermekeit, tudnunk kell, mi jellemző rájuk, értenünk kell, mi húzódik meg „működésük” hátterében, mi az oka, ha elutasítók vagy figyelmetlenek, impulzívok vagy zárkózottak. Szendélybeteg ember mellett élni egyet jelent a bizonytalansággal és a kiszámíthatatlansággal. Egy ilyen családban soha nem tudhatod, mire méész haza, vagy hogy a szenvedélybeteg hozzátartozód hogyan érkezik haza. Egy biztos: neked kell alkalmazkodnod, ha túl akarod élni – és gyerekként túl akarod élni.

A kisgyermekre az óvodáskor végéig, kisiskoláskor elejéig jellemző énközpontú gondolkodás miatt a gyermek sokáig azt hiszi, ő az oka a szülője viselkedésének, és ezért azt is hiszi, hogy tőle függhet a szenvedélybetegség kialakulása vagy megszűnése. Erre a gyermeket hibáztató, bántó szülői mondatok rá is erősíthetnek. Később, a gyermek életkorának előrehaladtával ez változhat, de vannak olyan gyermekek, akik hosszú éveken keresztül hordozzák annak a gondolatnak terhét, hogy ha ők „valóban jók” lennének, a szüleik nem innának. Óvodáskorú gyerekeknél a mágikus gondolkodás miatt az is előfordul, hogy hisznek abban: képesek megváltoztatni a helyzetet valamilyen cselekvéssel, de mivel ez nem sikerül, hiszen nem is sikerülhet nekik, a csalódás zárkózottá teheti őket.

„Már kisgyermekként érzékeltem, hogy apám iszonyatosan dühös. Meg voltam róla győződve, hogy rám haragszik, mert én okoztam azt a rosszat, ami miatt ő inni kényszerült” (Mattik, 2021: 36).

„Már kisgyermekként érzékeltem, hogy apám iszonyatosan dühös. Meg voltam róla győződve, hogy rám haragszik, mert én okoztam azt a rosszat, ami miatt ő inni kényszerült.”

A szenvedélybeteg ember sokszor érzelmileg elérhetetlen, zárkózott, dühös, szomorú vagy elutasító, és ezért a gyermeke nem tud kapcsolódni hozzá. Az ilyen családokban gyakran előfordul az érzelmi elhanyagolás, amelyhez társulhat verbális és/vagy fizikai bántalmazás, illetve fizikai elhanyagolás is. Az így nevelkedő gyermekekben megszületik és megerősödik az „én nem számítok” érzése.

A szenvedélybeteg szülők gyermekeinek hármasszabálya: ne bízz, ne érezz, ne beszélj!

„A szenvedélybeteg családban minden a szenvedélybeteg körül forog, ő a család középpontja, akaratlanul is mindenki hozzá igazodik, az ő hangulata határozza meg a családi légkört. A család szabályai nem következetesek, nem átláthatóak, és ezért nem adnak biztonságot (be nem váltott ígéretetek a függő és a társfüggő szülőktől egyaránt elhangzanak), a gyerekek gyakran szülői szerepbe kényszerülnek, szülői felelősséget cipelnek. Az érzelmekről sokszor nem lehet beszélni, a gyerekek nem kapnak hiteles válaszokat az érzéseikre (pl. nem kapnak vigasztalást), ezért megtanulják, hogy ne fejezzék ki őket (megtanulnak nem érezni), majd a be nem váltott ígéretetek és a kiszámíthatatlanság miatt megtanulnak nem bízni” – írja Frankó András (F. Lassú, 2021: 79).

A szenvedélybeteg családban sokszor kimondatlanok az érzések, gondolatok, féltelmek, olykor pedig kifejezett szabály, hogy „a család belső ügyeiről nem beszélünk”. A szenvedélybetegséget gyakran tabuként kezeli a család, ezért a gyermek megtanulja, hogy ne beszéljen róla, és nem is gondol rá, hogy segítséget kérjen. Sokszor a szülő viselkedése miatt szégyent él meg, és ez is nehezíti a segítségkérést vagy azt, hogy bárkinek is beszéljen arról, ami otthon történik.

Ha a szülőnek vannak józan időszakai, ez nem hoz automatikusan önfeledt örömet vagy megkönnyebbülést, mert nemegyszer megtörténik a szenvedélybeteg családokban, hogy a függő egy ideig felhagy a szerhasználattal, majd visszaesik. Ez csak növeli a kiszámíthatatlanságot, és a gyermeket továbbra is készenlétben tartja. Már felnőtt érintettektől hallottam a kifejezést: „Folyamatosan stand by üzemmódban voltunk.” Amikor a függő életében a felépülés és a józanság nyer teret, a gyermekben még hosszú ideig készenléti állapotban maradhat, ami rengeteg energiát emészt fel. A folyamatos készenlét és a fokozott felelősségvállalás elveszi a gyermeki lét önfeledtségét és szabadságát.

Attól, hogy a gyermek nem él együtt a szenvedélybeteg szülőjével, a szülői szenvedélybetegség hatása nem múlik el nyomtalanul. A legtöbb esetben ezek a gyermekek láthatáson találkoznak a függő szülővel, aki a láthatások alkalmával vagy józan, vagy nem, vagy megérkezik, vagy nem, ezzel a működéssel is fenntartva a gyermekben a „ne bízz, ne érezz, ne beszélj” szabályát.

Bármilyen is a szülő, a gyermeke lojális hozzá, főleg a korai életéveiben. Ez erősebben érvényesül egy rosszul működő családban, amelyben a bizonytalanság a lojalitás oldódása ellen hat. A szenvedélybeteg szülők gyermekei sokszor tovább és erőteljesebben lojálisak a szüleikhez, talán maguknak sem vallva be a félelmet, hogy ha ők is elfordulnának a szüleiktől, senki nem maradna mellettük.

„Az alkoholisták gyermekei hasonló környezetben nőnek fel. A személyek különbözhetnek, de ami minden alkoholista otthonban történik, az nem különbözik túlságosan. Bizonyos történetek különbözhetnek, de általában egyik alkoholista otthoni környezete ugyanolyan, mint a másik. A feszültség és az aggodalom megnyilvánulása mindig jelen van. Változhat, ami történik, de előreláthatóan minden történést fájdalom és megbánás követ. A különbségek inkább abban rejlenek, hogy miként reagáltál az élményeidre, mintsem magukban az élményekben” (Woititz, 2002: 9).

A gyermekek különböző megküzdési stratégiákat választanak ahhoz, hogy túléljék a családi helyzetet, így betöltve a Hős, a Fekete Bárány, az Elveszett Gyermeke vagy a Bohóc szerepét (F. Lassú, 2021: 94–104). Például a Hős jól teljesít az iskolában, és igyekszik minden elvárásnak maximálisan megfelelni. Mások az otthon megélt nehézségek és feszültségek miatt rosszul tanulhatnak, elmagányosodhatnak, vagy azokhoz csapódhatnak, akik szintén nem teljesítenek jól, és rosszkodásukkal, ellenállásukkal, balhékba keveredésükkel kapnak negatív figyelmet. Sok gyermek a családi titok vagy az otthoniakért való folyamatos aggodás miatt nem tud kapcsolódni kortársaihoz, nem alakít ki mély barátságokat.

Összefoglalva a fentieket, ha szenvedélybeteg szülők gyermekeivel kezdünk dolgozni, tudnunk kell, hogy lehetnek bizalmatlanok, zárkózottak, nehezükre eshet az érzéseik megélése és kimondása, a családi titok és a szülő iránt érzett lojalitás miatt lehet, hogy nem beszélnek a szülő függőségéről, de lehetnek nyitottak, bátrak, impulzívak vagy destruktívak is.

EGY SZOCIÁLPEDAGÓGUS LEHETŐSÉGEI ÉS TEHETETLENSÉGE

A különbség felismerése, és lépés a lehetőség felé: a hét szabály

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálat szervenvelbeteg emberek és hozzátartozóik segítségét végzi. A Fogadóban dolgozva elsősorban szülők megkeresése nyomán kerülök kapcsolatba olyan gyermekekkel, akiknek az egyik szülője iszik. Többször a nem használó szülő hozza el a gyermeket hozzánk. Nehézség okozhat, hogy a foglalkozások után abba a közegbe engedjük vissza a gyerekeket, amely miatt a segítségünket kérték. Számomra ez az egyik legnagyobb kihívás a szenvedélybeteg családok gyermekeivel végzett munkában. Nekem is tudatosítanom kell a Jerry Moe által kidolgozott hét szabályt (*Seven C's*) (Moe, 2020: 236),⁶ amely a szenvedélybeteg szülők gyermeke számára ad útmutatást. Az első három arra vonatkozik, hogy mi az, amit nem tud megváltoztatni, vagy ami nem tőle függ: „Nem én okoztam. Nem tudom irányítani. Nem tudom meggyógyítani.” Segítő, felnőtt létemre én sem tudom irányítani a szülőt, nem tudok helyette nem inni, nem tudok helyette terápiába vagy önsegítő csoportba járni, nem tudok helyette odafigyelni a gyermeke szükségleteire, amelyek kielégítését tőle várja. Ezek azok a dolgok, amelyek növelhetik bennem a tehetetlenség érzését, ezeken nem tudok változtatni. Jerry Moe következő négy szabálya abban segíti a gyermeket,

hogy mit tehet önmagáért. „Megtanulok gondoskodni magamról úgy, hogy megosztom az érzéseimet, egészséges döntéseket hozok és szeretem magam.”

Ezek szerint a tehetetlenség érzése ellenére rengeteg lehetőségem van. Elsősorban az, hogy a gyermeknek megtanítsam ezt a hét szabályt. Másodsorban segíthetem abban, hogy ezeket átültesse a gyakorlatba, átbeszélhetem vele őket, megtaníthatom neki vagy megerősíthetem benne az öngondoskodást. Beszélhetek vele arról, hogy a szükségletei fontosak, elismerhetem ezeket, és segíthetem abban, hogy ki tudja fejezni, meg tudja élni, meg tudja védeni őket.

Segítségnyújtás az érzések felismerésében és kifejezésében

Segíthetem a gyermeket azzal, ha teret biztosítok számára az érzései kifejezésére. Ennek érdekében értő figyelemmel vagyok jelen minden beszélgetésünkben, legyen szó a mindennapi ügyeiről az iskolában vagy a barátaival, vagy egy kitalált történetről. Ha a gyermek még gyakorlatlan az érzései kifejezésében – mert egy szenvedélybeteg családban gyakran megélhette, hogy az érzéseit negligálják, ezért megtanulta nem érezni őket –, segíthetem abban, hogy megtanulja felismerni és kifejezni őket. Ehhez jól használhatóak érzéskártyák (például a Magyar Máltai Szeretetszolgálat *Szimat* érzelemkártyái) vagy mesék. Például: „Válaszd ki a kártyák közül, hogy érzed magad most. Válaszd ki azokat a kártyákat, amelyekkel el tudod mondani, mi minden történt ma veled, amióta felébredtél.” Jó, ha folyamatban tudok dolgozni a gyermekkel, de ha erre nincs lehetőség, akkor arra kell figyelnem, hogy a legfontosabb dolgokat átadjam neki, ez pedig a hét szabály és az általa önállóan elérhető segítségek: a segítőtől, amelyet együtt térképezhetünk fel, illetve a gyermekek számára készült honlapok (www.apaiszik.kimondhato.hu, www.anyaiszik.kimondhato.hu), amelyeket bemutatok neki.

A szenvedélybeteg szülők gyermekei sokszor tovább és erőteljesebben lojálisak a szüleikhez, talán maguknak sem vallva be a félelmet, hogy ha ők is elfordulnának a szüleiktől, senki nem maradna mellettük.

Eszközök a segítő kezében: Bolyhos és Lurkó

A gyermekekkel végzett segítő folyamatok kulcsa is a kapcsolatban rejlik. A szenvedélybeteg szülők gyermekei ugyanúgy különbözőek, mint minden más gyermek: vannak, akik azonnal kapcsolódnak, és vannak, akik zárkóztak. A foglalkozások első alkalmai minden esetben a kapcsolat felvéte-

léről, a bizalom kiépítéséről, egymás megismeréséről szólnak. Érkeztek hozzám gyermekek, akik már az első foglalkozáson szóba hozták a szülőjük függőségét („Az apukám alkoholistá”), és volt, aki erről a sokadik alkalom után sem tudott beszélni (lásd még erről: Moe, 2020).

A szenvedélybeteg szülők gyermekeit segítő folyamatban jól alkalmazhatók a Magyar Máltai Szeretetszolgálat kiadványai és eszközei. A Bolyhosról, Pehelyország lakó-

járól szóló mesét (Grubhofer, 2018) olvasva lassan nem csupán őt és a családját, hanem apukája különös viselkedését is megismerjük. Ez a viselkedés az, ami elbizonytalanítja Bolyhost, és ezzel a nehézséggel találkozunk egy másik mesében Lurkó kutya is (Schweiz, 2018), akinek a gazdája lesz egyre figyelmetlenebb vele szemben. Mindkét mese a gyermekek nyelvén beszél az alkoholproblémáról, és hoz megoldásokat. A mesék olvasása és a velük való foglalkozás (ehhez adnak ötleteket a www.bolyhos.kimondhato.hu és a www.lurko.kimondhato.hu honlapon található anyagok) segít nevet adni a furcsa viselkedésnek, elmagyarázza az alkoholbetegség fő jellemzőit, és hangsúlyozza, hogy ezen a függő maga tud változtatni. Ezzel leveszi a sokszor kimondatlan, mégis a gyermekekre nehezedő terhet, hogy talán ő tehet szülője betegségéről, vagy ő tehetne ellene. Míközben Bolyhos és Lurkó segítőtársakat talál a saját nehézségeiben, utat is mutat a gyermekeknek, hogy az alkoholbetegség kimondható, és hogy ér segítséget kérni. Mindkét mesét feldolgozhatjuk az érzelemkifejezés gyakorlásával is, ha olvasás közben arra kérjük a gyermeket, hogy állítsa meg a felolvasást, ha egy érzés megjelenik, és nevezze meg, vagy a mese végén visszakerdezzük, hol jelent meg a történetben például a szomorúság, az öröm, a meglepettség vagy a félelem érzése. Amikor a gyermek a mesék szereplőivel kapcsolatban mond ki érzéseket, egy lépéssel közelebb kerül a saját érzései megnevezéséhez. Szavakat kap a benne is zajló folyamatokhoz, megtapasztalja, hogy az érzések megnevezhetők, kimondhatók. Ez segítheti abban, hogy kifejezze és megnevezze érzéseit. Ha a mese olvasása után arra keresünk válaszokat, hogy mi segítette Bolyhost és Lurkót abban, hogy jobban érezzék magukat, konkrét utakat és eszközöket mutatunk a gyermekeknek, amelyeket ő is kipróbálhat, illetve megerősítést kaphat a használatukhoz (részletes leírás a Bolyhos segédanyag Varázsszavak című gyakorlatánál található). Bolyhos és Lurkó története elsősorban a négy- és tízéves kor közötti gyermekekkel végzett segítő folyamatok esetén ajánlott.

Eszközök a segítő kezében: Amikor egy család bajban van

Idősebb gyermekeknél az *Amikor egy család bajban van* című munkafüzet (Heegaard, 2022) lehet a szakember segítségére. Ez a kiadvány, mely egészében vagy részeiben is alkalmazható, a szükséges fogalmak meghatározásával végigvezeti a gyermeket a szókásoktól a szenvedélybetegségig és a betegség működésének megismeréséig. A szövegekhez kapcsolódó rajzokat a gyermek készíti el. A munkafüzetrel nyolc-kilenc éves kortól dolgozhatunk, amikor a gyermek olvasási és íráskészsége már kialakult, és magabiztosan formálja a szavakat. A munkafüzetrel egy egész folyamat során dolgozhatunk: heti egy találkozás esetén körülbelül három hónapig tarthat a teljes anyag feldolgozása.

A fenti eszközök szabadon használhatók, nem minősülnek terápiás eszköznek, elegendők hozzájuk a gyermekekkel végzett munka alapismeretei. Az eszközökhöz elérhető segédletek célja, hogy a szakemberek minden szükséges információt megkapjanak ahhoz, hogy az érintett gyermekeket segítsék.

LEHETŐSÉGEK ÉS TEHETETLENSÉG EGY KONKRÉT ESET SZORÁN

Bori kilencéves, édesanyjával él Budapesten. Kétéves korában az anya elköltözött Bori apjától, de a válást csak később mondták ki. A gyermek a szülők szétköltözése után az anyával élt, az apai láthatások az első időszakban rendszeresek és zökkenőmentesek voltak. Bori édesanyja kereste meg a Fogadót, mert Bori édesapjának szerhasználata (alkohol, gyógyszerek, kábítószer) egyre intenzívebbé vált (már rehabilitációs kezelésben is részt vett), és ez egyre jobban befolyásolta a láthatásokat, Bori és édesapja kapcsolatát. A közös munka kezdetekor a bíróságon már folyamatban volt a gyermekláthatás megváltoztatása. Az anya felügyelt kapcsolattartást kezdeményezett.

Tehetetlenségem: Segítőként nincs ráhatásom a bírói döntésre, az apa viselkedésére. (Az apát behívtam szülőkonzultációra, de nem reagált.)

Lehetőségeim: Bori védelmi rendszerének (érvédelem és szociális háló) feltérképezése, megerősítése. Bori segítése az öngondoskodásban és az érvédelemben, pszichoedukáció (információk a szenvedélybetegségről és a saját lelki egészségéről az életkorának megfelelő szinten). Az anya megerősítése és edukációja a szenvedélybetegségről.

Bori határozott, talpraesett, szókimondó kislány, könnyen teremt kapcsolatot. Az első alkalommal és később többször is öleléssel köszönt el az édesanyjától, majd bátran lépett be a számára új térbe. Az első beszélgetés célja a megismerkedés, a kapcsolatfelvétel és a bizalom kialakítása volt. Bori nyitott volt, szívesen beszélt a hétköznapi dolgokról, majd a beszélgetés huszadik perce körül nekem szegezte a kijelentést: „Az apukám alkoholistá.” Így máris a témánál voltunk, és beszélgethettünk arról, mit jelent számára, hogy alkoholistá, és milyen még az apukája. Bolyhos meséje segített abban, hogy beszéljünk arról, mi az alkoholbetegség. Későbbi beszélgetéseink során a mese és Bolyhos még vissza-visszatértek. Bár Bori láthatóan könnyen beszélt apja alkoholizmusáról, Bolyhos segített nekem abban, hogy olyan dolgokra is rákérdezzek, amelyeket Bori nem érintett. Például soha nem mondta, hogy fél vagy megijed az apától, Bolyhos azonban félhet, és így megtudhatom, hogy Bori mit javasol Bolyhosnak, mit tegyen, ha megijed vagy fél.

MIBEN SEGÍTETTEM BORIT?

Bori édesanyjától támogatást és figyelmet kapott, tudott vele beszélni az apa viselkedéséről, és el tudta mondani neki azt is, ha valamihez nem volt kedve. Beszélgetéseink abban segítették Borit, hogy ezt a figyelmet mástól is megkapta, hogy lett számára egy másik felnőtt, akivel a szenvedélybetegségről is lehet beszélni. Bolyhoson keresztül megélhette, hogy nincs egyedül, a szenvedélybetegség mást is érint. Fontos, hogy beszélgetéseinknek csak részben volt témája a szenvedélybetegség, mert a figyelmet Borinak kellett megkapnia, nem a betegségnek. Bori életének része volt a szenvedélybetegség, de nem csak ez történt vele: a foglalkozások megerősítették abban, hogy figyelmét önmagára fordítsa, és megélhette, hogy fontos ő maga és az, ami vele történik. Életkorából adódóan még sokat játszott, ezért az időnk egy részét a játék tette ki, amelyben megélhette az önfelelt-

séget, a kreativitást, a spontaneitást és a kapcsolatot. Borival közel fél évig dolgoztam, heti, illetve kétheti negyvenöt perces találkozások során. Találkozásainknak egy gyermekcsoportba irányítás vetett végét. Reményeink szerint Bori ott továbbra is megélheti a játékosságot, kreativitást és új elemként a gyerekközösség támogatását.

A gyermekekkel végzett munkában fontos a szülővel való kapcsolattartás is. Bori édesanyjának segítséget jelentett az információnyújtás a szenvedélybetegség jellemzőiről (a betegségbelátás hiánya, ígéretés, tagadás, visszaesés), a kodependenciáról, valamint a betegség gyermekre gyakorolt hatásáról. Ezek az információk közvetetten Borit is segítették.

KÖZVETETT SEGÍTSÉGNYÚJTÁS: AMIKOR A NAGYSZÜLŐ KÉR SEGÍTSÉGET

Előfordult már, hogy egy nagyszülő vagy nagyszülőpár kért segítséget a Fogadótól. Elmondták, hogy a lányuk/ fiuk szenvedélybetegsége miatt aggódnak az unokáért, és abban kérték segítségünket, hogy lássák a lehetőségeiket.

Lehetőségek: a nagyszülő, illetve szerepének a megerősítése, a határok kijelölése és betartásuk támogatása, a nagyszülők edukálása a szenvedélybetegség jellemzőiről, a kodependenciáról és a szenvedélybeteg családban élő gyermekek jellemzőiről.

Tehetlenség: a gyermek elérése – ha a szülő nem engedi el a gyermeket, nem találkozhatom vele. A szülő függőségére nem tudok hatni.

Amikor nagyszülő vagy esetleg más családtag keres meg minket, elsősorban edukációval tudjuk segíteni őket, és ezzel közvetetten a gyermeket is. Ha a nagyszülők/ családtagok jobban megértik a szenvedélybetegség működését, rálátnak saját társfüggő viselkedésükre és annak veszélyeire, illetve megismerik a gyermekek számára készült kiadványainkat, máris eszközöket adtunk a kezükbe, amelyekkel csökkenthető a tehetlenség érzése. A nagyszülők lehetnek a gyermek számára biztonságos személyek, akik legalább arra az időszakra tudják biztosítani neki a gyermekség megélését, amíg velük van. Bár nem tűnik nagy dolognak, de ha egy gyermek az életét egy szenvedélybeteg szülő mellett éli, ajándék számára minden biztonságban eltöltött perc. Azt is fontos ilyenkor elmondani, hogy az átállás a gyermek személyiségétől és életkorától függő időt vesz igénybe. A nagyszülők edukálásán keresztül a gyermeket is elérjük az életkorának megfelelő ismeretek átadásával. Ilyenkor leggyakrabban a www.apaiszik.kimondhato.hu, illetve a www.anyaiszik.kimondhato.hu oldalt és a *Gabi kívánsága* füzetet használjuk, mert ezek az eszközök úgy készültek, hogy a gyermekek önállóan tudják őket használni.

A nagyszülőket arról is tájékoztatni kell, hogy a gyermekek veszélyeztetése esetén milyen intézménytől és hogyan kérhetnek segítséget, hogyan működik a gyermekvédelmi rendszer, milyen lehetőségeik vannak (például nagyszülői láthatás). Ha egy gyermek veszélyeztetését látom, azt nekem is kötelességem jelezni a gyermekvédelmi rendszer felé a gyermek érdekében.

ÖSSZEGZÉS

A cikkben igyekeztem megvilágítani a szenvedélybeteg szülők gyermekeinek helyzetét, jellemzőit elméleti anyagok és gyakorlati tapasztalatok segítségével. Amennyiben ezekkel a gyermekekkel szociális szakemberként dolgozunk, fontos szem előtt tartanunk kompetenciahatárainkat, melyeket sokszor meghatároz az intézmény, amelyben dolgozunk. Emellett tudnunk kell, hogy a téma mennyire érint bennünket érzékenyen, hogyan viszonyulunk a szenvedélybetegséghez, az elhanyagoló vagy bántalmazó szülői magatartáshoz, van-e saját érintettségünk, és tudjuk-e a munkafolyamatban jól használni. Tudunk-e segítséget kérni, ha szükségünk van rá, és tudjuk-e, hogy kitől kérhetünk segítséget?

Bátorítás ahhoz, hogy tegyünk valamit, és többé ne éljük meg azt a gyerekek, hogy a környezetük nem tett semmit az érdekükben:

- *Ismeret:* Szendélybeteg szülők gyermekeinek segítéséhez szükséges a szenvedélybetegség működésének, a szenvedélybeteg család dinamikájának és az ilyen családban felnövő gyermek jellemzőinek az ismerete. Ezekből igyekeztem rövid ízelítőt nyújtani, a felsorolt szakirodalmi jegyzékkel ez kiegészíthető. Elsősorban iskoláskorú gyermekekkel való foglalkozáshoz nyújt segítséget az *Elefánt a nappaliban* című kiadvány, mely ingyenesen letölthető: <http://apaiszik.kimondhato.hu/szakembereknek/>
- *Figyelem, elfogadás, informálás:* A gyermekek segítéséhez szükséges az elfogadásuk és értő figyelemmel kísérésük. Kiemelten fontos ez a szenvedélybeteg szülők gyerekei számára, akik lehet, hogy sosem kapták meg ezt a figyelmet. A segítő feladata a gyermek életkorának megfelelő szinten beszélni a szenvedélybetegségről, hogy a gyermek megértse a betegség működését, és letehesse annak terhét, hogy egy ismeretlen valamivel áll szemben. Ebben segítségünkre lehet a *Bolyhos* (Grubhofer, 2018) és a *Lurkó* (Schweiz, 2018) című mese, valamint a *Gabi kívánsága* című kiadvány (Munafó, 2020).
- *Játékosság:* A gyermekkel való munka eszköze a játék. Szendélybeteg szülők gyermekeit olykor segíteni kell abban, hogy merjenek játszani, kezdeményezni, önfeledtté válni.
- *Biztonság:* Szendélybeteg szülők gyermekei már sokszor csalódtak, ezért fontos, hogy bízhassanak a segítőben. Nem arról van szó, hogy ne tudnának csalódnai, de ha újra csalódnak, esélyes, hogy azonnal bezárnak. Fontos számukra a kiszámíthatóság. Sokszor hallottak már be nem tartott ígéreteket, ezért a szavak helyett fontosabbak a tettek.
- *Lelkesedés:* Jó, ha szeretjük, amit csinálunk. Jó ez annak, aki hozzánk fordul, és jót tesz nekünk is.

Végjegyzet

- 1 2022. január 1-jei adat alapján Magyarország lakossága 9 689 010 fő, a 0 és 18 év közöttiek száma 1 803 212 fő. Forrás: www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html
- 2 Az Anonim Alkoholisták tizenkét lépéses önségítő csoportjának rövidítése, bővebben: www.anonimalkoholistak.hu
- 3 Tizenkét lépéses önségítő csoport alkoholfüggők hozzátartozóinak. „Az Al-Anon Családi Csoportok alkoholisták olyan családtagjainak és barátainak közössége, akik megosztják egymással tapasztalataikat, erejüket abban a reményben, hogy megoldják közös problémáikat. Hisszük, hogy az alkoholizmus családi betegség, és hogy hozzáállásunk megváltoztatása hozzájárulhat a felépülésünkhöz.” Bővebben: www.al-anon.hu
- 4 Tizenkét lépéses önségítő csoport alkoholisták és más rendellenesen működő családok felnőtt gyermekei számára. Bővebben: www.aca.hu
- 5 Alateen: önségítő csoport olyan tinédzsereknek, akiknek van alkoholfüggő hozzátartozója. Az Alateen része az Al-Anonnak.
- 6 Lásd még: nacoa.org/resource/the-7cs/

Felhasznált irodalom

- BARNOWSKI-GEISER, WALTRAUT (2018): *Apa, anya, pia*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- F. LASSÚ ZSUZSA – FRANKÓ ANDRÁS – KAPOSINÉ CZINKÓCZKI ANNAMÁRIA – KORMOS PIROSKA (2021): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- GRUBHOFER, HANNA (2018): *Bolyhos*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- HEEGAARD, MARGEE (2022): *Amikor egy család bajban van* (munkafüzet), Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- HOFFMANN KATA (szerk.) (2022): *Láthatatlan árvák*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- Kimondható 10. – MMSZ Fogadó Kimondható füzetek*, www.kimondhato.hu/kiadvanyaink
- MATTIK DÓRA (2021): *Dinoszaurusz a nappaliban*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- MOE, JERRY (2020): *Gyerekszemmel a függőségről és a felépülésről*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- MUNAFÓ, JESSICA (2020): *Gabi kívánsága*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat, <http://kimondhato.hu/wp-content/uploads/2020/09/gabi-k%C3%ADv%C3%A1ns%C3%A1gs%C3%A1ga.pdf>
- SCHWEIZ, SUCHT (2018): *Lurkó*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- WOITITZ, JANET GERINGER (2002): *Alkoholbetegek felnőtt gyermekei*, Budapest, Félúton Alapítvány.

Az írásban említett eszközök és kiadványok beszerezhetők a nagyobb könyvesboltokban és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálatánál Budapesten (www.kimondhato.hu).

Failures or successes – helping method with children of alcoholics

ABSTRACT

The aim of the study is to present the possibilities of the social worker in supporting the minor children of parents with alcohol addiction and thus to encourage them to help these children with their own tools. After a brief description of the characteristics of children in addicted families, a concrete case is presented with personal comments.

KEYWORDS: children of alcoholics, helping method

KORMOS PIROSKA | Szociálpedagógus, szocio- és művészetterápiás csoportvezető, bibliodráma-vezető. 2001 óta dolgozik szociális területen, 2016-ban kezdett szenvedélybeteg szülők gyermekeivel foglalkozni, 2019 óta a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálatának munkatársa.

HOFFMANN KATALIN

Szenvedélybeteg szülők gyermekei

A diszfunkcionális családban való felnövekvés következményei

DOI 10.56699/MT.2023.1.3

ABSZTRAKT

A diszfunkcionális családban felnövő gyermekek személyiségfejlődése diszharmonikus, kiegyensúlyozatlan lesz. Bontakozó énjüket háttérbe szorítva különféle szerepeket vesznek fel a család működőképességének fenntartása érdekében. Ezért azonban nagy árat fizetnek. Kora gyermekkortól számos nehézséggel küzdenek, testi és lelki egészségük károsodást szenved, sokszor életre szóló következményekkel. Komoly elakadások mutatkozhatnak a kapcsolati élet, különösen a párválasztás, a családalapítás és a gyermeknevelés területén. A diszfunkcionális családi működés pedig – beavatkozás hiányában – generációról generációra továbbadódik. Ezek a gyermekek gyakran olyan dolgokat élnek át, amelyeket egyetlen kisgyermeknek sem volna szabad átélnie. Az egyik vagy mindkét szülő alkoholizmusa esetén az ártalmas gyermekkori élmények előfordulásának esélye 2–13-szoros. A krónikus, multiplex intrafamiliaris traumatizáció a személyiségfejlődés testi, kognitív, érzelmi és szociális vonatkozásában is súlyos következményekkel jár.

KULCSSZAVAK: diszfunkcionális családi működés, Ártalmas Gyermekkori Tapasztalatok, krónikus, multiplex intrafamiliaris traumatizáció

Az egészséges személyiségfejlődéshez és működéshez a jól funkcionáló család biztosítja az optimális körülményeket. Az alkoholista – sok szempontból diszfunkcionálisan működő – családban nevelkedő gyermekek személyiségfejlődése diszharmonikus, kiegyensúlyozatlan. Sok különféle traumát szenvednek el, általában bizonytalan, kiszolgáltatott és erőszakos légkörben nőnek fel (Oravecz, 2001; Kelemen, 2001, Komáromi, 2009). Ezek a traumák többnyire elgyászolatlanok és feldolgozatlanok maradnak, ugyanis a gyermek részéről még nem áll rendelkezésre a megfelelő, megküzdési képes pszichés apparátus, valamint hiányzik a stabil, biztonságos, szeretetteljes

környezet, a szülők pedig részben vagy teljesen képtelenek funkcióik – a fizikai, érzelmi gondoskodás – betöltésére (Buda, 1987).

A szülő alkalmatlansága a gyermek parentifikálódását eredményezheti (mint-ha a gyermek lenne a szülő szülője), illetve a család működőképességének érdekében a gyermek háttérbe szorítja saját igényeit, bontakozó énjét (Kelemen, 2001). A család

Ezekben a családokban az a biztos, hogy semmi sem biztos, állandó a káosz és a bizonytalanság, ugyanakkor a család különös gondot és sok energiát fordít a látszat, a kifelé mutatott pozitív kép fenntartására.

úgy tesz, mintha minden rendben lenne. A szenvedélybetegséget övező tabusítás és a hozzátartozók szégyenérzete nagymértékben késlelteti, akadályozza az adekvát támogató beavatkozások lehetőségét, határokat jelöl ki a gondolkodás, a beszéd és a cselekvés számára (Frankó, 2021). Ezek a családok gyakran a megbélyegzettségtől való félelem miatt inkább tovább asszisztálnak a szenvedélybeteg működéséhez, akaratlanul is beáldozva ezzel a családban felnövekvő gyermeke(ke)t. A gyermek pedig eközben, tapasztalva a külvilág közönyét és a történésekkel kapcsolatos reakciók szinte teljes

hiányát, maga is kénytelen alkalmazkodni ehhez a hozzáálláshoz. Gyakori tapasztalat, hogy ha idővel a szenvedélybeteg kap is megfelelő ellátást, s jó esetben (manapság már egyre gyakrabban) a felnőtt hozzátartozót is bevonják a kezelésbe, a gyermekekről – akik a legkiszolgáltatottabb szereplői a rendszernek – sokszor a segítőszakmák képviselői is megfélemlenek, hacsak a gyerekek nem mutatnak valamiféle nagyon súlyos problémaviselkedést (például deviáns viselkedés az óvodában vagy iskolában, komolyabb mentális problémák, függőség). Így lesznek belőlük az évek során „elfeledett gyermekek”, akik akár életük végéig cipelhetik magukkal ártalmas gyermekkori tapasztalataik súlyos következményeit.

A szenvedélybeteg családban nevelkedő gyermekek szélsőségek között nőnek fel. A sorozatos krízisekkel való megküzdés minden családtag számára komoly teher, ennek ellenére ártalmatlannak minősítik vagy bagatellizálják ezeket a tapasztalatokat. Ezekben a családokban az a biztos, hogy semmi sem biztos, állandó a káosz és a bizonytalanság, ugyanakkor a család különös gondot és sok energiát fordít a látszat, a kifelé mutatott pozitív kép fenntartására (Barnowski-Geiser, 2018).

A diszfunkcionális családokban a szabályok átláthatatlanok, következetlenek, így nem is nyújtanak biztonságot (Frankó, 2021). Ezek a gyermekek nagy túlélők, valahogyan képesek megküzdenni a rendkívül kiszámíthatatlan környezettel, a család instabilitásával és a folyamatos bizonytalansággal, amelyben az ember sosem tudhatja, mire számíthat (Moe, 2020).

A szenvedélybeteg szülők általában betegségük ellenére is jó szülők szeretnének lenni, ezért maguk előtt is tagadják azt aényt, hogy súlyos károkat okoznak gyermeküknek (Barnowski-Geiser, 2018). A szülő akkor is szülő, ha szenvedélybeteg vagy más szempont-

ból sérülékeny mentálisan, és általában – súlyos helyzetektől eltekintve – nem a családból való kiemelés a megfelelő megoldás, hanem abban kell támogatni a szülőket, hogy „elég jó szülőként” tudjanak működni (Glauber, 2021).

A DISZFUNKCIONÁLIS CSALÁD JELLEMZŐI

Mint említettük, a szenvedélybeteg családok sok szempontból diszfunkcionálisan működnek. Néhány működési jellegzetességük (Dallos–Procter, 1990; Hoyer, 2000):

- Az egyes személyeket elválasztó fizikai és érzelmi határok sérültek, kaotikusak, de legalábbis nem egyértelműek. Szinte mindennapos és „természetes” a határok megsértése különböző módokon (megszégyenítés, bántalmazás, lejáratás, titkok kiadása stb.). Olykor a határok túl merevek, átjárhatatlanok, ami az érzelmi közeledés kialakulásának gátjává válhat.
- A családi szereprendszert tekintve gyakoriak az inadekvát, felcserélt szerepek (szülő gyermekszerepben, gyermek szülőszerepben, anya apaszerepben stb.).
- A családi struktúrában az egyértelmű, ép, jól megkülönböztethető szülői és gyermeki alrendszer helyett generációkon átívelő, egészségtelen koalíciók alakulnak ki (például az ellenkező nemű szülő és a gyermek közötti szoros, a másik szülőt kirekesztő, párkapcsolat intimítási fokán működő szövetség).
- A családon belüli kommunikáció őszintétlen és felszínes, gyakoriak a titkok, tabuk, mítoszok. A kommunikáció gyakran egyirányú (kioktatás, fegyelmezés; ellentmondás, visszakerdezés nem lehetséges).
- Az érték- és szabályrendszer ellentmondásos, kiismerhetetlen, nem kérhető számon, nem vonatkozik mindenkire egyformán.
- A felelősségvállalás és -megosztás szintén problémás, egyes családtagok indokolatlanul és aránytalanul nagy felelősséget vesznek magukra, más családtagok pedig hátrítják a felelősséget, kibújnak alóla.
- A bizalom hiánya explicit vagy implicit.
- Az érzelemkifejezés tiltott, veszélyes, gátolt vagy alulkontrollált. Az ilyen családokban gyakran tagadnak, elfojtanak fontos érzelmeket, ami a hatékony konfliktus- és kríziskezelésnek sem kedvez.

CSALÁDI RENDSZERBETEGSÉG – JÁTSZMÁK, SZEREPEK

A tartósan fennmaradó szerhasználati zavar családi rendszerbetegség. Ez azt is jelenti, hogy a nem szerhasználó szülő is aktív résztvevője a probléma fennmaradásának.

„Az alkohollal súlyosan visszaélő emberek döntő többsége családban járja betegségének lefelé vezető lépcsőit” (Frankó, 2021: 81). Ehhez a nem függő társ „asszisztál”, összejátszik az alkoholistával valamilyen – többnyire tudattalan – nyereség megszerzése érdekében. A tipikus szerepeket tekintve az Üldöző kontrollálni, szabályozni akarja az Alkoholistát, tetten érni „bűne elkövetése” közben, ő azonban folyton kicsúszik az ellenőrzése alól. A Megmentő az Alkoholista meggyógyításáért, „megjavításáért” küzd minden erejé-

vel, miközben megkíméli cselekedeteinek következményeitől, és felmenti a felelősség alól. A Balek szívességeket tesz, jóhiszeműen segít az Alkoholistának, aki becsapja, kihasználja. A szolgálatokért cserébe megszerezhető nyereségek a játszma résztvevői számára a dominancia, a hasznosság érzése, mások elismerése, a megmenekülés a saját problémákkal való szembenézéstől és az intimitás elkerülése (Berne, 1984). Egy személy több szerepet is felvehet, a szenvedélybeteg partnere általában az összeset, akár folyamatosan változtatva. „Bár látszatra az ivás megakadályozása a cél, az eredmény mégis a folytatás” (Frankó, 2021: 81).

A társfüggő általános jellemzői egyrészt az „áldozatiság”, a reménytelenség, a passzivitás, másrészt az agresszió, az irányítás szükséglete, az erőn felüli energiabefektetés, egyidejűleg a változás elutasítása. A társfüggőség spontán gyógyulást nem mutató, progresszív betegség, azonban hatékony és általában hosszú ideig tartó terápiával gyógyítható, vagy legalábbis jelentős tünetcsökkenés, életminőség-javulás érhető el (Komáromi, 2010).

A szenvedélybeteg családokban a gyermekek a túlélés és a család egységének, működőképességének fenntartása érdekében különböző szerepeket vesznek fel, valamilyen küldetést teljesítenek, a többi családtag tudattalan igényeivel összhangban. A leggyakoribb szerepek a Hős, a Bűnbak, az Elveszett gyermek és a Bohóc. Ezek egy ideig biztonságot jelentenek, rögzülve azonban később maladaptív vá válnak (Barnowski-Geiser, 2018). A születési sorrendtől, a nemtől vagy a temperamentumjellemzőktől is függ, ki milyen szerepet vesz fel, több szerepet is felvehet, illetve válthat is ezek között (Frankó, 2021).

Az alkoholista családok Hőse valamilyen erőn felüli teljesítménnyel próbál helytállni. Ő a szülők büszkesége, aki láttán megnyugvást érezhetnek, hiszen a külvilág felé igazolhatják, hogy még sincs velük gond, ha egy ilyen jól teljesítő, kiemelkedő eredményekkel büszkélkedő gyermeket sikerült nevelniük. De az ilyen gyermek, majd felnőtt gyakran örmöten, kényszeres túlteljesítésben éli az életét, nem elégedett magával, nem tud igazán örülni a sikereinek (Kelemen, 2001). Hajlamos túlzott felelősséget érezni. Sokszor éli meg magát bűnösnek, vesztesnek, és erős ambíciói, perfekcionizmusa, maximalizmusa miatt gyakran teljesen megfélekedezik saját igényeiről, túllépi határait. Túl sokat vár el magától, állandó megfelelési kényszer gyötri, erején felül szolgálat- és segítőkész. A hibákat és kudarcokat rettentő rosszul viseli, erős kontrolligénye van, gyakran függő partnert választ (Frankó, 2021).

A Bűnbak szerepének vállalását gyakran a sértettség, frusztráció motiválja, a gyermek „bűne” valamilyen normasértő viselkedés (például csavargás, szökés, promiszkuitás, szuicidium, heteroagresszió, evészavar), amely nagy gondot és komoly foglalatosságot jelent valamelyik szülő vagy akár az egész család számára. Az önpusztítás sajnos rögzülhet, fennmaradhat, végül akár a gyermek élete árán is (Kelemen, 2001), tehát ennek a szerepnek vannak a legkárosabb következményei rá nézve. Ennek hátterében többek között hatalmas szeretet- és figyelemhiány áll, alacsony önbecsüléssel (Frankó, 2021).

Amikor a gyermekek azt érzik, hogy nem tudják befolyásolni a helyzetet, visszavonulnak, beletörődnek (Barnowski-Geiser, 2018), ezáltal könnyen kerülnek az Elveszett gyermek szerepébe. „Láthatatlanná” teszik magukat, gondoskodnak magukról, és elszí-

getelődnek a családtól. Gyakran visszavonulva felépítenek maguknak egy fantáziavilágot, mely biztonságot nyújt számukra. Nem tanulják meg sem megosztani érzéseiket, sem megvédeni önmagukat. Hosszú távon is kapcsolati problémákkal küzdhetnek, elszigeteltség, örömtelenség, gátlásosság jellemzi őket. A családi figyelem hiánya miatt gyakran az a megélésük, mintha nem is léteznének, nem lennének jelen (Frankó, 2021).

A Bohóc bájos, szeretnivaló gyermek, aki állandóan szórakoztat, megörvendezteti családját, környezetét. Mindezt görcsös félelmében teszi, hogy ha nem elég sikeres a figyelemelterelésben, akkor felszínre törnek a család valódi problémái, felborul az egyensúly, ami a család széthullásával fenyeget. Ennek a rögzült szerepnek azonban gyakran hangulatzavarok vagy infantilizmus formájában kell megfizetnie az árát (Kelemen, 2001). A Bohóc mindent elkövet, hogy felhívja magára a figyelmet, vicces természete miatt többnyire könnyen kerül kapcsolatba, azonban nehézségei vannak e kapcsolatok ápolásában, fenntartásában. A felszín alatt rengeteg szorongás és zavarodottság rejtőzik (Frankó, 2021).

„A MA GYERMEKEI” – A KORAI TAPASZTALATOK EGY DISZFUNKCIONÁLIS CSALÁDBAN

A kapcsolatkézség, az önmagunkról és másokról alkotott belső reprezentáció, az érzelemszabályozás, az alapvető bizalom és biztonságérzet – a személyiségfejlődés szinte minden területe – súlyosan károsodik, ha nem áll rendelkezésre biztonságot adó, az érzelmeket és viselkedést szabályozni tudó, a gyermek belső állapotait megfelelően tükröző, a kapcsolatnak odaszentelődő személy (Sethi et al., 2013, Kuritárné Szabó, 2015).

A korai időszakban zűrzavaros vagy bántalmazó gondozásban részesülő gyermekek hiányosságokat hordoznak a stresszkezelés, a mentalizáció és a szociális készségek területén (Fonagy–Target, 2005). A mentalizációs hátrányokat tovább fokozza a bántalmazó és/vagy elhanyagoló környezet azáltal, hogy a gyermek aktívan gátolja mentalizációs képességét annak érdekében, hogy a bántalmazó gondozóhoz való kötődését megóvja.

A megfelelő önbizalom kifejlődése csak olyan kapcsolatokon keresztül lehetséges, amelyekben a gyermek saját személyiségjegyei és temperamentuma tükröződhetnek, ezek hiányában nem tud következetesen és stabilan fejlődni (Bauer, 2010).

A mentalizációs képesség a korai kapcsolatok által alakul és fejlődik, s a kötődés minősége meghatározza a fejlettségét. A főbb kötődési kapcsolatokban traumatizált gyermekeknek nincs lehetőségük a biztonságos kötődés megélésére és ennek következtében a megfelelő mentalizációs készség kialakítására sem (Fonagy–Target, 2005).

A szenvedélybeteg családban felnövekvő gyermekek gyakran olyan dolgokat élnek át – a bántalmazás különböző formáit, illetve az elhanyagolást –, amelyeket egyetlen kisgyermeknek sem volna szabad átélnie (Moe, 2020). A családon belüli gyermekbántalmazás gyakoriságát súlyosan alulbecsülik (Gilbert et al., 2009), ez titkokkal és tabukkal határolt téma. Pedig, szomorú tény, de gyermekeinket nem az idegenektől kell féltetni, ők a bántalmazások csupán 5–10 százalékáért felelősek, 75 százalékban szüleik bántalmazzák a gyermekeket, 10–15 százalékban pedig egyéb rokonok (Sadock–Sadock, 2004).

A fizikai bántalmazás fizikai erőszak szándékos alkalmazása, mely károsítja a gyermek testi épségét, fejlődését, valamint emberi méltóságát. A testi fenytést sok családban sajnos mind a mai napig elfogadható nevelési eszköznek tekintik, nem pedig bántalmazásnak (Butchart et al., 2006).

A szexuális bántalmazás minden olyan szexuális aktivitást magában foglal, amelyhez a gyermek nem képes informált beleegyezését adni, amelyre fejlődését tekintve nem áll még készen (Butchart et al., 2006). Korai éveikben a gyermekek gyakran nincsenek is tudatában, hogy abúzus érte őket. A szexuális visszaélések helyszíne leggyakrabban továbbra is az otthon, a család.

Az érzelmi bántalmazás a gyermek elutasítása, az ellenségesség vele szemben. Leggyakoribb formái a hibáztatás, a fenyegetés, az ijesztgetés, a neveléssé tétel, a megalázás, a bűnbakolás és a mozgásszabadság korlátozása (Butchart et al., 2006). Ha a gyermekkel szándékosan vagy nemtörődöm módon kegyetlenül bánnak, a gondozó viselkedése azt közvetíti felé, hogy értéktelen, méltatlan a szeretetre. Fontos megemlíteni, hogy minden egyéb bántalmazási forma esetében érzelmi bántalmazás is történik, gyakran azonban az érzelmi bántalmazás önmagában van jelen a családban (Glaser, 2002), és sokszor egyáltalán nem ismerik fel (Trickett et al., 2009).

Az elhanyagolás során a veszélyeztetés mulasztás formájában valósul meg, amely a gyermek testi, lelki, érzelmi fejlődését akadályozza. Jelei kevésbé szembetűnők, de az alapvető érzelmi igények ki nem elégítése, a lélekben elérhetetlen gondozó traumatikus a gyermek számára (Allen et al., 2011).

Egy másik személy bántalmazásának látványa szintén traumatizáló hatású, érzelmi bántalmazásnak minősül, a gyermekben rettegést és tehetetlenségérzést vált ki. Gyakori az erőfölényen és kényszerítésen alapuló konfliktuskezelési minta továbbvitele az intim kapcsolatokban (Holt et al., 2008).

A gyermekbántalmazás különböző formái ritkán fordulnak elő önmagukban. A sokféle és/vagy ismétlődő traumatizáció kumulatív és interaktív hatásai értelemszerűen sokkal súlyosabb következményekkel járnak, nagyobb a patológiás kimenetel valószínűsége (Schaffer, 1996). Az érzelmileg bántalmazott gyermekek 63 százaléka fizikai bántalmazást, 75 százaléka elhanyagolást is elszenved (Trickett et al., 2009).

A következményeket, a kimenetelt számos tényező befolyásolja, például a bántalmazás típusa (érzelmi, fizikai, szexuális), az életkori kezdet, a gyakoriság és súlyosság, a bántalmazó és a bántalmazott viszonya s egyéb védő- és rizikófaktorok hiánya vagy megléte (Kuritárné, 2015). A legsúlyosabb következményekkel a Fonagyék által kötődési traumának nevezett traumatípus, azaz a kötődési kapcsolatban elkövetett bántalmazás jár (Allen et al., 2011), ugyanis épp az a személy, a szülő a bántalmazó, aki felé a gyermek a legnagyobb bizalommal van, aki a biztonságérzet forrása kellene hogy legyen. A családon belüli bántalmazás már alacsony életkorban elkezdődik, általában nem egyszeri, hanem rendszeres, gyakori eseményről van szó, a bántalmazó szoros kapcsolatban áll a bántalmazottal, általában a bántalmazás több típusa együttesen fordul elő, és hiányoz-

nak azok a védőfaktorok, amelyek enyhíthetnék a következményeket, így a patológiás kimenetel valószínűsége jelentős.

Kötődési traumatizációt okozhat a feldolgozatlan traumával élő anya viselkedése is, mely dezorganizált kötődési stílust alapoz meg (Lyons-Ruth–Jacobvic, 1999). Nagyon fontos tehát, hogy a bántalmazásban nevelkedett gyermek segítséget kapjon traumái feldolgozásához, ugyanis ha ő maga nem is válik bántalmazóvá (a bántalmazott gyermekek egyharmada maga is bántalmazóvá válik!), a bántalmazottság következtében kialakult dezorganizált (zavart) kötődési stílust akaratlanul is továbbörökítheti.

A krónikus, multiplex intrafamiális traumatizáció a személyiségfejlődés testi, kognitív, érzelmi és szociális vonatkozásában is súlyos következményekkel jár. Az ilyen ártalmakat átélt gyermek nagyszámú poszttraumatikus jellemzőjét (érzelemszabályozás-deficit, koncentrációs és figyelemzavarok, negatív önkép stb.) a jelenleg érvényben lévő nozológiai rendszer nem képes megragadni. Sokszor a klasszikus PTSD-tüneteket nem mutató traumatizált gyermekek olyan diagnózisban részesülnek, amely nem fejezi ki, sőt elrejtí a traumás eredetet, vagy egymástól független, komorbid diagnózisokat adnak a szerteágazó tünetprofil egy-egy aspektusát megragadva (Van der Kolk et al., 2009). Több kutatás is rámutat, hogy ezek a traumatizált, multiplex bántalmazást elszenvedett gyerekek gyakran a következő diagnózisokat kapják: szeparációs szorongás, ADHD, magatartászavar, fóbia, oppozíciós zavar, reaktív kötődési zavar. Különösen fontos tehát a szakemberek tájékozottsága, és hogy e zavarok tünete esetén gondoljanak a traumaeredetre, különös tekintettel arra, hogy a korán kezdődő multiplex traumaáldozatok szinte sosem beszélnek maguktól a velük történekről (Terr, 2003).

A családon belüli bántalmazás általában titokban marad, a személy senkivel nem meri megosztani fájdalmas tapasztalatait, a titok elszigetel, akadályozza a feldolgozást, ami növeli a patológiás kimenetel valószínűségét. A gyermek gyakran magára marad élményeivel, nem kap segítséget a történetek értelmezéséhez, önmagát okolhatja a történetekért. A bántalmazáshoz a legfontosabb személyek által elkövetett cserbenhagyás kapcsolódik. A gyermek kiszolgáltatottsága és a gondozóhoz való kötődés is akadályozza a bántalmazó helyzetből való kilépést (Kuritárné, 2015).

A komplex traumatizációt elszenvedő gyermekek számára a bántalmazottság nem egy időben körülhatárolt egyszeri esemény, hanem létállapot (Schaffer, 1996).

A megbetegítő hatások ellenére egészségesse váló gyermekek esetén központi jelentőségű egy biztonságos, gondoskodó felnőtt jelenléte, aki nem feltétlenül családtag, hanem

Nagyon fontos tehát, hogy a bántalmazásban nevelkedett gyermek segítséget kapjon traumái feldolgozásához, ugyanis ha ő maga nem is válik bántalmazóvá (a bántalmazott gyermekek egyharmada maga is bántalmazóvá válik!), a bántalmazottság következtében kialakult dezorganizált (zavart) kötődési stílust akaratlanul is továbbörökítheti.

jóformán bárki lehet, aki képes megfelelni ezeknek a követelményeknek (Moe, 2020). Továbbá fontos tényező, hogy az érintett gyermekek minél előbb segítséget kapjanak a történetek értelmezéséhez, feldolgozásához.

ÁRTALMAS GYERMEKKORI TAPASZTALATOK (ACE)

Az ártalmas gyermekkori tapasztalatok hatását számos vizsgálat igazolta. A legegyszerűbb és egyik első vizsgálati változatban a negatív gyermekkori (tizennyolc éves korig) élmények tíz kategóriája a következő volt: (1) lelki, (2) fizikai, (3) szexuális bántalmazás, (4) érzelmi és (5) fizikai elhanyagolás, a (6) szülők válása vagy különköltözése, az (7) anya ellen elkövetett erőszakos cselekedetek, illetve ha a gyermek olyan felnőttel él egy háztartásban, aki (8) szenvedélybeteg vagy (9) pszichiátriai beteg és/vagy öngyilkosságot kísérelt meg, vagy (10) börtönviselt. Ahány kategóriában igen a válasz arra a kérdésre, hogy történt-e ilyen a gyermekkel, annyi az ACE- (*Adverse Childhood Experiences*) pontszám. Későbbi kutatások nyomán és a WHO jelenlegi kérdőíve tizenhárom tételre bővült. Gál és munkatársai hazai mintán született eredményei alapján Magyarországon is jelentős mértékben fordulnak elő negatív gyermekkori élmények, s az ACE-ek számának növekedésével összefüggésben nő az egészségügyi és pszichés problémák, megbetegedések száma is (Gál et al., 2020).

Az egyik vagy mindkét szülő alkoholizmusa esetén az ACE-ek előfordulásának esélye 2–13-szoros (Dube et al., 2001). Az ACE-ek hatását vizsgálva tíz felnőttkori kockázati magatartásforma (dohányzás, súlyos elhízás, fizikai inaktivitás, depresszió, szuicid kísérlet, alkoholizmus, egyéb pszichoaktív szer abúzus, parenterális szerhasználat, ötven vagy annál több szexuális partner, nemi úton terjedő betegségek) és a gyakoribb betegségek (koronáriabetegség, daganatos megbetegedés, szélütés, idült höröggyulladás vagy tüdőtágulat, cukorbetegség, májgyulladás, csonttörés) előfordulása és kockázati mutatója is magasabb volt a gyermekkori traumákat elszenvedők esetében. A dózis-hatás elv érvényesült, azaz minél több traumát szenvedtek el az érintettek, annál magasabbak voltak a kockázati mutatók. A négy vagy több traumát elszenvedők körében volt szignifikáns a kockázatemelkedés a vizsgált betegségekre vonatkozóan (Dong et al., 2004a).

Néhány hétköznapi példa:

Bármely ACE esetén nő az alvászavar valószínűsége, kockázata az ACE-pontszámok emelkedésével erősen szignifikáns módon nő (Chapman et al., 2011). Bármely ACE esetén fokozott a kockázat a tizennégy éves korban rendszeres dohányossá válásra (Anda et al., 1999). A fizikai elhanyagolás kivételével bármely ACE szignifikánsan növeli a felnőttkori alkoholizmus kialakulásának kockázatát (Dube et al., 2006). Bármely ACE két–négyeszeresére növeli valamely pszichoaktív szer tizennégy éves korra elkezdett használatának kockázatát (Dube et al., 2003).

A gyakori lelki abúzust elszenvedettek kockázata a súlyos elhízásra (40-es vagy afölötti testtömegindex) 90 százalékkal magasabb (Williamson et al., 2002).

Öt vagy több ACE-pontszám esetén több mint ötszörös a kockázata a tizennégy évesen rendszeres dohányossá válásnak (Anda et al., 1999), több mint kétszeres a fejfájás előfordulásának kockázata (Anda et al., 2010), több mint két és félszeres kockázattal azonosítottak krónikus obstruktív tüdőbetegséget (COPD) (Anda et al., 2008), a tüdődaganat kialakulásának kockázata háromszoros (Brown et al., 2010), az orvosi rendelvényre felírt pszichotróp szerek fogyasztásának kockázata közel háromszoros, a hangulatstabilizálók szedésének valószínűsége tizenhatszoros (Anda et al., 2007), az illegális szerek használatának és a függőségnek a kockázata hét-tízszeres (Dube et al., 2003).

Hat vagy több ACE-pontszámmal rendelkezők esetén átlagosan közel húsz évvel (!) kevesebb a várható élettartam, mint a nem traumatizáltaknál (Brown et al., 2009).

Hét vagy több ACE-pontszám esetén háromszoros az iszkémiás szívbetegség kialakulásának kockázata (Dong et al., 2004b), s az érintettek harmincegyszer (!) nagyobb eséllyel kísérelnek meg öngyilkosságot életük során.

Alkoholista szülők mellett nevelkedett gyermekek esetében a felnőttkori saját alkoholizmus kockázata emelkedik, „a szülői alkoholizmus a traumatikus élményeken keresztül hat a gyermek felnőttkori alkoholizmuskockázatának emelkedésére” (Edwards et al., 2007).

A gondozója által bántalmazott gyermek 60 százalékkal nagyobb eséllyel válik kortársbántalmazás áldozatává is (Finkelhor et al., 2005). Ezek a gyerekek sokszor alacsony önértékelésük miatt nem tudják megvédeni magukat a kritikus társas helyzetekben, így a támadások önvédelemre képtelen célpontjaivá válnak (Asmussen, 2010). Egy traumatizáció megtörténte négy-hatszorosára emeli egy újabb, bármilyen típusú erőszak áldozatává válás esélyét (Finkelhor et al., 2009).

A „TEGNAP GYERMEKEI” – SZENVEDÉLYBETEG CSALÁDOK GYERMEKEI FELNŐTTKÉNT

A szenvedélybeteg vagy más szempontból rosszul működő családok felnőtt gyermekei – beépítve gondolkodásukba a családjukra jellemző tagadást – gyakran azt gondolják, hogy gyermekkoruknak ehhez az oldalához felnőve többé nincs közük, nincsenek problémáik, vagy ha vannak, azok semmilyen módon nem kapcsolódnak a családban megélt egykori helyzetükhöz. „De ez tragikus tévedés, aminek messzemenő következményei vannak az életminőségüket illetően” (Barnowski-Geiser, 2018:13).

A hosszan tartó, ismétlődő vagy komplex traumatizáció a személyiségműködés több területén átfogó károsodást okoz, következményeit a Komplex poszttraumás stressz zavar kritériumai írják le (Herman, 2003). Néhány a legfontosabb következmények közül:

Az érzelemszabályozás módosulásai: perzisztens (tartósan fennálló) diszfória (nyugtalanlás, elégedetlenség, ingerlékenység), önbántalmazás, akár krónikus öngyilkossági késztetések, rendkívül gátolt düh vagy robbanékonyság, akár váltakozva, rendkívül gátolt vagy kényszeres szexuális viselkedés, akár váltakozva.

A tudat módosulásai: átmeneti disszociatív epizódok, amnézia a traumatikus eseményekre vonatkozóan, derealizáció (a valóságélmény elvesztése) vagy deperszonalizáció (módosult önérzékelés, idegenségérzet), az élmények újraélése akár emlékbetörések, akár kényszeres tépelődés formájában.

Szomatikus tünetek: emésztőrendszeri problémák, krónikus fájdalom, konverziós tünetek, szexuális tünetek, szív- és érrendszeri tünetek, légzőszervi tünetek.

Előfordulhat az is, hogy ugyan számtalan nehézséggel küzdenek életük során, ők maguk nem válnak szenvedélybeteggé, azonban a rendellenes működés következményeit magukon viselik, s esetleg a következő generációban bukkan fel újra az addikció. A diszfunkcionális működés beépül, és beavatkozás hiányában generációról generációra továbbadódik.

Az önészlelés módosulásai: a kezdeményező-készség lebénulása, tehetetlenségérzés, szégyen, önvád, bűntudat, tisztátalanság érzése, másoktól való különbözőség érzése.

Az emberi kapcsolatok módosulásai: visszahúzóds és elszigetelődés, az intim kapcsolatok megszakadása, állandósult bizalmatlanság, ismételt megmentőkeresés, az önvédelem ismételt elmulasztása.

A jelentésrendszerek módosulásai: a lelkerő, a hit elvesztése, reménytelenség, kétségbeesés.

A bántalmazó környezethez való pszichológiai adaptáció tartósan fennmaradhat, és több különböző mentális, illetve pszichés probléma formájában mutatkozhat meg. A pszichiátriai diagnózistokat tekintve azok a felnőttek, akik sok gyermekkori traumát szenvedtek el, és súlyosan diszfunk-

cionális családi működésben nevelkedtek, életük során 6,29 mentális zavar kritériumait teljesítik (Putnam et al., 2008). A leggyakoribb diagnózisok: PTSD, depresszió, szorongásos zavarok, szomatizáció, konverziós zavarok, disszociatív zavarok, szerabúzus, alvászavar, különböző problémaviselkedések stb. A borderline személyiségzavarok 80 százaléka traumaeredetű (Golier et al., 2003).

A fiatal felnőttkor fő feladatai, mint a leválás a származási családról, a stabil partnerkapcsolat kialakítása, a családalapítás, a foglalkozási szerepbe való beilleszkedés mind nehezítették zűrzavaros családi viszonyrendszer esetén.

Gyakori, hogy a szenvedélybeteg családban felnőtt gyermek szintén szenvedélybeteg lesz (genetikai tényezők, szociokulturális átörökítés, modellkövetés), a kockázatos alkoholfogyasztó vagy függő családban felnőtt gyermekeknek körülbelül az egyharmada (Klein, 2005). Előfordulhat az is, hogy ugyan számtalan nehézséggel küzdenek életük során, ők maguk nem válnak szenvedélybeteggé, azonban a rendellenes működés következményeit magukon viselik, s esetleg a következő generációban bukkan fel újra az addikció. A diszfunkcionális működés beépül, és beavatkozás hiányában generációról generációra továbbadódik.

A „TEGNAP GYERMEKEI” PÁRKAPCSOLATBAN

Az eddig felvázolt – számos kapcsolati nehézséget okozó – tényezőkön túl érdemes kiemelni, hogy az ismerős, „otthonos” helyzet, kapcsolati mintázat keresését gyakran látjuk a párválasztás esetében: alkoholista családban felnőtt gyermekek gyakran választanak alkoholista vagy más szempontból problémás viselkedésű, gyakran bántalmazó társat. Ilyen esetben az egyén a származási családban megélt kapcsolati valóságot teremti újra, az átélt szenvedéssel együtt, ismétlődő, kényszeres módon, ez utóbbi pedig már a kodependencia vagy társfüggőség jelensége (Valleur–Velea, 2002). A szülői minta megismétlése elleni törekvés módja lehet az izolálódás, kapcsolatkerülés is.

AZ „ELFELEDETT GYERMEKEK” SZÜLŐKÉNT

Maga a szülőszerep vállalása is gyakran konfliktusos, nehezített (vonakodás vagy elzárkózás a gyermekvállalástól, késői gyermekvállalás, gyermekvállalás vágya, amikor már késő), később pedig a szülőléttel járó kihívások okoznak akár klinikai szintű problémát (gyakran olyan maladaptív megoldási kísérletekkel, mint a gyermektől való érzelmi vagy fizikai elhatárolódás, elhagyás, elhanyagolás, bántalmazóvá válás, overprotektivitás, szeparációs, szorongásos és viselkedészavarok).

Mivel alkoholista családban felnőve nem szokványosak a szocializációs tapasztalataik, ezért az érintetteknek szülőként gyakran fogalmuk sincs arról, milyen egy átlagos, normál fejlődésmenetű gyermek működése, a saját múltjuk miatt egyszerűen nem tudják, mi a normális (Woititz, 2002). A gyermekneveléssel törvényszerűen együtt járó olyan feladatok, mint a határok és keretek kijelölése, a reális és irreális elvárások elkülönítése, a következetesség, a konfliktusvállalás, az érzelem- és indulatkezelés, az optimális közelség-távolság szabályozása, a szeparációs-individuációs törekvések adekvát kezelése különösen nagy megterhelést jelentenek az ártalmas gyermekkori tapasztalatok között nevelkedett szülők számára.

A szenvedélybeteg, bántalmazó családban felnőtt gyermekek egyharmada maga is bántalmazó szülővé válik (Oliver, 1993), nagy részük pedig ugyan nem válik azzá, de folyamatosan retteg a bántalmazóvá válástól. Elégtelen, negatív önképükkel összhangban szülői kompetenciáik területén is gyakran alulbecsülik önmagukat.

A családlátogatások bántalmazást megelőző szerepe igazoltnak tekinthető. Ezeket a terheesség kezdetétől legalább az ötödik életévig érdemes folytatni. A szülői készségeket fejlesztő programok hatásosságáról is állnak rendelkezésre adatok. Ezekkel a kezdeményezésekkel úgy célszerű elérni a rizikópopulációt, hogy az ne legyen kényszerítő jellegű vagy stigmatizáló (Sanders et al., 2003).

Egy gyermek születése egy új életciklus kezdete – normatív krízis –, amely egyéni és rendszerszinten is egyensúlyvesztéssel jár, s ez mindkét nemet érinti (Molnár, 2015).

A krízisek – így az életrszakaszváltás is – mindig lehetőséget adnak a fejlődésre, változásra is. Gyakran épp a gyermek születésével és nevelésével kapcsolatos nehézségek, elakadások hozzák terápiába a diszfunkcionális családban felnőtt gyermekeket, akik

addig nem feltétlenül tudatosították saját sérelmeiket. Ez a legkedvezőbb kimenetel, azonban sajnos azt is látjuk, hogy gyakran épp ezek a krízisek képesek belobbantani a szenvedélybetegséget, egyéb mentális problémákat. Súlyosan traumatizált gyermekek esetén a trauma újraaktiválódása akár komolyabb disszociációt, szétesést eredményezhet. Amikor aránytalanul súlyos dekompenzáció, szinte teljes összeomlás, gyermeki rémület és tehetetlenség a válasz egy felnőttkori, körülírt traumatikus élményre, az mindig fel kell hogy vesse a gyermekkori bántalmazottság gyanúját (Kuritárné, 2015). Nők esetében még árnyaltabb a kép, a szülést követő hormonális ingadozások, testi változások, alvásmegvonás fokozzák a mentális zavarok kialakulásának vagy súlyosbodásának esélyét. Gyakran tapasztaljuk, hogy sérülékeny, általában traumatizált nők esetében igen magas arányú a klinikailag jelentős posztpartum (szülés utáni) zavarok megjelenése, mint a depresszió, szorongás, illetve a poszttraumás stressz zavar (Molnár, 2015). Szakemberként ezért érdemes kiemelt figyelmet szentelni e nagyon intenzív, sérülékeny időszaknak. Fontos a támogató jelenlét, az edukáció, a szülőszerepben való támogatás, illetve a felszínre került traumák, veszteségek adekvát kezelése.

Felhasznált irodalom

- ALLEN, JON G. – FONAGY, PETER – BATEMAN, ANTHONY W. (2011): *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*, Budapest, **Lélekben Otthon Kiadó**.
- ANDA, ROBERT F. – BROWN, DAVID W. – DUBE, SHANTA R. – BREMNER, J. DOUGLAS – FELITTI, VINCENT J. – GILES, WAYNE H. (2008): Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults, *American Journal of Preventive Medicine*, 34. évfolyam, 2008/5., 396–403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.02.002>
- ANDA, ROBERT F. – BROWN, DAVID W. – FELITTI, VINCENT J. – BREMNER, J. DOUGLAS – DUBE, SHANTA R. – GILES, WAYNE H. (2007): Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults, *American Journal of Preventive Medicine*, 32. évfolyam, 2007/5., 389–394. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.01.005>
- ANDA, ROBERT F. – CROFT, JANET B. – FELITTI, VINCENT J. – NORDENBERG, DALE – GILES, WAYNE H. – WILLIAMSON, DAVID F. – GIOVINO, GARY A. (1999): Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood, *Journal of the American Medical Association*, 282 (17), 1652–1658. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1652>
- ANDA, ROBERT F. – TIETJEN, GRETCHEN – SCHULMAN, ELLIOTT – FELITTI, VINCENT – CROFT, JANET (2010): Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults, *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50. évfolyam, 2010/9., 1473–1481. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01756.x>
- ASMUSSEN, KIRSTEN (2010): *Key facts about child maltreatment*, London, The Commissioning Toolkit, The Institute of Psychiatry King's College.
- BARNOWSKI-GEISER, WALTRAUT (2018): *Apa, anya, pia*, Budapest, Magyar Máltai Szere-tetszolgálat.
- BAUER, JOACHIM (2010): *Miért érzem azt, amit te? Ösztönös kommunikáció és a tükkörneuronok titka*, Budapest, Ursus Libris.
- BERNE, ERIC (1984): *Emberi játsszmák*, Budapest, Gondolat.
- BROWN, DAVID W. – ANDA, ROBERT F. – FELITTI, VINCENT J. – EDWARDS, VALERIE J. – MALARCHER, ANN MARIE – CROFT, JANET B. – GILES, WAYNE H. (2010): Adverse childhood experiences are associated with the risk of lungcancer. A prospective-cohortstudy, *BMC Public Health*, 10. évfolyam, art. 20., 20–32. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-20>
- BROWN, DAVID W. – ANDA, ROBERT F. – TIEMEIER, HENNING – FELITTI, VINCENT J. – EDWARDS, VALERIE J. – CROFT, JANET B. – GILES, WAYNE H. (2009): Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality, *American Journal of Preventive Medicine*, 37. évfolyam, 2009/5., 389–396. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>
- BUDA BÉLA (1987): Utószó, in ALISON, BURR: *Alkoholista a családban*, Budapest, Medicina, 121–141.

- BUTCHART, ALEXANDER – HARVEY, ALISON PHINNEY – MIAN, MARCELLINA – FÜRNISS, TILMAN (2006): *Preventing Child Maltreatment. A Guide to Taking Action and Generating Evidence*, Geneva, WHO-ISPCAN, http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf (letöltve: 2023. 02. 16.).
- CHAPMAN, DANIEL P. – WHEATON, ANNE G. – ANDA, ROBERT F. – CROFT, JANET B. – EDWARDS, VALERIE J. – LIU, YONG – STURGIS, STEPHANIE L. – PERRY, GERALDINE S. (2011): Adverse childhood experiences and sleep disturbances in adults, *Sleep Medicine*, 12. évfolyam, 2011/8., 773–779. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.013>
- DALLOS, R. – PROCTER, H. (1990): A családi folyamatok interakcionista szemlélete, in BÍRÓ SÁNDOR (szerk.): *Családterápiás olvasókönyv*, Budapest, Animula, 7–8.
- DONG, MAXIA – ANDA, ROBERT F. – FELITTI, VINCENT J. – DUBE, SHANTA R. – WILLIAMSON, DAVID F. – THOMPSON, THEODORE J. – LOO, CLIFTON M. – GILES, WAYNE H. (2004a): The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction, *Child Abuse and Neglect*, 28. évfolyam, 2004/7., 771–784. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- DONG, MAXIA – GILES, WAYNE H. – FELITTI, VINCENT J. – DUBE, SHANTA R. – WILLIAMS, JANICE E. – CHAPMAN, DANIEL P. – ANDA, ROBERT F. (2004b): Insights into causal pathways for ischemic heart disease. Adverse Childhood Experiences Study, *Circulation*, 110, 1761–1766. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F>
- DUBE, SHANTA R. – ANDA, ROBERT F. – FELITTI, VINCENT J. – CROFT, JANET B. – EDWARDS, VALERIE J. – GILES, WAYNE H. (2001): Growing up with parental alcohol abuse. Exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction, *Child Abuse and Neglect*, 25. évfolyam, 2001/12., 1627–1640. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00293-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00293-9)
- DUBE, SHANTA R. – FELITTI, VINCENT J. – DONG, MAXIA – CHAPMAN, DANIEL P. – GILES, WAYNE H. – ANDA, ROBERT F. (2003): Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use. The Adverse Childhood Experience Study, *Pediatrics*, 111. évfolyam, 2003/3., 564–572. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- DUBE, SHANTA R. – MILLER, JACQUELINE W. – BROWN, DAVID W. – GILES, WAYNE H. – FELITTI, VINCENT J. – DONG, MAXIA – ANDA, ROBERT F. (2006): Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence, *Journal of Adolescent Health*, 38. évfolyam, 2006/4., 444.e1–444.e10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.006>
- EDWARDS, VALERIE J. – ANDA, ROBERT F. – GU, DAVID – DUBE, SHANTA R. – FELITTI, VINCENT J. (2007): Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness, *Permanente Journal*, 11. évfolyam, 2007/2., 5–7. DOI: <https://doi.org/10.7812/TPP/06-110>
- FINKELHOR, DAVID – ORMROD, RICHARD – TURNER, HEATHER A. – HAMBY, SHERRY L. (2005): The victimization of children and youth. A comprehensive, natio-

- nal survey, *Child Maltreatment*, 10. évfolyam, 2005/1., 5–25. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077559504271287>
- FINKELHOR, DAVID – TURNER, HEATHER – ORMROD, RICHARD – HAMBY, SHERRY – KRACKE, KRISTEN (2009): Children’s exposure to violence. A comprehensive national survey, *Juvenile Justice Bulletin*, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/227744.pdf> (letöltve: 2023. 02. 16.).
- FONAGY, PETER – TARGET, MARY (2005): *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*, Budapest, Gondolat.
- FRANKÓ ANDRÁS (2021): Szenvedélybeteg szülők – elfeledett gyermekek, in F. LASSÚ ZSUZA – FRANKÓ ANDRÁS – KAPOSNÉ CZINKÓCZKI ANNAMÁRIA – KORMOS PIROSKA (szerk.): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat, 67–136.
- GÁL MARTINA – MAKARA MIHÁLY – MATUSZKA BALÁZS (2020): A negatív gyermekkori élmények összefüggései az iskolai végzettséggel és az öngyilkossággal, *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 25. évfolyam, 2020/2., 5–9.
- GILBERT, RUTH – SPATZ WIDOM, CATHY – BROWNE, KEVIN – FERGUSON, DAVID – WEBB, ELSPETH – JANSON, STAFFAN (2009): Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries, *The Lancet*, 373, 9657, 68–81. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- GLASER, DANYA (2002): Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment). A conceptual framework, *Child Abuse and Neglect*, 26. évfolyam, 2002/6–7., 697–714. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3)
- GLAUBER ANNA (2021): Reziliencia – a gyermekek lélektani rugalmassága, in F. LASSÚ ZSUZA – FRANKÓ ANDRÁS – KAPOSNÉ CZINKÓCZKI ANNAMÁRIA – KORMOS PIROSKA (szerk.): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat, 179–203.
- GOLIER, JULIA A. – YEHUDA, RACHEL – BIERER, LINDA M. – MITROPOULOU, VIVIAN – NEW, ANTONIA S. – SCHMEIDLER, JAMES – SILVERMAN, JEREMY M. – SIEVER, LARRY J. (2003): The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events, *The American Journal of Psychiatry*, 160. (11.), 2018–2024. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2018>
- HERMAN, JUDITH (2003): *Trauma és gyógyulás*, Budapest, Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület.
- HOLT, STEPHANIE – BUCKLEY, HELEN – WHELAN, SADHBH (2008): The impact of exposure to domestic violence on children and young people. A review of the literature, *Child Abuse and Neglect*, 32. évfolyam, 2008/8., 797–810. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- HOYER MÁRIA (2000). A droghasználó és a család, in NÉMETH SÁNDOR (szerk.): *A droghasználaról – őszintén*, Budapest, B + V Lap- és Könyvkiadó Kft., 92–125.
- KELEMEN GÁBOR (2001): *Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia*, Pécs, Pro Pannónia.

- KLEIN, MICHAEL (2005): *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalanalyse, Konsequenzen*, Regensburg, Roderer.
- KOMÁROMI ÉVA (2009): Szülői traumatizáció – gyermeki addikció, in DEMETROVICS ZSOLT (szerk.): *Az addiktológia alapjai III.*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 105–129.
- KOMÁROMI ÉVA (2010): A kodependencia, in DEMETROVICS ZSOLT – KUN BERNADETT (szerk.): *Az addiktológia alapjai IV.*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 331–386.
- KURITÁRNÉ SZABÓ ILDIKÓ (2015): A gyermekkori családon belüli traumatizáció és következményei, in KURITÁRNÉ SZABÓ ILDIKÓ – TISLJÁR-SZABÓ ESZTER (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*, Budapest, Oriold és Társai, 13–52.
- LYONS-RUTH, KARLEN – JACOBVITZ, DEBORAH (1999): Attachment disorganization. Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies, in CASSIDY, JUDE – SHAVER, PHILLIP R. (szerk.): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*, New York, The Guilford Press, 520–554.
- MOE, JERRY (2020): *Gyerekszemmel a függőségről és a felépülésről*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- MOLNÁR JUDIT (2015): Posztpartum poszttraumás stressz szindróma, in KURITÁRNÉ SZABÓ ILDIKÓ – TISLJÁR-SZABÓ ESZTER (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*, Budapest, Oriold és Társai, 203–216.
- OLIVER, J. E. (1993): Intergenerational transmission of child abuse: rates, research, and clinical implications, *The American Journal of Psychiatry*, 150. (9.), 1315–1324. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.150.9.1315>
- ORAVECZ RÓBERT (2001): Alkoholfüggő szülők gyermekei – pszichotraumatológiai aspektusból, *Szenvedélybetegségek*, 9. évfolyam, 2001/3., 182–187.
- PUTNAM, F. – PERRY, M. – PUTNAM, K. – HARRIS, W. (2008): *Childhood antecedents of clinical complexity*, Annual Meeting of ISTSS, Chicago.
- SADOCK, BENJAMIN J. – SADOCK, VIRGINIA A. (2004): *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, Philadelphia, Lippincott Williams & Williams.
- SANDERS, MATTHEW R. – CANN, WARREN – MARKIE-DADDS, CAROL (2003): Why a universal population-level approach to the prevention of child abuse in essential, *Child Abuse Review*, 12. évfolyam, 2003/3., 145–154. DOI: <https://doi.org/10.1002/car.797>
- SCHAFFER, H. RUDOLPH (1996): *Social Development*, Oxford, Blackwell Publishers.
- SETHI, DINESH – BELLIS, MARK – HUGHES, KAREN – GILBERT, RUTH – MITIS, FRANCESCO – GALEA, GAUDEN (szerk.) (2013): *European report on preventing child maltreatment*, WHO, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf (letöltve: 2023. 02. 16.).
- TERR, LEONORE C. (2003): Childhood traumas. An outline and overview, *Focus*, 1. évfolyam, 2003/3., 322–334. DOI: <https://doi.org/10.1176/foc.1.3.322>

- TRICKETT, PENELOPE K. – MENNEN, FEROL E. – KIM, KIHUN – SANG, JINA (2009): Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents. Issues of definition and identification, *Child Abuse and Neglect*, 33. évfolyam, 2009/1., 27–35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.003>
- VALLEUR, MARC – VELEA, DAN (2002): Les addictionssansdrogue(s), *Revue Toxicbase*, 2002/6., 1–13.
- VAN DER KOLK, B. A. – PYNOS, R. S. – CICHETTI, D. – CLOITRE, M. – D’ANDREA, W. – FORD, J. D. – LIEBERMAN, A. F. – PUTNAM, F. W. – SAXE, G. – SPINAZZOLA, J. – STOLBACH, B. C. – TEICHER, M. (2009): Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V., <https://www.complexttrauma.org/wp-content/uploads/2019/03/Complex-Trauma-Resource-3-Joseph-Spinazzola.pdf> (letöltve: 2023. 02. 16.).
- WILLIAMSON, D. F. – THOMPSON, T. J. – ANDA, R. F. – DIETZ, W. H. – FELITTI, V. J. (2002): Body weight, obesity, and self-reported abuse in childhood, *International Journal of Obesity*, 26. évfolyam, 1075–1082. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802038>
- WOITITZ, JANET GERINGER (2002): *Alkoholbetegék felnőtt gyermekei*, Budapest, Félúton Alapítvány.

Children of addicts

The impact on the personality development in a dysfunctional family

ABSTRACT

The personality development of children growing up in a dysfunctional family won't be harmonious and will be unbalanced, as they take various roles in order to maintain the functioning of the family at the expense of their own personal development. As a result they struggle with many difficulties from early childhood in both their physical and mental health, that often has lifelong consequences. A notable vulnerability in relationships, in the domains of choosing a partner, starting a family, and raising children. In the absence of intervention, dysfunctional family functioning is likely to pass on from generation to generation. These children often experience things that no young child should experience. In case of alcoholism of one or both parents, the chance of adverse childhood experiences is 2-13 times higher. Chronic, multiplex intrafamilial traumatization has serious consequences in the physical, cognitive, emotional and social aspects of personality development.

KEYWORDS: dysfunctional families; Adverse Childhood Experiences; chronic, multiplex intrafamilial traumatization

HOFFMANN KATALIN | Krízisintervenció tanácsadó szakpszichológus, felnőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus, képzésben lévő családterapeuta, színházterapeuta. Húsz éve dolgozik az addiktológia területén. A Láthatatlan árvák című könyv egyik szerzője, szerkesztője.

KOMOLAFE CINDERELLA – TOSSOU EDGARD MARCEL
– CSERNUS MARIANN

Illegális szerhasználat két dunántúli gyermekvédelmi szakellátást biztosító intézményben

DOI 10.56699/MT.2023.1.4)

ABSZTRAKT

A gyermekvédelmi ellátásba vett fiatalok illegális szerfogyasztási kockázata magasabb, mint az azonos korú átlagpopulációé. A téma alaposabb vizsgálata céljából feltáró kutatást végeztünk két dunántúli gyermekvédelmi szakellátást biztosító intézmény telephelyein. Félig strukturált egyéni és fókuszcsoportos interjúkat készítettünk, továbbá kérdőíveket vettünk fel dolgozók és gondozottak körében. Eredményeink azt mutatták, hogy a fogyasztott drogok között az új pszichoaktív szerek voltak a legelterjedtebbek. Az egyik intézményben egy függő fiatal odahelyezése után terjedt el a droghasználat. A másikon nem kötődött egy-egy személyhez a szerhasználat elterjedése, hanem általánosabb jelenség volt. Az intézmények nem voltak alkalmasak a már kábítószerfüggő fiatalok ellátására, a speciális vagy rehabilitációs otthonban való elhelyezés pedig hosszú folyamatnak bizonyult. Minél később jutnak szakszerű segítséghez a szerhasználó gondozottak, annál jobban csökken az esélyük a felépülésre, és annál több fiatalt visznek bele a szerhasználatba, sok esetben visszafordíthatatlan károkat okozva a társaik egészségében és előmenetelében.

KULCSSZAVAK: gyermekvédelem, drogfogyasztás, új pszichoaktív szerek

Magyarországon a fiatalok körében viszonylag elterjedt az alkoholfogyasztás és a dohányzás (Bauer et al., 2016). 2011 és 2015 között a tizenhat évesek dohányzásának élet-, havi és napi prevalenciaértéke¹ intenzíven csökkent, majd 2019-re már csak kisebb csökkenés volt megfigyelhető a valaha dohányzók között, a napi és havi prevalenciaértékek pedig inkább stagnáltak. Azonban ha nemcsak a hagyományos

dohányárut vizsgáljuk, hanem az e-cigarettát vagy a vízipipát is, akkor emelkedő tendenciát figyelhetünk meg a havi fogyasztásban 2015 és 2019 között. 2019-ben a megkérdezett 9–10. évfolyamon tanuló diákok 59 százaléka szívott már legalább egyszer cigarettát élete során, 23,6 százalékuk pedig rendszeresen dohányzott; 55,1 százalékuk használt már e-cigarettát és 34,1 százalékuk vízipipát élete során. Az alkoholfogyasztásban is megfigyelhető volt 2011 és 2015 között a tizenhat éves fiatalok főbb prevalenciaértékeinek csökkenése, azonban 2015 és 2019 között a havi és a havonta rendszeresen fogyasztók aránya nőtt. 2019-ben a megkérdezett 9–10. évfolyamon tanuló diákok 92,4 százaléka fogyasztott már alkoholt életében, és legalább heti rendszerességgel 16,9 százalékuk ivott alkoholtartalmú italt. A tiltott drogok kipróbálása a tizenhat éves korosztályban 2007 és 2011 között emelkedő tendenciát mutatott, 2015-re csökkent, majd 2019-re nagyjából szinten maradt. 2019-ben a megkérdezett 9–10. évfolyamon tanuló diákok 18,7 százaléka fogyasztott már valamilyen tiltott szert, melyek között a kannabisz volt a legelterjedtebb, 17,1 százalékuk pedig kipróbálta már életében (Elekes et al., 2020).

2010 után a felnőttek körében szerváltás volt megfigyelhető. A hagyományos kábítószer mellett egyre elterjedtebbek lettek az új pszichoaktív szerek vagy más néven dizájnerdrogok (Horváth, 2017; Nemzeti Drog Fókuszpont, 2012; Nemzeti Drog Fókuszpont, 2018), melyek bizonytalan eredetűek, hatásuk nem ismert, és előállításuk fő célja, hogy az ismert kábítószer molekuláit felhasználva olyan pszichoaktív anyagot készítsenek, amely még nincs fenn a tiltott kábítószer listáján, ezért a hatóságok nem tudnak ellene fellépni (Sivadó, 2015).

Az új pszichoaktív szerek fogyasztása a tizenhat éves fiatalok körében 2015 és 2019 között csökkenő tendenciát mutatott. 2019-ben 5,8 százalékuk fogyasztott már dizájnerdrogot életében (Elekes et al., 2020). A hagyományos és az új pszichoaktív szerek fogyasztásának társadalmi mintázatában nem figyelhető meg jelentős különbségek a 2019-es ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) vizsgálat adatai szerint. Mindkét típusú szerfogyasztással hasonló összefüggéseket mutatnak a család szubjektív mutatói, az iskolai integráltság, a mentális egészség és az egészség-magatartás (Arnold et al., 2021). Tehát ezek alapján az általános szerhasználatra vonatkozó prevenciók eljárások hatékonyak lehetnek az új pszichoaktív szerek esetén is. A dizájnerdrogok és a hagyományos kábítószer fogyasztásában főként a társadalmi beágyazottsággal, integrációval összefüggésben figyelhető meg különbségek. Az új pszichoaktív szerek fogyasztása „markánsabban mutatkozik meg az átlagosnál rosszabb anyagi helyzetűek, alacsonyabb iskolai végzettségű szülőkkel bíró, magányosabb, viszszahúzódiák körében, míg a klasszikus tiltott szerhasználat inkább jellemző az átlagosnál jobb anyagi helyzetű, magasabb iskolai végzettségű szülőkkel bíró és nagyobb társas támogatásban részesülő diákokra. A vér szerinti szülő nélküliség és a szakközépiskola mindkét szer esetében rizikótényezőt jelent, azonban a dizájnerdrog-fogyasztók esetében úgy tűnik, a kockázat nagyobb mértékű e két tényezőnél a klasszikus tiltott szerhasználókhoz képest” (Arnold et al., 2021: 13).

A drogfogyasztás a diszfunkcionális családokban felnövő fiatalok esetében elterjedtebb, mint az átlagpopulációban. A szülőkkel való konfliktusok és a kábítószer-használattal kapcsolatos családi normák hiánya kockázati tényezőként jelent a szerfogyasztásban (Muñoz-Rivas – Graña López, 2001). Így a gyermekvédelmi gondoskodásba vettek és gyermekotthonban vagy lakásotthonban élők drogérintettsége és veszélyeztetettsége még magasabb (Kaló et al., 2017). Sok fiatal már eleve valamilyen addiktológiai probléma miatt emelnek ki. Gyakoriak a függőséggel kapcsolatos családi minták, melyeket a gyerekek szocializációjuk során elsajátítanak. Sokan a befogadó otthonokban kerülnek szorosabb kapcsolatba a szerekkel (Szécsi et al., 2018).

A GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN ÉLŐ FIATALOK DROGÉRINTETTSÉGE

Hazai kutatások szerint a gyermekotthonokban a dohányzás a legelterjedtebb függőség. Az alkoholfogyasztás alig jellemző az otthonban lévő gondozottakra. Az új pszichoaktív szerek fogyasztása viszont elterjedt, főként a szerek alacsony ára miatt (Kaló et al., 2019). A gyermekotthonokban élők drogérintettsége jóval meghaladja az általános populáció azonos korú csoportjában mért értéket (Paksi–Arnold, 2009). Már a tiltott szerek kipróbálása is korábban megtörténik a gyermekotthonokban élőknel, tizenkét és tizenöt éves koruk között, szemben az átlagpopulációra jellemző tizennégy-tizenöt évvel (Paksi–Arnold, 2009). A szer kipróbálása korai életkorban könnyebben okozhat függőséget, mint felnőttkorban. A kamaszok idegrendszere másként reagál az addiktív szerekre, mint a felnőtteké. Olyan változásokat idézhetnek elő az agyban, amelyek hosszú távon képesek fenntartani a függőséget. A szerhasználat átírja a természetes jutalmazórendszert, így tudattalanul is arra ösztönzi a fiatalt, hogy újra szert fogyasszon, függetlenül attól, hogy mennyire volt kellemes a droghasználat (Fodor–Sófi, 2015). Ezért is olyan nagy probléma, ha a gyermekvédelmi szakellátásba kerültek már életük korai szakaszában találkoznak addiktív szerekkel.

Kutatások azt mutatják, hogy gondozási forma szerint eltér a fiatalok drogérintettsége (Örkényi et al., 2003; Elekes–Paksi, 2005; Paksi–Arnold, 2009; Szoboszlai et al., 2021). A gyermekvédelmi szakellátás intézményei közé tartozik a nevelőszülő és a gyermekotthon. A nevelőszülő elsődlegesen szakemberként foglalkozik a gyermekekkel az otthonában. A gyermekotthonok különböző korú és nemű gyermekekből álló közösségeket látnak el, melyekben törekszenek a testvérek közös elhelyezésére. A gyermekotthon speciális típusa a lakásotthon, ahol legfeljebb tizenkét gyermek él önálló házban vagy lakásban (Singer, 2011). Itt több a lehetőség személyes kapcsolatok kialakítására, gyakorlati készségek és társas helyzetek elsajátítására, mint a nagy létszámú otthonokban (Resperger, 2012). A nagyobb gyermekotthonokban elhelyezettek között sokkal nagyobb mértékű a drogfogyasztás, mint a családiassabb körülményeket biztosító lakásotthonokban (Örkényi et al., 2003) vagy a nevelőszülőknél élő gondozottak között (Elekes–Paksi, 2005; Paksi–Arnold, 2009).

Általánosságban a fiatalok rizikó-magatartásának kialakulását – idesorolható a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás – több tényező befolyásolja. Az alacsony szocioökonómiai helyzet és a szülői támogatás hiánya olyan faktorok (Cselkó, 2021), amelyek az átlagpopulációhoz képest fokozottan vannak jelen a gyermekvédelmi intézményekben élők körében.

A gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedők esetén a droghasználat magyarázatában a fő hangsúly az iskolai integráció és az iskolába járási hajlandóság hiányán, továbbá a gyermekotthonból való távolléten van (Paksi–Arnold, 2009). „Akik kevesebbet hiányoznak az iskolából, illetve bevállásuk szerint minden estét a gyermekotthonban töltenek, azoknál az átlagosnál kisebb a drogfogyasztás életprevalencia-értéke” (Paksi–Arnold, 2009: 370). Akik nem szeretik az iskolájukat, azoknál a marihuána kipróbálásának esélye is nő (Örkényi et al., 2003). Mindezek miatt is fontos törekedni a gyermekvédelmi szakellátásban élők korai iskolaelhagyásának csökkentésére (Herczog, 2013).

A fiatalok drogfogyasztásában a kortárshatás is szerepet játszik. Sokan a csoportba való beilleszkedés érdekében kezdik el a szerhasználatot. Itt kiemelt szerepe lehet az idősebb korosztálynak, amelyet a kisebbek követnek a szerhasználatban (Kaló et al., 2017). A kábítószer traumafeldolgozást segítő eszközként is jelen van. Minél több negatív életeseemény éri a fiatalokat, annál nagyobb esélyük van arra, hogy szerfogyasztókká váljanak (Hüse et al., 2016). Az olyan pszichés faktorok, mint a jövőkép, illetve az élet értelmébe vetett hit elvesztése és a nemet mondani tudás hiánya is megjelenhetnek okként (Székely et al., 2013). A nem megfelelő partnerválasztás is lehet a drogfogyasztás oka, amelyet elősegít az a helyzet, hogy a gyermekotthonban nevelkedettek érzelmi hátrányból indulnak, és könnyen befolyásolhatók. A lányok esetében a kutatók szoros kapcsolatot látnak a kábítószer-fogyasztás és a prostitúció között (Kaló et al., 2017). A fiatalok leggyakrabban nem az otthonban fogyasztanak drogot, hanem a munkahelyükön vagy szórakozóhelyeken. A komoly drogfüggőségben szenvedők sokszor szökésben vannak a gyermekotthonból (Kaló et al., 2017).

A kábítószer-használat jelei összetéveszthetők más problémákkal, amelyek részei lehetnek a normál kamaszkori fejlődésnek (SRSMP-ERSNCC, 2022). Komáromi (2000) szerint az első illegális drog kipróbálása nem minden esetben predesztinálja az illetőt a drogfüggőségre. A visszatérő, rekreatív használat során az egyén szórakozóhelyeken, saját vagy barátai lakásán használ szert. A használat az idő múlásával egyre intenzívebbé válhat. Különböző típusú szerek és használati módok váltogatása is jellemző lehet. Az ismétlődő, gyakori fogyasztás következtében hozzászokás, tolerancia lép fel. A gyakori használat során a szervezet hozzászokik a kémiai anyag jelenlétéhez, és már csak magasabb dóziszú anyag váltja ki ugyanazt vagy már csak gyengébb választ. A tolerancia pozitív (például eufória) és negatív hatásokra (például hányinger, fejfájás) egyaránt kialakul, és ennek eredményeként a szervezet nem jelzi kellőképpen a veszélyes anyag jelenlétét az egyén számára. A tolerancia folyamatos használat mellett gyorsan jelentkezhet, ugyanakkor a szerfogyasztás abbahagyása után hamar elmúlhat. Ilyenkor a szerve-

zet az anyag hiányára „zavarjelekkel”, megvonási tünetekkel reagál, amelyek a használt szer fajtájától függenek. A drogfüggőség kialakulásakor a kontrollált használat átalakul ismétlődő, kényszeres használatná, továbbá olyan testi és lelki változásokon megy keresztül az egyén, amelyeknek egyértelműen a droghasználat az oka. A függő az utolsó adag bevitele után sürgető készletet érez arra, hogy újabb adagot szerezzen, és ennek érdekében kétségbeesett erőfeszítéseket tesz (Komáromi, 2000). A függőség kialakulását megelőző vagy a felépülést célzó különböző beavatkozások annál hatékonyabbak, minél inkább a „szerhasználói karrier” korai szakaszában segítik a fogyasztót (Belány et al., 2018).

A gyermekvédelmi szakellátásba a fiatalok a szerhasználat különböző stádiumában kerülhetnek be, de lehet, hogy ott kezdődik el a szerhasználói „karrierjük”. A szakellátásban dolgozóknak fel kellene ismerniük az illegális szerfogyasztás szakaszait, hogy megfelelő segítséget tudjanak nyújtani a gondozottaknak. Az intézmények gyakran csak akkor lépnek fel a drogfogyasztás ellen, amikor az érintett gyerekeknek már súlyos tüneteik vannak. Az intézmények legfőbb prevenciós eszköze, hogy a fiatalok minden szabadidejét törekednek tevékenységekkel kitölteni. Azok a gyerekek a legveszélyeztetettebbek, akik nem vonhatók be ezekbe a programokba (Kaló et al., 2017).

A KUTATÁS MÓDSZERE

Kutatásunk célja a gyermekvédelmi szakellátásban élő fiatalok szerhasználati szokásainak és a velük kapcsolatba kerülő szakemberek megoldási stratégiáinak megismerése volt, kvalitatív adatgyűjtési technikák (interjú és fókuszcsoport), továbbá kérdőíves adatgyűjtés felhasználásával.

A következő kérdésekre igyekeztünk választ találni:

1. Hogyan jellemezhető a gyermekvédelmi szakellátásban élő fiatalok szerhasználati szokásai?
2. Hogyan kezelik a szakemberek a gyermekvédelmi szakellátásba került fiatalok szerhasználatát?
3. Mire lenne szükség, ami segítené a kábítószer-használattal kapcsolatos esetek megelőzését és kezelését?

A vizsgálatot két dunántúli gyermekvédelmi szakellátást biztosító intézmény telephelyein végeztük.

- Az „A” intézmény kisebb szervezet, amely nem egy egész megye ellátását fedei le, és csak gyermekotthonok és lakásotthonok tartoznak hozzá, nevelőszülői hálózat nem.
- A „B” intézmény nagyobb létszámú és az egész megye területére kiterjedő szervezet, amelyhez gyermekotthonok, lakásotthonok és nevelőszülői hálózat is tartozik.

Félig strukturált interjúkat készítettünk mindkét intézmény vezetőjével, a „B” intézmény addiktológiai szakemberével, valamint az „A” intézmény tizennégy év feletti

gondozott fiataljaival. Két fókuszcsoporthoz beszélgetést folytattunk az „A” intézmény lakásotthoni és gyermekotthoni dolgozóival. Az interjúkra személyesen, egyéni megbeszélés alapján, előre egyeztetett helyen és időpontban került sor. A fókuszcsoporthoz az intézmények által biztosított helyszínen dolgoztunk. Az interjúkat és fókuszcsoporthoz alkalmakat digitális diktafonnal és mobiltelefonnal rögzítettük. Az elemzéshez a gépelt verziót használtuk.

Kérdőíveket töltöttünk ki a „B” intézmény dolgozóival és tizennégy évnél idősebb gondozottjaival. A kérdőívekben nyitott kérdések is szerepeltek, melyek eredményeit szintén felhasználtuk a tanulmányban. A kérdőívek felvételekor meglátogattuk a lakásotthonokat, gyermekotthonokat, és felkerestük a kutatásra vállalkozó gyermekvédelmi gyámokat, nevelési tanácsadókat, nevelőszülőket, valamint neveltjeiket.

Nehézséget jelentett az adatfelvételben, hogy a fiatalok számottevő része engedély nélkül volt távol a lakásotthonokból, így az ő tapasztalataikat, véleményüket nem tudhattuk meg, pedig ők a legveszélyeztetettebbek a droghasználat szempontjából.

A vizsgálatba nemtől függetlenül kerülhettek be az alanyok. A dolgozók tizennyolc év feletti, a gondozottak tizennégy–húsz évesek voltak. Az adatok felvételét 2019. május és július között végeztük.

AZ INTERJÚK, FÓKUSZCSOPORTOK ÁLTALÁNOS ADATAI

Az „A” intézmény részéről interjút adó hatvanéves férfi intézményvezető felsőfokú pedagógiai végzettséggel rendelkezik, és a felvételtől harmincöt éve dolgozott a gyermekvédelmi szakellátásban. Az 1. táblázatban az „A” intézmény interjút adó gondozottjainak általános adatai láthatók.

1. táblázat: Az „A” intézmény interjút adó gondozottjainak általános adatai
(saját szerkesztés)

| Interjú szám | Nem | Életév | Legmagasabb iskolai végzettség | Hány éve él gyermekvédelmi szakellátásban? (év) | Hányadik helye a gyermekvédelmi szakellátásban? |
|--------------|-------|--------|--------------------------------|---|---|
| 1 | Férfi | 17 | Nyolc általános | 17 | 4 |
| 2 | Férfi | 15 | Kevesebb mint nyolc általános | 2 | 2 |
| 3 | Férfi | 14 | Kevesebb mint nyolc általános | 1 | 1 |
| 4 | Férfi | 20 | Nyolc általános | 4 | 4 |
| 5 | Férfi | 16 | Kevesebb mint nyolc általános | 13 | 3 |
| 6 | Nő | 14 | Kevesebb mint nyolc általános | 11 | 1 |
| 7 | Nő | 17 | Nyolc általános | 15 | 1 |
| 8 | Nő | 15 | Kevesebb mint nyolc általános | 3 | 1 |
| 9 | Nő | 16 | Kevesebb mint nyolc általános | 4 | 1 |
| 10 | Férfi | 14 | Kevesebb mint nyolc általános | 2 | 2 |
| 11 | Férfi | 16 | Kevesebb mint nyolc általános | 3 | 4 |

A 2. táblázatban az „A” intézmény fókuszcsoportos interjúban részt vevő dolgozóinak adatai láthatók.

2. táblázat: Az „A” intézmény fókuszcsoportos interjúban részt vevő dolgozóinak adatai (saját szerkesztés)

| Kód | Életkor | Nem | Legmagasabb iskolai végzettség | A végzettség típusa | Foglalkozás | Mióta végzi a munkát? | Terület |
|------|---------|-------|---------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|---------------|
| F11 | 62 | Nő | Főiskolai vagy egyetemi diploma | Pedagógiai Szociális | Csoportvezető nevelő | < 1 év | Gyermekotthon |
| F12 | 57 | Nő | Főiskolai vagy egyetemi diploma | Pedagógiai | Fejlesztő-pedagógus | > 10 év | Gyermekotthon |
| F13 | 29 | Nő | Gimnáziumi érettségi | - | Gyermekfelügyelő | 2-5 év | Gyermekotthon |
| F14 | 47 | Nő | Főiskolai vagy egyetemi diploma | Pedagógiai Szociális | Gyermekotthon-vezető | > 10 év | Gyermekotthon |
| F15 | 55 | Nő | Szakközépiskolai érettségi | Gazdasági | Gyermekfelügyelő | < 1 év | Gyermekotthon |
| F2.1 | 60 | Nő | Főiskolai vagy egyetemi diploma | Pedagógiai | Nevelő | > 10 év | Lakásotthon |
| F2.2 | 58 | Nő | Gimnáziumi érettségi | Egészségügyi | Gyermekfelügyelő | < 1 év | Lakásotthon |
| F2.3 | 47 | Nő | Szakmunkásképző, szakiskola | Pedagógiai | Gyermekfelügyelő | 2-5 év | Lakásotthon |
| F2.4 | 57 | Férfi | Szakközépiskolai érettségi | Gazdasági | Gyermekfelügyelő | 1-2 év | Lakásotthon |

A „B” intézmény részéről interjút adó intézményvezető ötvenéves nő volt felsőfokú pedagógiai és gazdasági végzettséggel, és több mint tíz éve dolgozott a szakmában. A „B” intézmény addiktológiai konzultánsa egy harmincéves férfi volt felsőfokú egészségügyi, szociális, illetve pedagógiai végzettséggel.

A KÉRDŐÍVEK ÁLTALÁNOS ADATAI

A kérdőíveket 62 dolgozó és 57 gondozott töltötte ki a „B” intézményből. 56 nő és 6 férfi dolgozó válaszolt. Átlagéletkoruk 47,5 év volt. A legidősebb dolgozó 64, a legfiatalabb 28 éves volt. A dolgozók fele főiskolai szintű végzettséggel rendelkezett. 19 százalékuk egyetemi végzettségű volt, 13 százalékuk szakiskolát, 10 százalékuk OKJ-s képzést végzett, 5 százalék szakközépiskolai, 3 százalék nyolcosztályos általános iskolai végzettséggel rendelkezett. A dolgozók 27 százalékát a gyermekvédelmi gyámok adták, 19 százalékuk lakásotthonban vagy utógondozó otthonban nevelő, 16 százalékuk nevelőszülő, 13 százalék nevelőszülői tanácsadó, 10 százalék gyerekfelügyelő, 5 százalék pszichológus, a többi dolgozó pedig gyermekvédelmi ügyintéző, gyógypedagógus, családgondozó, gyermekotthon-vezető, nevelőszülői hálózat szakmai vezetője, továbbá gyermekotthon-hálózat-vezető.

A gondozottak közül 25 nő és 32 férfi töltötte ki a kérdőíveket. Átlagéletkoruk 16,1 év volt.

Legnagyobb részük (46%) általános iskolába járt a kitöltés időpontjában. A fiatalok 63 százaléka (36 fő) lakásotthonban élt a kitöltés időpontjában. Egy fő két helyet is megjelölt lakóhelyeként (lakásotthont és kollégiumot), azonban az összesítésben csak a lakásotthonhoz soroltuk be. 19 százalékuk (11 fő) élt nevelőszülőnél, 9 százalék (5 fő) gyermekotthonban, és további 9 százalék (5 fő) utógondozó otthonban. Átlagosan 5,25 éve élnek gyermekvédelmi szakellátásban. Aki a leghosszabb ideje, az 14 éve, aki a rövidebb ideje, az fél éve élt a szakellátásban. 35 százalékuk az első helyén volt a kitöltéskor, 41 százalék a második, 13 százalék a harmadik, 5 százalék a negyedik és 6 százalék az ötödik vagy többedik helyén. A válaszadók 65 százaléka (37 fő) minden éjszakát a gyermekvédelmi szakellátás keretein belül kijelölt lakhelyen tölt. 28 százalék nem tölt ott minden éjszakát, 7 százalék pedig nem válaszolt.

EREDMÉNYEK

DOHÁNYZÁS ÉS ALKOHOLFOGYASZTÁS

Az intézmények dolgozói és gondozottjai szerint a dohányzás nagyon elterjedt függőség a gyermekvédelemben élő fiatalok között.

„Dohányozni azt itt többnyire majdnem mindenki dohányzik.” (Gondozott, „A”)

Az interjúk alapján kiemelendő, hogy a gyerekek nagyon fiatalon, tíz–tizenhárom évesen már elkezdik a dohányzást. Akiknek nincs elég pénzük cigarettát szerezni, „csikkezni” szoktak.

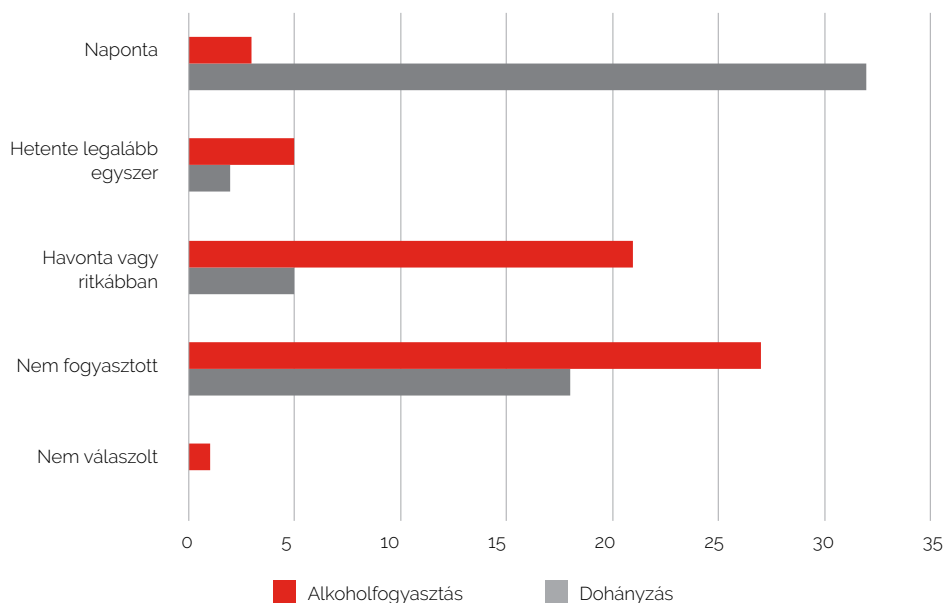
„...a csikkezés egy brutálisan általános jelenség. És nyilvánvalóan a legnagyobb veszélyforrást jelenti, mindenfajta fertőzés, ezt hadd ne soroljam.” (Dolgozó, „B”)

Az alkoholfogyasztás kevésbé jellemző, inkább egyes alkalmakhoz kötődik.

„Azok a gyerekek, akik alkoholt fogyasztanak, azok elsősorban, nem rendszeres alkoholfogyasztók, hanem mondjuk hetente egy alkalommal vagy kéthetente egy alkalommal, bizonyos szituációkhoz kapcsolódóan szoktak alkoholt fogyasztani.” (Dolgozó, „A”)

Ezeket a megállapításokat, más kutatásokhoz hasonlóan (Kaló et al., 2017; Kaló et al., 2019), a kérdőíves adataink is megerősítik, ugyanis a „B” intézmény gondozottjainak 56 százaléka (32 fő) mindennap dohányzik, és csupán 32 százalékuk nem dohányzik. Az alkoholfogyasztás kevésbé jellemző rájuk. 47 százalékuk (27 fő) nem fogyasztott alkoholt az elmúlt egy évben, 37 százalék havonta vagy ritkábban, 9 százalékuk hetente legalább egyszer, és 5 százalék naponta (1. ábra).

1. ábra: A gondozottak dohányzása és alkoholfogyasztása az elmúlt egy évben (n= 57, fő)
(saját szerkesztés)



A DROGFOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE

Az „A” intézményben lévő gyermekekre az interjúk és fókuszcsoportok alapján valószínűsíthetően kevésbé volt jellemző az intenzív szerhasználat, mint sorstársaikra, más gyermekotthonokban élőkre. Mind a nagyobb gyermekotthonokban, mind a lakásotthonokban kevés droggal kapcsolatos esetről tudtak beszámolni.

„Az egész közösség, az egész munkavállalói közösség és szakmai közösség az meglehetősen összefog abban a tekintetben, hogy lehetőség szerint drog ne kerüljön be az intézménybe. Ennek ellenére azért kialakulnak úgynevezett pszichoszociális endémiás időszakok, amikor úgy kerül be egy gyerek az intézménybe, hogy már nem is intenzifikált droghasználó, hanem kényszeres droghasználó, volt itt egy pár, vagy éppen drogdílerként kerül be az intézménybe, akkor ez egy ilyen endémiás időszakot jelent. Akkor felszaporodnak azok a kortársak körülöttük, akiknek ez a drog segíthet, azt, ami hiányzik az életükből, azt igyekeznek ezzel pótolni.” (Dolgozó, „A”)

Érdekes jelenség volt, hogy különböző telephelyeken a gondozottakkal folytatott személyes interjúk és a dolgozókkal készített fókuszcsoportos beszélgetések alkalmával is általában egy bizonyos gondozott név szerint meg lett említve, akinek a hatására minden helyszínen, ahol megfordult, új fiatalok vonódtak be a droghasználatba. Az, hogy a fiatalok több interjúban kérdés nélkül is név szerint említették a szerfogyasztó személyt vagy személyeket, kifejezi, hogy nem tartják őket cinkostársnak vagy közeli barátoknak.

„Amíg volt itt egy lány, addig volt itt drogozás. De amúgy nincs, csak a cigi. Meg volt alkoholizálás is. De most már nincsen hála isten. Nyugi van az intézetben. Csak a cigi. Más nem. A rendes cigi.” (Gondozott, „A”)

A szerhasználat megszűnése is az adott személy elhelyezésével függött össze az interjúk alapján.

„Befejezték, elment innen az az adott társaság, aki belevitte őket.” (Gondozott, „A”)

A „B” intézményben a gondozottak drogfogyasztása az interjúk és a nyitott kérdésekre adott válaszok alapján sokkal jellemzőbb volt. Egy gondozott az alábbi tapasztalatot írta le:

„Minden gyermekotthonban drogozik valaki, mert lelki problémájuk van, és ezt nem tudják senkivel megbeszélni.” (Gondozott, „B”)

A „B” intézmény dolgozóinak 86 százaléka szerint a gondozottaknak inkább könnyű vagy nagyon könnyű lenne hozzájutni valamilyen kábítószerhez. Amivel érdemes foglalkozni, ugyanis a rizikó-magatartások kialakulásának kockázatát erősíti a könnyű hozzáférhetőség (Cselkó, 2021). A megkérdezett dolgozók szerint különbség van a nevelőszülőknél élő és a lakásotthonban lévő fiatalok szerhasználatában. Szerintük a lakásotthonokban inkább a droghasználat jellemző, a nevelőszülőknél pedig inkább az alkoholfogyasztás.

A drogok közül mindkét intézményben az új pszichoaktív szerek voltak a legelterjedtebbek. Ezekről a fiataloknak gyakran téves elképzeléseik vannak.

„Én azt gondolom, hogy fogalmuk nincsen, a klasszikus kábítószerekkel nem igazán találkoznak ezek a fiatalok. Abban az illúzióban élnek, hogy ők füvet vesznek, vagy füvet szívnak, de közben meg herbált szívnak. [...] De ha valójában megkérdezem, hogy tulajdonképpen mi ez, vajon ki állítja elő, és egyáltalán mi a mögöttes tartalma a herbálnak, akkor nem értik, nem tudják. Iszonyatos az információhiány is ezzel kapcsolatban. Nyilván ez ahhoz is vezet, hogy viszonylag gyakoriak a nagyon súlyos egészségügyi és pszichés következmények.” (Dolgozó, „B”)

A SZERHASZNÁLAT HÁTTERE ÉS OKAI

A szerhasználat elkezdésének oka elsősorban a családból eredeztethető. A gyerekek nagy részének a családjában addiktív problémák voltak a bekerüléskor, sokakat ezek következményeként emeltek ki a családból. A családi minták miatt nagyon könnyen kialakul a függő magatartás.

„Tizennégy-tizenöt évesen kerül kiemelésre majd a gyerek, már egy olyan hozott mintával, hogy tulajdonképpen ha még nem használt szert, de ez ugye a szerhasználat-kialakulásnak első szakasza, a személyisége szintjén valamennyi jellemzőjét viseli a klasszikus függőnek. Tehát őt, ha bekínálják akár próbaszinten, vagy találkozik a kémiai szerrel, szinte törvényszerű, hogy azonnal elindul a szerhasználat szintjén is a függő magatartás és a függő működés. Ugye ezt látjuk, amikor bejön a nyolc-tíz éves gyerek, megkínálják szerdán, és jövő hét hétfőn már cigit vesz magának. Ez egy nagyon gyorsan lezajló folyamat.” (Dolgozó, „B”)

Ha a gyermekvédelmi szakellátásban lévők addiktológiai problémái megoldatlanok maradnak, továbbadódnak a családjukban a következő generációknak is, amelyek nagy része szintén a gyermekvédelembe kerül gondozásra.

„Rájöttem, hogy tulajdonképpen több száz fős apparátust valójában néhány száz család tart mozgásban. [...] És gyakorlatilag így valósulnak meg a háromgenerációs, nagyon bocsánat, de szakmai szemmel beteg gondozási rendszerek, hogy bekerül a szülő, gondozgatjuk, a függősége súlyosbodik, van egy gyereke, aki nyilvánvaló a minta miatt maga is szerhasználóvá válik, bekerül a lakásotthonba, tizenhat évesen megszüli első gyermekét, aki átkerül a csecsemőotthonba, és itt van a klasszikus háromgenerációs család-gondozás. Ez ugye nem ritka. Ezzel sajnos, azt mondhatom megint, hogy lakásotthononként egy leánynyaról beszélhetünk legalább, aki tizenöt-tizenhat évesen belekerül ebbe, megint csak annak ellenére, hogy látom, hogy egyébként igyekeznek mindent megtenni ennek elkerülésére, de ugye itt megint jön az a kettősség, hogy olyan pszichés állapotú gyerekekkel foglalkozunk, akik tulajdonképpen alapvető szociális készségek hiányával, tehát nem képesek döntéshozásra valójában, de jogilag meg igen. Jogilag egy lakásotthon-vezető nem teheti meg azt, hogy egy tizenöt éves lányt arra kötelez, de igen, mondjuk, kapsz olyan fogamzásgátlót, amit havonta egyszer kell kapni, mert neki joga van, csak közbe' úgy van joga, hogy a pszichés érettsége meg valójában nem.” (Dolgozó, „B”)

A szerhasználat célja legtöbbször a hangulat javítása, egy veszteségélmény feldolgozása, a feszültség levezetése.

„Még csak nem is a flash-élményt keresi, még csak nem is azt keresi, hogy euforikus állapotba kerüljön. Az, hogy a hangulata javul, attól javul, hogy kizárja a külvilágot és az összes olyan stresszt vagy distresszt ki tudja zárni magából, amelyik gyakorlatilag a folyamatos és tartós feszültséget fenntartja.” (Dolgozó, „A”)

Ha a gyermekeknek erősebb a lelki immunitásuk, jobb megküzdési stratégiákkal rendelkeznek, tehát reziliensebbek, az védelmet nyújthat számukra a szerhasználat és a függőség kialakulása ellen.

A gyermekvédelmi szakellátásban élő gyerekek baráti kapcsolatépítés céljából is elkezdhetnek drogot vagy más szert fogyasztani. Így tudnak kapcsolódni egy csoporthoz, és ezzel próbálják növelni az elfogadottságukat a kortársaik között.

„Én mikor drogoztam, azt hittem, hogy ettől nagyobb leszek és vagány. De aztán rájöttem, hogy nem. Mert mikor drogot fogyasztottam, elvesztettem mindenkit. Senki nem foglalkozott velem. Elfordultak tőlem az emberek. De büszke vagyok magamra, mert le tudtam tenni. Bízom benne, hogy a többi szenvedélybeteg is le tudja tenni.” (Gondozott, „B”)

„Én mikor drogoztam, azt hittem, hogy ettől nagyobb leszek és vagány. De aztán rájöttem, hogy nem. Mert mikor drogot fogyasztottam, elvesztettem mindenkit. Senki nem foglalkozott velem. Elfordultak tőlem az emberek. De büszke vagyok magamra, mert le tudtam tenni.”

A GYERMEKVÉDELMI SZAKELLÁTÁSBAN ÉLŐ FIATALOK TAPASZTALATAI A DROGFOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATBAN

Az „A” intézmény gondozottjai közül kikerülő interjúalanyainkat három csoportra lehetett osztani a droghasználat szempontjából.

1. Az első csoportot azok alkották, akik még nem próbáltak ki drogot, és nem is akarták kipróbálni.
2. A második csoportba tartozók már kipróbáltak vagy alkalmosszerűen használtak valamilyen kábítószerrel, de valamilyen rossz élmény kapcsolódott hozzá, és így nem akarták többet használni.

„Mert egyszer kipróbáltam, és összeestem tőle, és remegtem. És nem tetszett. Meg amúgy a szagától is kiráz már a hideg, meg maga a kinézetétől. Ránézek a cigire, és már tudom, hogy ez milyen, érti, és inkább hozzá nem nyúlok, inkább vagy kérek a barátomtól annyi pénzt, hogy vegyek magamnak cigit, de másoktól nem nagyon szeretnék elfogadni cigit, mert ki tudja, hogy milyen. Főleg fiúktól. Én félek az ilyenektől.” (Gondozott, „A”)

3. A harmadik csoportba tartozók már fogyasztottak szert, és a rendszeres vagy intenzív használat stádiumába kerültek (Komáromi, 2000), de jelenleg nem használnak. *„Az elmúlt tanévben vagyis félévben teljesen máshogy alakultak a dolgok. Kipróbáltam mindenféle kábítószerrel, alkoholt fogyasztottam, és igazából nem úgy alakultak a dolgok, ahogy én szerettem volna. Kicsit elvette az eszemet ez a hülyeség. Igazából, mondjam úgy, hogy kerestem a társaságomat, és ugye így akartam beilleszkedni, de ezt nagyon megbántam, mert így nem tudom elvégezni az iskolát. Most is pótvizsgáznom kell, és ha esetleg nem sikerül, akkor isméttelek, mármint osztályt isméttelek, évet. Szerintem ez nem jó, mert a családból én vagyok az egyetlen, akinek vannak céljai, vagy egyszer sem bukott meg.”* (Gondozott, „A”)

Egy kivétellel minden megkérdezett fiatal látta már legalább egy társát drog hatása alatt.

„Volt itt egy lány, akihez mentőt kellett hívni, és elég sokat kellett dolgoznia a mentősnek ahhoz, hogy valamit tudjon vele kezdeni, hogy egyáltalán lélegezzen.” (Gondozott, „A”)

„Van, aki olyan volt szó szerint, mint egy élőhalott. Tehát le volt sápadva, csak ült, le volt laszulva. Van, akire rájött a pánikroham, tehát olyan dolgokat képzelt be, hogy bepánikolt, rosszul lett, leverte a víz, folyt a nyála.” (Gondozott, „A”)

A fiatalok szerint nagyon könnyen hozzá lehet férni a kábítószerre (főként kábítószerhez vagy új pszichoaktív szerekhez), ha valaki akar. A drogok beszerzésénél az interjúkban, más kutatásokhoz hasonlóan (Kaló et al., 2017), felmerült a lányok kábítószerhez jutásának különbözősége a fiúkéhoz képest. A lányok könnyebben kapnak pénzt nélkül szert, akár testi szolgáltatásokért cserébe.

„Lányoknál van olyan, hogy például lefekszenek emberekkel, hogy tudjanak szerezni. A fiúk úgy szerzik, hogy megveszik valakitől. Ilyenre is kényszerülnek, akik már rá vannak szokva.” (Gondozott, „A”)

Az intézmények nyitott jellege miatt kevés eszköz van a drogfogyasztó fiatalok szökésének és a szerek behozatalának megakadályozására.

„Van itt egy [...] nevű lány, és ő drogozik. Csak néha idejön, akkor itt van. Egy napot itt volt, megvacsorázott, egy kicsit pihent a szobájában, azt már ment is el.” (Gondozott, „A”)

A leszokni vágyó fiataloknak is nehézségeket okoz a könnyű hozzáférés a kábítószerrekhez. Egy gondozott arról beszélt, hogy milyen küzdelmes ellenállni, amikor könnyedén hozzá tudna jutni valamilyen narkotikumhoz.

„Persze, nekem könnyebb lenne. Egy telefon, aztán már hoznának. Direkt azért hagytam bent az iskolában a telefont, hogy nehogy felhívjam [a dílert].” (Gondozott, „A”)

Többen arról számoltak be, hogy senkitől nem mernek elfogadni cigarettát, mert az tudtukon kívül kábítószer tartalmazhat.

„Mentünk volna bulizni, és akkor ők szívták a cigit. Én alpból dohányoztam, és én azt hittem, hogy az rendes cigi, aztán mikor elszívtam, akkor egy kicsit élmelyegtem, rosszul lettem, megkérdeztem, hogy ez mi, és akkor mondták, hogy ez füves cigi, és akkor elszívtattak velem még egyet, és akkor tök jól éreztem magam. És úgy mentünk el végül is bulizni. Én is így... nem így szoktam rá, de így próbáltam ki.” (Gondozott, „A”)

A GYERMEKVÉDELMI SZAKELLÁTÁSBA KERÜLT FIATALOK ILLEGÁLIS SZERHASZNÁLATÁNAK KEZELÉSE ÉS ANNAK NEHÉZSÉGEI

A prevenció mint legfőbb eszköz

Az „A” intézményben, ahol kevésbé terjedt el a droghasználat, a megelőzésen van a hangsúly. Rendszeresek a prevenció foglalkozások, élményeket, elfoglaltságot biztosítanak a fiataloknak, a megküzdési képességeiket erősítik, és olyan miliőt próbálnak kialakítani, amelyben a szerhasználat sem a dolgozók, sem a gondozottak részéről nem elfogadott.

„A prevenció program maga az intézményi élet valósága. Az, hogy ez egy közösség, és ebben a közösségben a legnagyobb preventív erő a közösség nyomása, ez azt jelenti, hogy ha a közösségben sikerül elérni azt, hogy a közösség maga szabályozza ezt a fajta magatartást, nem durva eszközökkel, de mégis vannak olyan elemei a közösségnek, vannak olyan gyerekek, akiknek előremutató a hozzáállása, azokat be szoktuk vonni kortársfeladatok ellátásába, megkeresik a drogot, ha arról van szó, ők maguk is szólnak, hogy ne tedd, és így tovább, rájuk talán jobban hallgatnak ugye a serdülők, mint a felnőttek, mert, hát ugye ez a konfliktus ez is az életkor sajátossága.” (Dolgozó, „A”)

A megkérdezett fiatalok is támogató hozzáállásról számoltak be az intézmény részéről az egyes esetek kezelésével kapcsolatban.

„Attól függetlenül ugyanúgy szeretik a gyereket, csak próbálják rábeszélni, hogy ne csinálja, mert nem jó ez. De hál' Isten nem taszítják el azért, mert drogozik.” (Gondozott, „A”)

Több olyan fiatal is részt vett a felmérésben, aki egy bizonyos időszakban droghasználó volt, de abbahagyta a fogyasztást. Nekik az intézmény is segítséget nyújtott abban,

hogy felhagytak a szerhasználattal. Volt köztük olyan, akinek egy meghívott tapasztalati segítő előadása és több személyes beszélgetés segített. A fiatalok elmondása szerint többeknek egy körülbelül egyhetes program jelentett támogatást abban, hogy letegyék a szert. Ennek keretében volt filmnézés, előadások, tapasztalati segítőkkal való beszélgetés stb. A fiatalok, akikkel beszéltünk, azért is tudták befejezni a szerfogyasztást, mert nem voltak drogfüggők, elmondásuk alapján a rendszeres vagy az intenzív használat szakaszában voltak. Van, aki néha még érez magában vágyat a szerhasználatra, de tudja, hogy mit veszíthet, ezért nem akar visszaesni. Ezeknek a fiataloknak vannak céljaik az életben: családtagok segítése, példamutatás, sikerek elérése a tanulmányaikban vagy a jövőbeli munkájukban stb.

A „B” intézmény dolgozói szerint nagyon kevés eszközük van a droghasználat megelőzésére. A legtöbbször a személyes odafigyelés, beszélgetés fontosságát emelték ki, továbbá kevés anyagi ráfordítással járó prevenciók beavatkozásokat (például filmvetítés, beszélgetés a drogok hatásairól). A nyitott kérdések alapján elmondható, hogy a gondozottak a tapasztalati segítő által tartott előadásokat, a szerhasználókról szóló elrettentő filmeket és a csoportos foglalkozásokat tartották hasznos prevenciók foglalkozásnak.

„Az iskolában az iskola rendőre tartott előadást, amiben videók is voltak. A videók szereplői olyan emberek voltak, akik már használtak kábítószeret, és ennek következményéről tudatosították a fiatalokat.” (Gondozott, „B”)

„Csoportos foglalkozás, jövő megtervezése, beszélgetés, hogy álljak le, meg hogy ne használjak.” (Gondozott, „B”)

A megfelelő motivációs és szankciós eszközök hiánya

Egyik intézmény sem rendelkezik olyan motivációs vagy szankciós eszközrendszerrel, mely elősegítené a fiatalok együttműködését. Ennek eredményeképp mind a gyermekotthonokból, mind az oktatási intézményekből való engedély nélküli távollétek száma viszonylag magas. Az ilyen módon meglazult vagy akár teljesen elveszett intézményi kontroll csökkenti a szerhasználat megakadályozására tett kísérletek hatékonyságát.

„A személyi szabadság jogaihoz hozzátartozik mind a zsebpénz, hogy ha kimenőre akar menni, akkor azt nem tanulmányi időben, de délután két–négy óráig, akkor ő kimehet, és a környezetben építheti a saját kapcsolatait. Azt lekövetni nincs módunk, hogy ezek a kapcsolatok milyenek, próbálkozunk kinyerni információkat a gyerekektől, hogy mégis kikkel találkozik, és így tovább stb. De, mikor pontosan tudjuk, hogy a drogdílerhez megy, akkor próbálunk meg kimenő engedélyt megtagadni a gyerektől nem túl jogszerűen. Ugyanakkor ebben az esetben elmege engedély nélkül minden további nélkül, és ha huszonnégy órán belül visszatér, ezzel játszmáznak is a gyerekek, akkor nem kell körözést kiadni, gyakorlatilag ez a mechanizmus folytatódik. Nagyon könnyű a droghoz hozzáférni.” (Dolgozó, „A”)

A szerhasználat kezelésére a dolgozók jegyzőkönyvet vehetnek fel, beírhatják a naplóba, és a rendőrséget vagy a mentőket értesíthetik. Megpróbálhatják elküldeni a fiatalokat rehabilitációs intézménybe, de nagyon hosszú a várakozási idő.

„A gyerekvédelem malmai meg nagyon lassan örölnék mindenféle ilyen helyzetben, mert volt nekem, én ezelőtt egy lakásotthonban dolgoztam, volt egy akkor tizenkét éves lányom. Onnantól kezdve, hogy akkor először jeleztem, hogy a gyerekek droghasználati problémái vannak, és elég komolyan, kettő darab évbe telt, amíg elkerült egy félzárt intézménybe a [...] Budapestre, és akkor már nem lehetett rajta segíteni.” (Dolgozó, „A”)

Speciális intézmények szükségessége

Az intézmények nem alkalmasak intenzíven droghasználó vagy drogfüggő fiatalok kezelésére és gondozására. Ehhez megfelelő intézményi környezet és szakképzett dolgozók lennének szükségesek.

„Az elsődleges trigger az, hogy ne lehessen hozzáférni a droghoz. Ha az elsődleges trigger nem tudjuk kiiktatni, akkor ez az intézmény alkalmatlan intenzifikált droghasználó fiataloknak a befogadására, és alkalmatlan a kényszeres droghasználó fiataloknak az ellátására. Na, most ennek ellenére kerülnek ide ilyen gyerekek, és az ő esetükben természetesen azonnal szakértői bizottsági vizsgálatot kérünk, és próbáljuk őket olyan helyre tenni, mégpedig sürgősséggel, ahol ezzel jobban tudnak bánni. Legalább azt meg tudják akadályozni, ha már nincs is erre kialakult szakmai protokolljuk, hogy nem engedik be a drogot. Nem engedik hozzáférni a droghoz. Az, hogy ott a biológiai méregtelenítés és a csoportos, segítő csoportoknak a működése hogyan zajlik, erre van rálátásom, de mindenesetre embrionális állapotban vannak ma Magyarországon, legyünk őszinték.” (Dolgozó, „A”)

Amennyiben a zárt intézményi vagy egyéb elhelyezés reális alternatíva, annak elrettentő hatása is lehet.

„Az is felmerült, hogy azokat eltávolítják, elvitetik másik gyermekotthonba, zárt intézménybe vagy speckós intézménybe, és igazából emiatt is rakták le [a drogot]. Tudják azt, hogy itt jobb helyük van, mint ott lenne.” (Gondozott, „A”)

A dolgozók beszámolóit szerint sajnos a legtöbb problémás fiatal felismeri, hogy a dolgozók tehetetlenek, és az ő elhelyezésük nehezen vagy nagyon hosszadalmasan kivitelezhető, ezért nincs elég elrettentő ereje az elhelyezés lehetőségének.

„Függőség esetén azt mondom, hogy figyelj, barátom, vagy mérs rehabilitációs intézménybe, vagy egy speciális zárt intézménybe, ami tulajdonképpen a fiatalokéknak a börtöne. De, van ilyen? Van. És mennyi idő bekerülni? Két év alsó hangon [...]. A tizenhat éves gyerekek ezt mondom, hogy vagy vállalod a rehabilitációt, vagy zárt intézetbe mész, kiröhög, mert betölti a tizennyolcat, mire odakerülne.” (Dolgozó, „B”)

A gondozottak könnyebb kezelhetősége érdekében többen javasolták, hogy a speciális szükségleten kívül korosztályi szempontok alapján is külön intézményben kellene nevelni a gondozottakat. Ahogyan azt más kutatás is kimutatta (Kaló et al., 2017), a nagyobb gyerekek sokszor negatív példával járnak elől.

„A tízévest nem tudom a cigiről leszedni, mikor a másik két nagyobb testvére szívja. Én hiába tiltom, ha ő sutyiba' adja neki.” (Dolgozó, „A”)

A megfelelő elkülönítéshez a gyerekek szükségleteihez illeszkedő számú férőhelyet kellene biztosítani, s akkor az elhelyezésnél az volna a fő szempont, hogy melyik csoportba illik legjobban az adott gyermek, és nem az, hogy hol van férőhely.

„Nálunk voltak még befogadói teamek, mikor meghozták a gyereket, akkor a pszichológus, a pedagógusok összeültünk, a gyerekekről beszéltünk, és ez már nincs.” (Dolgozó, „A”)

A dolgozók számának és képzettségének problémái

A munkaerőhiány megnehezíti a gyermekotthonok és lakásotthonok optimális működtetését. A dolgozói közösség építésére és bérfejlesztésre is szükség lenne. A dolgozók tevékenységi köre túl tág, és nehezen tudnak megfelelni a sok elvárásnak, továbbá bizonyos feladatok optimális ellátásához nincs megfelelő szakmai felkészültségük.

„Hatékony továbbképzésekre [lenne szükség] ezen a szakterületen (jelenleg számos továbbképzés fut, de ezek mindig ugyanarra – konfliktuskezelés, agressziókezelés – korlátozódnak). További szakemberek (pszichológus, pszichiáter, addiktológus) foglalkoztatására lenne szükség.” (Dolgozó, „B”)

A lakásotthoni dolgozóknak még több fajta feladatot kell ellátniuk, mint a nagyobb gyermekotthonokban dolgozóknak.

„Én dolgoztam mind a kettőbe'. Itt [lakásotthon] annyiival nehezebb, mint ott lent [gyermekotthon], hogy ott lent arra kell figyelni, hogy fél hétkor van reggeli, délben van ebéd, uzsonna, tehát ott minden el van készítve. Itt neked azért főznöd kell. Oda kell figyelni, és sokszor csak azt veszem észre, hogy egy gyermek eltűnt. Mert te nem tudod otthagyni a kaját, mert azért arra oda kell figyelni. Ezt ki is használják a gyerekek.” (Dolgozó, „A”)

A dolgozók számára nem biztosított elegendő szakmai fejlődési lehetőség és pszichés támogatás. Pedig ez nagy jelentőségű volna, hiszen főként a saját személyiségükkel tudnak hatni a fiatalokra, ez a legfőbb eszközük. Kritikus helyzetekben is helyt kell állniuk, amelyek feldolgozásához megfelelő segítséget kellene kapniuk. Általában szakspecifikus végzettség nélkül kezdenek el dolgozni a gyermekfelügyelők, nevelők, és a betanítási folyamat is hiányos.

„Be vannak dobva a dolgozók is a mély vízbe, tehát itt van, tessék, dolgozz, csináld! Maximum kapsz, ezt tapasztalatból a kollégák mondták, hogy kapsz egy telefont, ha valami baj van, akkor hívjál. Tehát nincs rendesen átadva, nem tudnak a gyerekekről. Nem tudnak semmit, hanem egy az egybe' itt van, vedd át a szolgálatot, és csináld.” (Dolgozó, „A”)

A gyermekvédelmi szakellátásban nincsenek kidolgozott stratégiák a drogprobléma kezelésére, amelyek segíthetnék a dolgozók munkáját.

„Arról van szó, hogy a gyermekvédelemben nem kidolgoztak a droggal érintett vagy a droghasználó fiatalokkal kapcsolatos szakmai protokollok, nincs ilyen, ez az egyik, ami hiányzik.” (Dolgozó, „A”)

Az iskolával kapcsolatos problémák

A gondozott fiatalok körében gyakoriak az iskolával kapcsolatos problémák. Ez háttérrel lehet a rossz pszichés állapotra és ezáltal a szerhasználatra (Paksi–Arnold, 2009; Örkényi et al., 2003). A gyermekvédelmi szakellátásban élő fiatalok jelentős része arra kényszerül, hogy magántanuló legyen. A tanári gárda, a szülők és a gyerekek részéről előítéletes megnyilvánulások érik őket. Ez fokozza a kirekesztettség érzését és a céltalanságot, aminek hatására még inkább hajlamosak lesznek a szerhasználatra. A megkülönböztetés az „A” intézmény állami gondozottjai szerint főként a tanárok részéről tapasztalható. A dolgozók inkább a szülők részéről érzékelik ezt. A fiatalokat a dolgozók nem tudják megfelelően motiválni az iskolába járásra. Eszköztelenek azokkal szemben, akik megtagadják az iskolába járást.

„Ezek a gyerekek, ha eljutnak odáig, hogy mondjuk egy általános iskolába’ nem tudja, hogy neki az a feladata, hogy tanuljon. Nem lát semmit, hogy milyen büntetés jár. Kérem szépen, itt alszanak tizenegy órákor, mert azt mondja, hogy nem akar iskolába menni, holott az ittlétnek az egyik feltétele az, hogy dolgozzon, vagyis eljárjon iskolába. Ha már egy kicsit tovább vagyunk, mondjuk tizenöt év feletti, egyáltalán nincs semmi előírás arra, hogy dolgozni kell, hogy el lehet menni nyári gyakorlatra.” (Dolgozó, „A”)

A dolgozók közül többen a belső iskolák visszaállításában látnának lehetőséget. Könnyebb lenne motiválni a fiatalokat, és személyre szabottabb oktatásban részesíteni őket.

ÖSSZEZÉS

Kutatásunk hasonló eredményre jutott, mint a gyermekvédelmi szakellátást vizsgáló más felmérések: eszerint a kábítószeresek közül az új pszichoaktív szerek fogyasztása elterjedtebb a gyermekotthonokban és lakásotthonokban (Kaló et al., 2017). Az itt élő fiatalok többsége dohányzik. Az alkoholfogyasztás leginkább alkalmakhoz kötötten jellemző. A gondozottaknak sok lehetőségük van a drogfogyasztás kipróbálására. A legtöbben már látták egy vagy több társukat illegális szer hatása alatt. Könnyen akaratlanul is fogyaszthatnak drogot, mivel ismerőseik gyakran nem mondják el, hogy hagyományos cigaretta helyett valami mással kínálják őket.

Egyik intézmény sem rendelkezik olyan motivációs vagy szankciós eszközrendszerrel, mely elősegítené a fiatalok együttműködését. Ennek eredményeképp mind a gyermekotthonokból, mind az oktatási intézményekből való engedély nélküli távollétek száma viszonylag magas. Az ilyen módon meglazult intézményi kontroll csökkenti a szerhasználat megakadályozására tett kísérletek hatékonyságát. Nem lehet tudni, hogy a kedvező elhelyezkedésnek vagy a hatékony prevenciónak köszönhetően-e, de az „A” intézményben mind a lakásotthonokban, mind a gyermekotthonokban kevés drogfogyasztással kapcsolatos eset fordult elő, csak néhány szerfogyasztóról lehet tudni. Korábban több helyszínen is jellemzőbb volt a drogfogyasztás, és az esetek többsége egy bizonyos személyhez kötődött, akit mind a gondozottak, mind a dolgozók egy része né-

ven nevezett. Az intézményben a drogprobléma akkor kerül előtérbe, amikor egy függő fiataalt helyeznek ide. A „B” intézményben a probléma sokkal elterjedtebb, így jobban igényel intézményi szintű stratégiaváltást, és nehezebben oldható meg egy-egy személy elhelyezésével.

Az illegális szerhasználat megelőzésében, ugyanúgy, mint más rizikó-magatartások (például dohányzás, alkoholfogyasztás) prevenciójában, nagy hangsúlyt kell fektetni a fiatalok pszichés jóllétére, önértékelésük, ellenálló képességük javítására (Cselkó,

2021). Ezért hasznos, ha a gyermekvédelmi szakellátásban a prevenció programok a nemet mondás képességének és az önértékelésnek a javításán, hosszú és rövid távú célok kitűzésén alapulnak. Fontos felhívni a fiatalok figyelmét a szerhasználat veszélyeire, hogy reálisabban legyenek képesek megközelíteni a szerfogyasztás és a függőség kialakulásának témakörét. Azonban a dohányzás prevenciójánál már látni, hogy jobban beválnak azok az eszközök, amelyek differenciáltan kezelik a fiatalokat, és a szerfogyasztás különböző fázisai-

Hasznos, ha a gyermekvédelmi szakellátásban a prevenció programok a nemet mondás képességének és az önértékelésnek a javításán, hosszú és rövid távú célok kitűzésén alapulnak.

ban eltérő módszerekkel végzik a megelőzést (Pénzes, 2021). A drogfogyasztás esetén sem ugyanazt a megközelítést kellene alkalmazni egy olyan fiatalnál, aki még nem fogyasztott szert, mint annál, aki már kipróbálta, intenzíven használja, vagy már drogfüggővé vált.

A gyermekvédelmi szakellátásban is fontos lenne a kezelésbe vétel a fogyasztás korai szakaszában (Belány et al., 2018), mert ilyenkor a leghatékonyabb a függőség megelőzése. A vizsgált intézmények nem alkalmasak kábítószerfüggő fiatalok ellátására, és a dolgozók sincsenek megfelelően felkészítve a problémakör kezelésére. Több olyan intézményre lenne szükség, ahol adottak a tárgyi feltételek és a megfelelő számú és képzettségű szakember a rehabilitáció elősegítése érdekében. Mivel a speciális vagy rehabilitációs otthonba helyezés hosszadalmas folyamat, egy drogfüggő fiatal sokáig képes kedvezőtlen hatást kifejteni társaira. Minél később kerülnek át az érintettek az addiktológiai problémájuk kezelésére alkalmas intézménybe, annál inkább csökken az esélyük a gyógyulásra, és annál több fiataalt visznek bele a szerhasználatba, sok esetben visszafordíthatatlan károkat okozva társaik egészségében, előmenetelében és az érintett lakásotthonok vagy gyermekotthonok légkörében.

Végjegyzet

1 Az életprevalencia a népesség azon hányadát mutatja meg, amely az adott egészségügyi eseményt, kockázati tényezőt vagy betegséget az élete egy bizonyos pontján megtapasztalja. <https://www.eupati.eu/glossary/lifetime-prevalence/>

Ábrajegyzék

1. táblázat: Az „A” intézmény interjút adó gondozottjainak általános adatai. Saját szerkesztés
2. táblázat: Az „A” intézmény fókuszcsoportos interjúban részt vevő dolgozóinak adatai. Saját szerkesztés
1. ábra: A gondozottak dohányzása és alkoholfogyasztása az elmúlt egy évben (n = 57, fő). Saját szerkesztés

Felhasznált irodalom

- ARNOLD PETRA – BENCSIK NÓRA – ELEKES ZSUZSANNA (2021): Új szerek – új mintázatok? Dizájn drogok és klasszikus tiltott szerek társadalmi mintázata egy európai iskolai felmérés, az ESPAD hazai adatai alapján, *Egészségfejlesztés*, 62. évfolyam, 2021/4., 13–30. DOI: <https://doi.org/10.24365/ef.v62i4.7004>
- BAUER BÉLA – PILLÓK PÉTER – RUFF TAMÁS – SZABÓ ANDREA – SZANYI F. ELEONÓRA – SZÉKELY LEVENTE (2016): *Ezek a mai magyar fiatalok! Magyar Ifjúság Kutatás 2016 első eredményei*, Budapest, Új Nemzedék Központ Nonprofit Kft., http://real.mtak.hu/119224/1/magyar_ifjusag_2016_2_A4.pdf (letöltve: 2023. 03. 22.).
- BELÁNY VIKTÓRIA – CSÁK RÓBERT – ELEKES ZSUZSA – FELVINCZI KATALIN – KALÓ ZSUZSA – KOMOLAFE CINDERELLA – KUN BERNADETT – MATTYASSY ADRIENN – PAKSI BORBÁLA – PÉTERFI ANNA – SEBESTYÉN EDIT – SZEMELYÁ CZ JÁNOS – SZÉCSI JUDIT (2018): *Korai kezelésbe vétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében. Elméleti és módszertani segédlet. Szakmai ajánlások a korai kezelésbe vétel hazai gyakorlatának erősítéséhez*, Budapest, Magyar Addiktológiai Társaság.
- CSELKÓ ZSUZSA (2021): Szerhasználat megelőzése – Szakértő válaszol: Cselkó Zsuzsa, *Egészségfejlesztés*, 62. évfolyam, 2021/2., 103–110. DOI: <https://doi.org/10.24365/ef.v62i2.6002>
- ELEKES ZSUZSANNA – ARNOLD PETRA – BENCSIK NÓRA (2020): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*, Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem – MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport.

- ELEKES ZSUZSA – PAKSI BORBÁLA (2005): A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása, *Kapocs*, 4. évfolyam, 2005/5.
- FODOR MIKLÓS – SÓFI GYULA (2015): Az ifjúsági drogkarrier veszélyei, *Orvosi Hetilap*, 156. évfolyam, 2015/46., 1843–1846.
- HERCZOG MÁRIA (2013): *Szakellátásban élő gyerekek és a korai iskolaelhagyás*, http://oktataskepzes.tka.hu/content/documents/Projektek/2013/QALL/qall_szakellatas_esl_herczog_maria.pdf (letöltve: 2023. 02. 09.).
- HORVÁTH GERGELY CSABA (2017): Az új pszichoaktív szerek használatának alakulása az ellátórendszer adatai alapján, in FELVINCZI KATALIN (szerk.): *Változó képletek. Új(abb) szerek: kihívások, mintázatok*, Budapest, L'Harmattan, 125–144.
- HÜSE LAJOS – HUSZTI ÉVA – TAKÁCS PÉTER (2016): A gyermekvédelem peremén. Negatív életesemények hatása a kamaszok és fiatalok egészségkárosító magatartására, *Metszetek*, 5. évfolyam, 2016/4., 80–108. DOI: <https://doi.org/10.18392/METSZ/2016/4/5>
- KALÓ ZSUZSA – SZÉCSI JUDIT – HEGEDŰS JUDIT (2017): „Mi lesz a lányokkal?” *Gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználati mintázata és kezelésbe kerülésének jellemzői*, Budapest, AKUT Alapítvány – Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság.
- KALÓ ZSUZSA – HEGEDŰS JUDIT – BIHARI ZSÓFIA – SZÉCSI JUDIT (2019): A gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználati tapasztalatai és kezelésbe kerülésük jellemzői egy kvalitatív kutatás tükrében, *Esély*, 30. évfolyam, 2019/1., 67–90.
- KOMÁROMI ÉVA (2000): A droghasználat előrehaladása, in HOYER MÁRIA – KOMÁROMI ÉVA – RÁCZ JÓZSEF – SASVÁRI ANDREA (szerk.): *A drogkérdésről – ösztintén*, Budapest, B+V Lap- és Könyvkiadó Kft.
- MUÑOZ-RIVAS, MARINA J. – GRAÑA LÓPEZ, JOSÉ LUIS (2001): Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes, *Psicothema*, 13. évfolyam, 2001/1., 87–94.
- NEMZETI DROG FÓKUSZPONT (2012): *Új pszichoaktív szerek szabályozása Magyarországon*, http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/szabalyozas_NPS_HU.pdf (letöltve: 2022. 08. 12.).
- NEMZETI DROG FÓKUSZPONT (2018): *2018-as Éves Jelentés (2017-es adatok) az EMCDDA számára*, https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2018_HU.pdf (letöltve: 2022. 08. 12.).
- ÖRKÉNYI ÁGOTA – ASZMANN ANNA – BALOGH ÁGNES – KOSZONITS RITA – KÖKÖNYEI GYÖNGYI – NÉMETH ÁGNES – PÁLL GABRIELLA – VÁRNAI DÓRA (2003): *Drogfogyasztás állami gondozott fiatalok körében*, ICSSZEM kutatási beszámoló.
- PAKSI BORBÁLA – ARNOLD PETRA (2009): Speciális populációk drogérzékenysége, in DEMETROVICS ZSOLT (szerk.): *Az addiktológia alapjai II.*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 327–387.

- PÉNZES MELINDA (2021): Szerhasználat megelőzése – Szakértő válaszol: Péntzes Melinda, *Egészségfejlesztés*, 62. évfolyam, 2021/2., 94–102. DOI: <https://doi.org/10.24365/ef.v62i2.6020>
- RESPERGER RICHÁRD (2012): A gyermekvédelmi szakellátás Magyarországon: a családközei elhelyezés helyzete, *E-CONOM*, 130–142., http://real.mtak.hu/29788/1/10_RespergerR_e_conom_I2_u.pdf (letöltve: 2023. 02. 09.).
- SINGER ZSUZSA (2011): A gyermekvédelmi rendszer felépítése és működése, in KALÓ ZSUZSA – OBERTH JÓZSEF (szerk.): *Gyermekvállalás és droghasználat*, Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány, 235–242.
- SIVADÓ MÁTÉ (2015): *Jelenkori drogpolitika Magyarországon és Európában, tengerentúli kitekintéssel*, PhD-értekezés, Debrecen, Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola.
- SRSMP-ERSNCC (2022): *Drugs and substance misuse*, <https://www.trafford.gov.uk/about-your-council/children-families-and-wellbeing/docs/childrens-homes-policies-and-procedures/drugs-substance-misuse.pdf> (letöltve: 2022. 10. 24.).
- SZÉCSI JUDIT – MÁTTYÁSSY ADRIENN – FELVINCZI KATALIN – SEBESTYÉN EDIT – SZEMELYÁ CZ JÁNOS – CSÁK RÓBERT – KOMOLAFE CINDERELLA – PÉTERFI ANNA (2018): A korai kezelésbevétel hazai gyakorlata, in BELÁNY VIKTÓRIA – CSÁK RÓBERT – ELEKES ZSUZSA – FELVINCZI KATALIN – KALÓ ZSUZSA – KOMOLAFE CINDERELLA – KUN BERNADETT – MATTYASSY ADRIENN – PAKSI BORBÁLA – PÉTERFI ANNA – SEBESTYÉN EDIT – SZEMELYÁ CZ JÁNOS – SZÉCSI JUDIT (szerk.): *Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében. Elméleti és módszertani segédlet. Szakmai ajánlások a korai kezelésbevétel hazai gyakorlatának erősítéséhez*, Budapest, Magyar Addiktológiai Társaság, 51–74.
- SZÉKELY ANDRÁS – SUSÁNSZKY ÉVA – ÁDÁM SZILVIA (2013): Fiatalok kockázati magatartása, in SZÉKELY LEVENTE (szerk.): *Magyar ifjúság 2012*, Budapest, Kutatópont, 179–210.
- SZOBOSZLAI KATALIN – HÜSE LAJOS – FÁBIÁN GERGELY (2021): A rizikómagatartás mintázatai a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei gyermekvédelmi szakellátásban élő fiatalok körében, *Párbeszéd*, 8. évfolyam, 2021/2., DOI: <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2021.8/2/2>

Illicit drug use in two Transdanubian child protection institutions

ABSTRACT

The risk of illicit drug consumption is higher among those juveniles who are under child protection than those with similar age in the average population. To investigate the topic in more detail, we conducted exploratory research on the premises of two child protection institutions in Transdanubia. Semi-structured individual and focus group interviews were conducted, as well as questionnaires were filled out by workers and children in care. Our results showed that new psychoactive substances are the most common type of drugs consumed. Drug use increased in one institution after an already addicted young person was transferred there. In the other, the increase in drug use was not linked to specific individuals but was rather a general phenomenon. Institutions were not prepared to provide adequate care for drug-addicted juveniles, whose transfer to a special care home or rehabilitation centre proved to be a long process. The later the substance abusers receive professional help, the lower their chances are to recover, meanwhile they could drag more and more juveniles into substance abuse, causing irreversible damages in their health and prospects.

KEYWORDS: child protection, drug use, new psychoactive drugs

KOMOLAFE CINDERELLA | Szociológus és diplomás ápoló, a Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola hallgatója. Kutatási érdeklődése kiterjed az internetes kapcsolatok, a család- és egészségpszichológia területére.

TOSSOU EDGARD MARCEL | Gépészmérnök. Érdeklődésének középpontjában a demográfiai folyamatok és a mögöttük rejlő társadalmi változások állnak.

CSERNUS MARIANN | Diplomás ápoló, okleveles egyetemi ápoló, egészségpolitika és finanszírozás MSc, egészség tudományok PhD.

SZEMELYÁ CZ JÁNOS

A fiatal szerhasználók

DOI 10.56699/MT.2023.1.5

ABSZTRAKT

A kamaszok addiktív szerhasználata sok hasonlóságot mutat a felnőttekével, de számos jellemzőjében különbözik. A különbségek háttérében a fiatalok speciális testi, pszichés és szociokulturális helyzete, ezek változása áll. Az egészséges kamasz élményeket keres, megtapasztalásokat, lázad, és nem akar olyan lenni, mint a szülei. A fentiek miatt a problémás szerhasználóvá váló fiatalokat más módszerekkel lehet megközelíteni, mint felnőtt sorstársaikat – miközben sürget az idő. A számukra alkalmazott és valóban hatékony terápiás beavatkozásnak is speciális elvárásoknak kell megfelelnie. Nagyobb jelentőséget kap esetükben az ártalomcsökkentés, a korai kezelésbevitel, a közösségi addiktológia és egy reális alapokon álló életforma megteremtése, mely nem krízisek és konfliktusok nélküli állapot elérését jelenti, hanem olyanét, melyben fejlődni lehet, tanulni, hatékonyabban kommunikálni, érett érvédő mechanizmusokat működtetni, megfelelő kompetenciákat, megküzdési mechanizmusokat birtokolni.

KULCSSZAVAK: kamaszok, problémás szerhasználat, ártalomcsökkentés, közösségi addiktológia

Néhány éve megjelent a sajtóban – egy nemzetközi kutatás, az iskoláskorúak egészségmagatartását vizsgáló 2014-es HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) adataira hivatkozva –, hogy a magyar tizenöt éves fiúk 2014-ben a részegség terén 41 százalékkal világelősök, a magyar tizenöt éves lányok 34 százalékkal a harmadikok voltak (a kutatók arra kérdezték rá, hogy a fiatalok életükben legalább kétszer voltak-e már részegek) (WHO, 2018). Azt gondoltam, hogy ez az információ sokkolni fogja a közvéleményt vagy legalább a döntéshozókat, de a hír visszhang nélkül maradt. Sőt semmi nem történt. A magyar tévécsatornákon továbbra is megjelennek alkoholtartalmú italok reklámjai, az iskolákban nincsen alkoholprevenció, az igazi magyar férfi imázsához hozzátartozik az ivás.

Aztán néhány héttel később előadást tartottam egy gimnáziumban a kamaszok szerhasználatáról. Körülbelül négyszáz figyelmes szempár szegeződött rám, és amikor a fenti

adatot megemlítettem, tapsviharban törtek ki. A teremben lévő kevés felnőtt nem. Ők zavartan forgatták a fejüket. De a fiatalok fejében a világ másképp működik.

Az addiktív jelenségek – mint civilizációs ártalmak – a mindennapi életünk részei. Mindenkit érinthetnek. Nincs igazán kivétel sem korosztály, sem az anyagi helyzet, sem a lakóhely vagy a pszichoszociális fejlődés tekintetében. Mindenki megtalálhatja a maga addikcióját.

Az addiktív jelenségeket/tevékenységeket meglehetősen széles spektrumban értem. Tűnhetnek rekreációs, szabadidő-eltöltési lehetőségeknek, bizonyos igényeink/vágyaink kielégítéséhez hozzásegítő eszközöknek vagy a munkahelyi elvárások teljesíthetőségét megteremtő doppingnak. Összességében elmondhatjuk, hogy az addikciók lényegében adaptációs problémák (Pikó, 2009).

Az addikciók a civilizációnk engedte térben valami kis pluszt adnak, hogy jól-rosszul adaptálódjunk a lehetőségeinkhez, képesek legyünk elviselni a frusztrációt, kezdjünk valamit a folytonos stresszel, a „mindig kevés” idővel, az elvárásokkal, önértékelési nehézségeinkkel, az egzisztenciális szorongással vagy akár a szeparációval, az elidegenedéssel.

Vannak veszélyeztetettebb csoportok (például a fiatalok) vagy veszélyesebb addikciók (például a dizájnerek), illetve olyanok is, amelyeket a társadalom nemcsak hogy tolerál, de el is ismer (például munkafüggőség, testedzés-addikció), de összességében le kell szögeznünk, hogy minden mértéktelenségbe forduló tevékenység – rendszerszinten – jelentős veszélyeket hordoz magában. (Baj természetesen egyszerű alkalmakból is lehet.)

A vonatkozó szakirodalmat áttekintve elmondhatjuk, hogy az addikciókkal kapcsolatos elméletek még nem kiforrottak, az addiktológiát inkább alkalmazott tudományágnak tekinthetjük. Ez már igaz a megnevezésekre is, elég csak az addikció, dependencia, abúzus, szenvedélybetegség, addiktológiai zavarok, viselkedéses vagy folyamatfüggőségek stb. közötti azonosságokra és különbözőségekre gondolni. Jellemző, hogy a kutatások elsődlegesen nem egy elmélet alátámasztását célozzák, hanem inkább egy sikerebb prevenció program vagy hatékonyabb kezelés tervezését szolgálják. Ezért az egyes kutatások nem feltétlenül épülnek egymásra, hanem inkább párhuzamosan fejlődnek egymás mellett. Ugyanakkor fontos látni azt is, hogy az addiktológia interdiszciplináris terület, amelyről számos nagyon különböző tudományágnak van fontos és helytálló mondanivalója. Ezeket szinte lehetetlen – és talán fölösleges – vállalkozás lenne egy közös elméletbe gyúrni (Demetrovics, 2007).

Kiindulásként leszögezhetjük, hogy az ember addiktív lény, könnyen rászokik a neki kellemes élményekre, és akkor időt és pénzt nem sajnálva újra és újra át akarja élni ezt az élményt. Egy ilyen jelenségnek van neurobiológiai, szociálpszichológiai, kapcsolati, de akár spirituális előzménye és következménye is. Az előzményt, a kiváltó okokat, a rizikófaktorok rendszerét etiológiának hívjuk.

Ahhoz, hogy jobban értsük a jelenséget, jobban kell ismerni az etiológiát. Ebben lényeges az életkori meghatározottság is, mert máshogy működik a gyermek, a kamasz és a felnőtt. A kamasz megváltozott működésének hátterében találunk központi

idegrendszeri strukturális és funkcionális változásokat, de az is igaz, hogy máshol tart a pszichoszociális fejlődésben, máshogy ágyazódik bele a családba és a társadalomba. Az addikciók kialakulása szempontjából a tizenöt és huszonöt év közötti életkor a legveszélyeztetőbb. Írásom fókuszában ez a csoport áll.

Alapvetően leszögezhetjük, hogy a normális fiatal lázad, és élményeket keres. Számára többnyire fontosabb a folyamat, az út, mint a cél, az elért eredmény. Ezzel készül fel az életre.

Ez az időszak elsősorban a kipróbálás, a kísérletezés időszaka. „A személyiségváltozók tekintetében [...] a vizsgálatok elsődlegesen a szenzoros élménykeresést, illetve az impulzivitást, az alacsony önértékelést, a stresszteni életeseeményeket és bizonyos megküzdési képességek hiányát azonosították, mint a fiatalkori problémaviselkedés, egészségkárosító magatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás), illetve specifikusan a droghasználat kialakulása szempontjából veszélyeztető tényező” (Demetrovics, 2007: 65).

Mit is gondol egy normális kamasz a világról, hogyan akarja magáévá tenni? Látjuk, hogy élményeket akar, feszegetni a fennálló társadalmi rend határait, elutasítani a felnőtt társadalmat, és élvezni akarja az életet, valójában a felnőttléteket, de az azzal járó kötöttségek és felelősség nélkül. Autonómiát akar és szabadságot, és mindezt gyorsan, mert nincs sok ideje. Ebben pedig segítik – legalábbis elsőre úgy tűnik – a pszichoaktív szerek, mert új ablakokat nyitnak a világra, a létezés új rétegeit tárják fel számára. Ha végigtekintjük a „drogok funkcióit”, látjuk, miért közkedveltek minden tiltás ellenére, és mitől kézenfekvő a használatuk számos élethelyzetben, minden marketing és reklám nélkül is:

- Szenzoros élménykeresés: olyan személyiségdimenzió, mely „változatos, újszerű és komplex élmények és tapasztalatok szükségletét foglalja magában, valamint a hajlandóságot arra vonatkozóan, hogy a személy fizikai és szociális rizikót vállaljon egy ilyen tapasztalás megélése érdekében” (Zuckerman, 1979: 10). De van az élménykeresésnek egy másik aspektusa is, mely az ürességérzés megszüntetését célozza, azt teszi elviselhetőbbé.

- Eufória, hedónia, „betépés”: ez a leggyakoribb indok, és valójában ezt látjuk a droghasználat leggyakoribb okának az egészséges kamaszok többségénél is.

- Az impulzuskontroll-zavar mérséklése, kontrollálása: az impulzivitás azt jelenti, hogy kevésbé törődünk tetteink káros következményeivel. Ezzel összefügg a gyors, megdölgondolatlan reagálás a váratlan eseményekre, illetve főleg a rövid távú következmények elsődlegessége, mely magában rejti a távolabbi következmények figyelmen kívül hagyását.

- Az érzelmszabályozás, önszabályozás erősítése: egyes drogok, például az opiátok, képesek ellensúlyozni a belső pszichológiai dezorganizációtól való félelmet.

- Az alacsony önértékelés ellensúlyozása: a pszichoaktív szerek többsége önbizalmat ad, fokozza kezdeményezőkétségünket, nyitottá, magabiztossá tesz.

- A kognitív képességek javítása: a serkentőszerek többsége fokozza fókuszálási, koncentrációs képességünket, és az agyi véráramlás fokozása által – több cukor és oxigén jut be az agyunkba – segíti a memorizálást, összességében a tanulást.

– A fizikai teljesítőképeség és a fizikai megjelenés javítása: a serkentőket régen is doppingszerként használták, de például az opiátok is, mivel segítik a fájdalom elviselését, elviselhetőbbé tehetik az edzéseket, mindeközben csökkentik az étvágyat, a fizikai fájdalmakat. Összességében a test zsírtartalékai csökkennek, az izomtömeg nő. Karcsubak leszünk, izmosabbak.

– A szociális interakciók javítása: a kötődési problémák és az intimitáskerülés zavarainak enyhítése. Az intoxikált ember gátlásai csökkennek, oldottabb lesz, kommunikációja javul (lásd partikultúra).

– A szexuális viselkedés facilitálása: a legtöbb ilyen anyag (számos növény, melyet drogként használunk: indiai kender, mák, khat, kokacserje, psilocibin gombák, peyotl kaktusz stb.) afrodisziákumként ismert évszázadok, sőt akár évezredek óta.

– A pszichológiai stresszből való felépülés: a szorongás, depresszió, kétségbeesettség, düh stb. elviselhetőségének javítása.

– Mentális problémák öngyógyítása: „a droghasználat mint megküzdés” (Khantzian, 1997), mely akár a súlyos pszichiátriai kórképek – pszichózis, hangulati zavarok, szorongás, személyiségzavarok stb. – önmedikalizációjára, enyhítésére szolgálhat. De idesorolhatjuk a fájdalom, a stressz, a diszfória és az agresszió „kezelését” is. Ebben az esetben a pszichoaktív szerek használata másodlagos jellegű (válasz egy elsődlegesen fennálló mentális zavarra).

– Spirituális igények kielégítése, facilitálása: évezredek óta használják az emberek a pszichoaktív anyagokat az „istenekkel való párbeszédre”, gyógyításra, spirituális élmények intenzív megtapasztalására, és ez napjainkban sincsen másképp. A modern ember számára az idő pénz, ezért gyorsan, minimalizált energiabefektetéssel akarja ezeket az élményeket.

A kamaszkor sok szempontból speciális időszak, az igazi változások kora (biológiai, pszichológiai, szociológiai téren egyaránt), amikor a fiatalok leggyakoribb szerhasználati indokai a kíváncsiság, a kortársak hatása/pressziója, a stressz „kezelése” és a menekülés vágya, illetve az unalom megszüntetése.

A kipróbálás önmagában még nem baj, de fontos lenne megértenünk, hogy a kamaszok egy része miért érez ellenállhatatlan vágyat arra, hogy pszichoaktív szereket próbáljon ki, kevésbé törődve ennek veszélyes következményeivel.

Az indokok lehetnek belső vagy külső motivációk, illetve szolgálhatnak pozitív vagy negatív megerősítéssel. Cox és Klinger (1990), illetve Cooper (1994) kutatása ugyan az alkoholfogyasztási indítékokra vonatkozott, de a klinikai tapasztalatok alapján látszik, hogy a legtöbb pszichoaktív szer-használat hasonló motivációk alapján történik.

Belső pozitív irányú hatás a szenzációhajhászás, az impulzivitás, melyet *fokozásos típusú szerhasználatnak* nevezünk, és valójában a „jól vagyok, de miért ne lehetnék jobban” elvárás hatására nyúlnak alkoholhoz vagy pszichoaktív szerekhez az e csoporthoz tartozó fiatalok. Ők vannak többen. A másik nagy csoport – de jóval kevesebben, mint

az előbbiek – jellemzője az aggodás, az érzékenység és a reménytelenség. Gyakran látunk náluk pszichés zavarokat. Ők az úgynevezett *megküzdéses típusú szerhasználati csoportba* tartoznak. Külső hatásként szintén megkülönböztetünk pozitív és negatív tényezőket. A *szociális szerhasználatnál* alkalmazkodás történik a környezethez, a barátokhoz, az „én is a csapat része vagyok” érzés a meghatározó, itt megjelenhet a modellkövetés, illetve a divat, míg negatív hatásként a *konformizmus* érvényesül, ekkor a „mi lesz, ha kilógok a társaságból?” szorongása a fő motiválóerő.

A kamaszok droghasználata igen hektikus, akár hetek-hónapok alatt változhat. Az őket jellemző változó fejlődési időszak, változó környezet jelentős használatbeli eltéréseket hozhat, pozitív és negatív irányban egyaránt. Gondoljunk csak arra, amikor a szerhasználat az élménykeresésről, a kíváncsiságról, a rekreációról, a relaxációról szól, és aztán egy váratlan, akut élmény hatására már inkább a negatív érzelmi állapotok (például a szorongás, a kisebbségi érzés, a frusztráció, a kiúttalanság, a düh vagy az agresszió) megszüntetését célozza, de ez kényszeressé is válhat, így valójában öncélú lesz. Sok függő fogalmaz úgy, hogy az intoxikált állapotban érzi magát normálisnak (Wurmser, 1974; 1995), tehát a pszichoaktív szereknek „kiegyensúlyozó” szerepük is van.

Jellemzően a kamaszok, illetve a fiatal felnőttek élménykereső viselkedését magyarázó neurobiológiai megközelítés a „predikcióshiba-konceptió”, mely indokolni képes a fiatalok fokozott veszélyeztetettségét a szerhasználatra vonatkozóan: kimutatták, hogy ha az egyén valamilyen cselekmény után váratlan jutalomban részesül, akkor a központi idegrendszer jutalomközpontjában lévő dopaminban gazdag neuronok sokkal nagyobb aktivitást mutatnak, mintha az egyén a beígért/ elvárt jutalmat kapja meg (Schultz–Dickinson, 2000), tehát a kamaszokat nem pusztán a kíváncsiság, a társas hatás, a lázadás vagy a modellkövetés hajtja, hanem a minél intenzívebb örömezés átélése is, ennek pedig neurobiológiai alapja is van.

Újabb szempontok merülnek fel a különböző addikciók egymásra rétegződésének vizsgálatakor. A szakirodalom megkülönböztet kémiai és viselkedéses addikciókat, de sokszor úgy látjuk, hogy ez a felosztás nem jelent éles határokat – az addikciót fenntartó impulzusok több irányból is érkezhetnek –, ennek pedig nagy jelentősége lehet a prevencióban vagy a terápiás folyamatok megtervezésekor.

A legsúlyosabbnak tartott addikciók a kémiai szerekre vonatkoznak, illetve néhány viselkedéses addiktív magatartásra (szerencsejáték, pornó). Ezekről általában azt gondoljuk, hogy gyógyíthatatlanok (a súlyos függő nem tud szociális használó lenni), prog-

A kamaszkor sok szempontból speciális időszak, az igazi változások kora (biológiai, pszichológiai, szociológiai téren egyaránt), amikor a fiatalok leggyakrabban szerhasználati indokai a kíváncsiság, a kortársak hatása/pressziója, a stressz „kezelése” és a menekülés vágya, illetve az unalom megszüntetése.

rediálnak (beavatkozás nélkül halál vagy intézmény: börtön, kórház, rehab a vége), és jellemző rájuk a családi beágyazottság. Ezekben az esetekben tehát a „mindent vagy semmit” elv érvényesül, és kevésbé merül fel a mértékletesség, a kontroll kialakításának lehetősége. Ellentétben a többnyire viselkedéses addikciókkal – élménykeresés, internet-, képernyő-, testedzés-, munka-, szerelem- és romantika-, vásárlásaddikció stb. –, melyeknél egyértelműbb, hogy nem reális cél a teljes absztinencia, hanem a klienst meg kell tanítani vágyai kontrollálására, a mértékletességre.

Pedig valójában nincs „tisza” addikció. A dohányzásnál például vajon a nikotin és az aroma – azaz a kémiai anyagok – okozzák a *cravinget*, azaz a használat utáni vágyat, vagy a szippantás, a rágyújtás körüli rituálé, vagyis a dohányzás „viselkedéses” addiktív része az „erősebb”? Biztosan lesz olyan dohányos, akinek nikotintapsz kell a leszokáshoz, és olyan is, akinek a kezét kell elfoglalni valamivel, a szorongását csökkenteni, vagy új pótcselekvést kell kitalálnia a frusztrált helyzetekre. És ugyanígy tudnánk például az alkoholizálás vagy más kémiai addikció viselkedéses elemeit kiemelni, amelyeknek gyakran legalább akkora addiktív potenciáljuk van, mint az intoxikált állapot élménye.

Nem biztos, hogy egy súlyos addiktív magatartást mutató személy megtanítható a mértékletességre, de egy kamasznál szinte esélytelen az a megközelítés, hogy alakítsunk ki egy függő identitást és ehhez tartozó absztinens életmódot. Ez egy 15–25 éves embernél nem életszerű, sőt úgy látom, akkor van esélyünk a terápiás szerződésre, ha számára is elfogadhatóbb, reálisabb terveket fogalmazunk meg.

A kamaszok szerhasználatának – legyen akár alkalmi, akár rendszeres – számos jelét figyelhetjük meg. Nézzünk néhány testi és pszichoszociális tünetet: deviáns, szabálytalan viselkedés, gyakori és indokolatlan hangulatváltozások, attitűdváltozás, ingerlékenység, szorongó lelkiállapotok, koncentrációs nehézségek, a baráti kör hirtelen változása, agresszió, düh, felelőtlen viselkedés, alvászavarok, az iskolai, munka- vagy sporttevékenység csökkenése, lopás, hazugság, titkolózás, „magára zárt ajtó”, illetve rossz higiénia, megváltozott külső, véres vagy vizes szemek, gyakori orrvérzés vagy orrfolyás, sebek az orrban, szájban, ajkakon, puffadt arc, esetleg tüszúrásnyomok, kézremegés, izzadás, szorongás, gyakori fejfájás, hirtelen fogyás. Az utóbbiak meglepte esetén rendszeres, intenzifikált használatra kell gondolnunk.

Mindig nehéz kérdés, hogy egy szerhasználó kamasz mi módon irányítható a segítőszolgáltatások felé. Egyrésztől azért, mert még nincs katartikus kulcsélménye – az addiktív magatartás miatt jelentkező morális válság, megszegyenülés –, másrésztől mert nem „meggyógyulni”, felépülni akar, hanem problémamentesen jól érezni magát. Máshol van a problémaérzékelés küszöbszintje. Ugyanakkor kijelenthetjük, hogy a fiatalok nem szeretik a magas küszöbű programokat, főként a magas küszöbű intézményeket.

A fentiek miatt a fiatalokkal való munka első lépései az ártalomcsökkentés eszközeivel valósíthatók meg. Ezt elsősorban azokon a színtereken kell végeznünk, ahol a szerhasználó fiatalok megtalálhatók, úgymond „házhoz” kell mennünk.

A droghasználók egyes csoportjai életük bizonyos időszakában nem akarnak és/vagy nem képesek felhagyni szenvedélyükkel, ugyanakkor az adott drog vagy drogok használatának következtében kockázatoknak vannak kitéve, ártalmakat szenvednek el. A szerhasználókra leselkedő direkt vagy indirekt veszélyek csökkentését célzó beavatkozásokat nevezük ártalomcsökkentő programoknak. Ezen szolgáltatások szakemberei a lehető legnagyobb számú droghasználóval kívánnak kapcsolatba lépni (és lehetőség szerint a kapcsolatot fenntartani), igyekeznek csökkenteni az aktív szerhasználók marginalizálódását, amely az életesélyek romlásával, a kockázati tényezők és a problémák fokozottabb megjelenésével járhat együtt. Az ártalomcsökkentő programok igyekeznek növelni a droghasználók társadalmi beilleszkedését, ettől remélve például a kriminalizálódás különböző mutatóinak csökkenését. Célkitűzésük, hogy minél kevesebben, minél ritkábban használjanak drogokat, és ha mégis előfordul szerhasználat, akkor minél veszélytelenebb szereket használjanak, minél kevésbé veszélyes módon.

Az ártalomcsökkentés alapelvei:

- Az absztinencia elérése nem a legfontosabb vagy a legmegfelelőbb célkitűzés.
- A szolgáltatást ott kell biztosítani, ahol a rászoruló elérhető (partihelyszínek, közösségi terek, iskolák, online tér stb.).
- Az ártalomcsökkentő programok feltételezik, hogy a szerhasználók – mind egyénileg, mind csoportosan – képesek arra, hogy irányítsák életüket, és változtassanak szokásaikon.
- Vannak biztonságosabb és kevésbé biztonságos szerek és szerhasználati módok.
- Az ártalomcsökkentő programok/szolgáltatások kialakításába, tervezésébe be kell vonni a rászorulókat is.
- A hatékonyabb beavatkozás érdekében figyelembe kell venni az egyén és környezete körülményeinek rendszerét.

A használók 80-90 százaléka nem vesz igénybe terápiás szolgáltatásokat, nagy részük spontán „pörög ki” a rendszerből. Számukra tényleg az ártalomcsökkentés a legfontosabb segítségi forma. Amennyiben mégis kezelésre, ellátásra van szükségük a fiatal szerhasználóknak, arra többnyire nem addiktológiai intézményekben kerül sor, hiszen ők nem az addikciójukat akarják kezeltetni, csak az ártalmaikat, következményes káraikat kívánják megszüntetni. A nem addiktológiai problémák ellátására specializálódott helyszíneken sikeresen alkalmazható a „rövid intervenció” módszere, amely egyfajta elérési technika (*outreach*), és amelyet olyan helyszíneken alkalmazunk (például sürgősségi osztályok, háziorvosi rendelők, javítóintézetek és lakásotthonok, tanácsadó irodák, munkahelyi környezet, kulturális intézmények, iskolai vagy rendezvényhelyszínek: fesztiválok, koncertek), ahová különböző krízisek kapcsán kerülhet egy-egy kísérletező/kezdő szerhasználó vagy felelőtlen, túlzottan „bevallalós” fiatal.

Egy hatékony rövid intervenció nem tart tovább néhány percnél. A nemzetközi szinten az egyik leggyakrabban használt rövid intervenció módszer a FRAMES-modell keretében (O’Leary Tevyaw – Monty, 2004) valósul meg (WHO, 2003). A FRAMES

mozaikszó, és a „visszajelzés, felelősség, tanácsok, választási lehetőségek és empátia” intervenciós elemeket megjelenítő angol szavak kezdőbetűiből áll össze. Krízis esetén a tényszerű szembesítéssel, a belátás elősegítésével arra ösztönzi a bajba jutott használat, hogy professzionális segítséget kérjen.

Mint fentebb láttuk, az ártalomcsökkentés elemei közé tartoznak már olyan elérő programok, amelyekben személyes kontaktus alakul ki segítő és kliens között, és elinulhat a motiválás folyamata. A beszélgetésekbe többféle motivációerősítő elem szőhető. Ezt a szakirodalom motivációs interjúnak nevezi, pedig itt valójában nem interjúról van szó. Minden kontaktusnak lehet motivációs ereje. Elsődleges a kliensközpontúság, a döntéshozatali folyamatok támogatása, stratégiákat, alternatívákat kínálva, növelve a tudatosságot, és segítve a felépüléshez szükséges cselekvések megindulását.

A motivációs interjú, amelyet Miller és Rollnick (1991; 2002) dolgozott ki (Carney–Myers, 2012), két lépésben valósul meg: az elsőben a fő cél a változásra vonatkozó motiváció felkeltése, majd amikor ez már egyértelműen megjelent, a változásban való elköteleződés erősítése válik céljá.

A motivációs interjú módszerében fontos szerep jut a terapeuta stílusának: a klienssel együttműködve, nem pedig vele konfrontálódva szükséges vezetni az interjút, sok edukációs technika alkalmazása mellett (Carney–Myers, 2012). Az autoriter és hierarchikus egészségügyi rendszerrel szemben itt a klienst saját megoldásainak és céljainak megtalálásában kell segíteni, még akkor is, ha azok nem egyeznek a szakember nézőpontjával. Ettől ez még nem „gyeplőt a lovak közé” stílusú technika, és bár a kliens szükségletei és képességei szerint kell alkalmazni, a konkrét változás felé tereli.

Az interjú kulcselemei (Burke et al., 2005; Dunn et al., 2001): a reflektív odafigyelés, a nyitott kérdések, az összefoglaló jellegű visszajelzések, a diszkrépancia (a személyes célok és a valós, aktuális cselekvés között feszülő ellentétek) fókuszba helyezése, az erősségek megerősítése, továbbá a kis léptékű tervek és cselekvések kimondásának segítése.

A motivációs interjú célja a páciens belső motivációjának erősítése, hogy felismerje problémáit, szembesüljön a céljai és problémás magatartása közötti ellentmondásokkal, és megkezdje a változáshoz szükséges lépéseket.

A problémák észlelésekor kényszerrel érzünk arra, hogy tegyünk valamit, miközben a fiatal szerhasználók nem lelkesek kezelésbe menni. Ekkor jöhet el a korai intervenció ideje.

A korai kezelésbevitel speciális intervenciók gyűjtőfogalma. Ezek a beavatkozások olyan rizikócsoportokat céloznak, amelyek tagjai érintettek valamely ártalmas viselkedés szempontjából. A pszichoaktív szerek használatára vonatkozóan ez azt jelenti, hogy a személlyel még időben – „korán” –, azaz a szerhasználói magatartás kezdeti szakaszában lépünk kapcsolatba, hogy megelőzzük állapotának romlását, a függőség kialakulását, egyéb mentális betegségek megjelenését, a szerhasználattal kapcsolatos pszichés és fizikai ártalmak jelentkezését, illetve életvitelének szignifikáns leépülését (Kendall–Kessler, 2002; Kaposov et al., 2005; Liddle et al., 2004; Tait et al., 2002).

„Minél előbb megérkezni a legutolsó pillanatba” – mondja Thierry Charlois a korai kezelésbevitelről, ami azt jelenti, hogy a problémát felismerjük és elfogadjuk egy korábbi stádiumban. A korai kezelésbevitel magában foglalja az egészség-magatartással kapcsolatos tevékenységek és a szociális funkciók erősítését, az információátadást, az ellátórendszerbe vetett bizalom kialakítását, feladata továbbá a motiváció fokozása a kezelésbekerülésre és a bennmaradásra vonatkozóan, valamint stratégiák közös kidolgozása a szerhasználat csökkentésével, illetve a leszokással kapcsolatban (Charlois, 2010).

A korai kezelésbevitelnek jelentős hídszerepe van abban, hogy a megelőzés és a kezelés területe között legyen átjárás. Egy ilyen beavatkozás alapvetően integrált addiktológiai ellátórendszerekben valósítható meg, melyekben a teljes rendszer segíti a klienst, hogy a szükségleteinek megfelelő egészségügyi, szociális vagy egyéb ellátáshoz jusson. Ez nem csupán a prevenció, a korai kezelésbevitel és a kezelés területeit érinti, hanem kiterjed az utógondozásra és a reintegrációra is (Evashwick, 1988).

A kockázatos életmódot folytató fiatalok csoportjának felismerése az első lépés a korai kezelésbevitelben, továbbá megfelelő, megalapozott tudásra van szükség a kockázatelemzéshez. Emellett a helyi szintű döntéshozók és szakemberek (például megkereső munkát végző munkatársak, az iskola, a rendőrség, az igazságügyi rendszer, a gyermekjóléti szolgálat, ifjúsági szervezetek), de a családok és egyéb szociális közösségek széles körű bevonása is elengedhetetlen. Szakemberek és intézmények együttműködésére, egymás tájékoztatására van szükség, hogy a korai kezelésbevitel hatékonyan valósulhasson meg. Az önkormányzatoknak is fontos szerepük és felelősségük van az interszektoriális együttműködések kezdeményezésében, koordinálásában és a támogatások folyamatos fenntartásában (Charlois, 2010). Itt hangsúlyozzuk a hazai környezetben egyre nehezebben működő Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) jelentőségét.

Az elérést, a beláttatást és a motiválást követően valóban megkezdődhet a professzionális segítség folyamata, melyre számos terápiás forma és lehetőség áll rendelkezésre (egyéni és csoportos folyamatok, verbális és nonverbális terápiák, pszichofarmakológia, családterápia stb.), de azt is látjuk, hogy fiataloknál inkább az indirekt, önismereti irányultságú, kreatív beavatkozások lehetnek eredményesek (a korai fejlesztés módszerei, például a finommotorika fejlesztése, zsonglörgyakorlatok alkalmazása, de hasznos a testtudati munka, a színházterápia vagy egyéb művészetterápiák), melyek mélyítik az önismeretet, az önreflektív működést, fejlesztik a rezilienciát, a kreatív energiák felszínre hozását.

Korábban az addiktív magatartás háttérében álló kockázati tényezőket (rizikófaktorokat) akarták kiszűrni és semlegesíteni. Manapság inkább már a védőfaktorok felkutatása, erősítése, begyakorlása került a preventív tevékenységek fókuszába, mivel felfigyeltek arra, hogy az addiktív jelenségek háttérében a hiányzó védőfaktorok is komoly szerepet játszhatnak – hasonlóan például ahhoz, hogy nem pusztán a fizikai vagy verbális agressziót tekintjük bántalmazásnak, hanem az elhanyagolást is.

Ide illeszthető a már említett rezilienciafejlesztés vagy az úgynevezett pszichológiai immunrendszer (az egészséges és hatékony személyiség funkcionális jelölőjének) erő-

sítése. A pszichológiai immunrendszer elemei: (1) megközelítő-monitorozó alrendszer: pozitív gondolkodás, koherenciaérzék, kontrollérzés, rugalmasság, kihívásvállalás, öntisztelet, empátia, a társas monitorozás képessége, növekedésérzés, énhatékonyság-érzés, leleményesség; (2) mobilizáló-alkotó-végrehajtó alrendszer: kitartásképesség, a társas mobilizálás képessége, szociális alkotóképesség; (3) önszabályozási alrendszer: szinkronképesség, impulzivitáskontroll, érzelmi kontroll, ingerlékenységgátlás (Oláh, 2005).

A viselkedés tartós megváltozásához az egyén kognitív-viselkedéses képességeinek fejlesztése elengedhetetlen, ugyanakkor önmagában nem elégséges. Mindig fontos a környezet, elsősorban a társas környezet (a család, az iskola, az iskolán kívüli kortárskapcsolatok stb.) elemzése és lehetőség szerinti bevonása. A társas támogatás hatékonyabbá teheti a megváltozott viselkedést, valamint segíthet az új magatartásforma hosszú távú fenntartásában.

Az alkalmazott módszerek közül a magatartási és életvezetési készségeket fejlesztő, valamint a csapatépítő jellegű és önreflexiót erősítő beavatkozások bizonyultak a leghatékonyabbnak (élményterápia, drámapedagógia stb.).

A fiatalokkal végzett munkában elsődleges szempont a család bevonásának lehetősége. A különböző motivációs technikák, a rövid intervenció és a közösségi programok is tartalmaznak olyan elemeket, melyek a családokkal való munkában is eredményesen alkalmazhatók. Egy családban számtalan kapcsolati konfliktus jöhet létre, akár az érzelmek elfojtása vagy a kapcsolatok kiüresedése folytán. Ezeket a családokat – ahol ilyen jellegű problémák lépnek fel, illetve ahol függő vagy szerhasználó személy van – veszélyeztetett családnak tekinthetjük. Ugyanakkor a veszélyeztetettség felmérése nélkül is lehet olyan programokat tervezni, melyek a családokat célozzák, s éppen ez a nagy előnye ezeknek a beavatkozásoknak.

Szintén hatásosnak mutatkoznak azok a programok, amelyeket szerhasználó szülők gyermekeinek vagy olyan csoportoknak szervezünk, amelyek szerhasználó családtaggal együtt élő családokban felnövő gyermekeket támogatnak. Ilyen esetekben sor kerülhet sorstársmentorképzésre is, mely még inkább növeli e beavatkozások hatékonyságát. Az ilyen programok során javul a fiatalok stresszel való megküzdésének potenciálja, képesek erősíteni társas támogatottságukat, és így hatékonyabban tudják csökkenteni mindennapi feszültségeiket.

Közösségi beavatkozási lehetőségnek kell tekinteni az iskolai prevenciót is, mely elérő, edukáló, készségfejlesztő vagy önismereti funkciót egyaránt betölthet. Egy hatékony iskolai prevenció adhat információt a mentális egészségről, a hangulati zavarokról, hogy a fiatalok felismerjék magukon, illetve társaikon a veszélyeztető jeleket, hisz a serdülők sokszor nagyobb bizalommal fordulnak a kortársaik, mint a felnőttek felé. A fiatalok kaphatnak információt a lehetséges szolgáltatásokról. Része lehet e programoknak az egyéni és társas megküzdő, problémamegoldó és konfliktuskezelő képességek fejlesztése, megfelelő indulat- és stresszkezelési technikák tanulása, az asszertivitás, az önértékelítő képesség fejlesztése, az érzelmek felismerése és szabályozásuk fejlesztése, a kortárs-

bántalmazás prevenciója, a pszichoaktív szerhasználatra (alkohol, kábítószer) vonatkozó prevenció, a tárgyvesztést (például haláleset, válás) vagy komolyabb stresszt átélő (PTSD) diákok esetében a fokozott odafigyelés.

Az „ép testben ép lélek” mondás jelentőségét megértve támogatni kell a fiatalok fizikai aktivitását és edzettségét növelő programokat, melyek a testi mellett az érzelmi és a mentális egészség stabil fenntartását is segítik. Az iskolai programok között meg kell jelenniük az életkornak megfelelő szabadidős tevékenységeknek is (ezek már úgynevezett indirekt prevenciók programok), illetve igen előremutató lehet közösségi programok működtetése iskolai környezetben, a közelben lévő szociális háló bevonásával (szülők, nagyszülők, település, lakókörnyezet stb.).

Gyakran hangsúlyozom, hogy a kamaszok számára az értelmes szabadidős programokon túl biztosítani kellene úgynevezett értelmetlen szabadidő-eltöltési lehetőségeket is, amelyek segíthetnék őket destruktív energiáik kiélésében, de ezt biztonságosabb körülmények között tehetnék meg (lásd ártalomcsökkentés).

Amikor ezt a szakmát választottam, azt láttam, hogy olyan fiatalokkal fogok együtt dolgozni, akik életük egy időszakában rosszul alkalmazkodtak az aktuális helyzethez, rosszul mérték fel lehetőségeiket, és ebből nem helyes következtetéseket vontak le. Tapasztalatom, hogy ha a közös munka során – abban a nem túl hosszú életidőszakban, melyet együtt töltünk –, egy új felmérést követően sikerül jobb, reálisabb célokat kialakítaniuk, és motiválttá tenni őket az ehhez szükséges tevékenységek beindítására, akkor elindulhatnak egy biztosabb lábakon álló, az elért eredményeket fenntartani és fejleszteni képes életvitel kialakításának irányába.

Ugyanakkor beszélgetéseink során mindig hangsúlyoztam/hangsúlyozom, hogy az „elég jó élet” az nem csupán a „napos oldal”, nem problémamentes állapot, hanem számos krízis, nehézség, megoldásra való konfliktus, kapcsolati és egzisztenciális zavar is, melyeket képesek lesznek kezelni, kontrollálni vagy legalább elviselni. Így a negatív események valójában hasznos dolgok, tehát jók. Így tanuljuk meg becsülni – s ezáltal kicsit szeretni – negatív állapotainkat, a fájdalmat, a szorongást, a diszkomfortérzést, mert figyelni kell rájuk, szükséges változást jeleznek, és lehetőséget adnak a fejlődésre. Általuk nyitunk a világra, leszünk motiváltabbak és kreatívabbak, márpedig ezek jóllétünk elérésének és megmaradásának legfontosabb elemei.

Egy hatékony iskolai prevenció adhat információt a mentális egészségről, a hangulati zavarokról, hogy a fiatalok felismerjék magukon, illetve társaikon a veszélyeztető jeleket, hisz a serdülők sokszor nagyobb bizalommal fordulnak a kortársaik, mint a felnőttek felé.

Felhasznált irodalom

- BURKE, PAMELA J. – O’SULLIVAN, JOANNE – VAUGHAN, BRIGID L. (2005): Adolescent substance use. Brief interventions by emergency care providers, *Pediatric Emergency Care*, 21. évfolyam, 2005/11., 770–776. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.pec.0000186435.66838.b3>
- CARNEY, TARA – MYERS, BRONWYN (2012): Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents. Findings from a systematic review and meta-analysis, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7. évfolyam, article 25. DOI: <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-25>
- CHARLOIS, THIERRY (2010): Early intervention targeting youth at risk and European cities, *EXASS Net / Pompidou Group Council of Europe*, <https://rm.coe.int/7th-exass-net-meeting-in-oslonorway-2-4-june-2010-early-intervention-/168075f9a5> (letöltve: 2023. 02. 09.).
- COOPER, M. LYNNE (1994): Motivations for alcohol use among adolescents. Development and validation of a four-factor model, *Psychological Assessment*, 6. évfolyam, 1994/2., 117–128. DOI: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.117>
- COX, W. MILES – KLINGER, ERIC (1990): Incentive motivation, affective change, and alcohol use: a model, in COX, W. MILES (szerk.): *Why people drink. Parameters of alcohol as a reinforcer*, New York – Oxford, Gardner Press, 291–314.
- DEMETROVICS ZSOLT (2007): *A droghasználat funkciói*, Budapest, Akadémiai Kiadó.
- DUNN, CHRIS – DEROO, LISA – RIVARA, FREDERICK P. (2001): The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains. A systematic review, *Addiction*, 96. évfolyam, 1725–1742. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x>
- EVASHWICK, CONNIE (1988): Creating the continuum of care, *Health Matrix*, 7. évfolyam, 1988/1., 30–39.
- KENDALL, PHILIP C. – KESSLER, RONALD C. (2002): The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse. Policy implementations, comments, and recommendations, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 70. évfolyam, 1303–1306. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.6.1303>
- KHANTZIAN, EDWARD J. (1997): The self-medication hypothesis of substance use disorders. A reconsideration and recent applications, *Harvard Review of Psychiatry*, 4. évfolyam, 1997/5., 231–244. DOI: <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- KOPOSOV, ROMAN A. – RUCHKIN, VLADISLAV V. – EISEMANN, MARTIN – SIDOROV, PAVEL I. (2005): Alcohol abuse in Russian delinquent adolescents. Associations with co-morbid psychopathology, personality, and parenting, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14. évfolyam, 254–261. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0463-x>
- LIDDLE, HOWARD A. – ROWE, CYNTHIA L. – DAKOF, GAYLE A. – UNGARO, ROCIO A. – HENDERSON, CRAIG E. (2004): Early intervention for adolescent substance abuse. Pre-

- treatment to post treatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment, *Journal of Psychoactive Drugs*, 36. évfolyam, 1., 49–63. DOI: <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10399723>
- MILLER, WILLIAM R. – ROLLNICK, STEPHEN (1991): *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, Guilford Press.
- OLÁH ATTILA (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*, Budapest, Treffort.
- O'LEARY TEVYAW, TRACY – MONTI, PETER M. (2004): Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse. Foundations, applications, and evaluations, *Addiction*, 99. évfolyam, 63–75. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00855.x>
- PIKÓ BETTINA (2009): Protéktív tényezők szerepe az addikciók ifjúkori megelőzésében, in DEMETROVICS ZSOLT (szerk.): *Az addiktológia alapjai III.*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- SCHULTZ, WOLFRAM – DICKINSON, ANTHONY (2000): Neuronal coding of prediction errors, *Annual Review of Neuroscience*, 23. évfolyam, 473–500. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.473>
- TAIT, ROBERT J. – HULSE, GARY K. – ROBERTSON, SUZANNE I. – SPRIVULIS, PETER (2002): Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs, *Addiction*, 97. évfolyam, 1269–1275. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00191.x>
- WHO (2003): *Brief Intervention for Substance Use. A Manual for Use in Primary Care* (Draft. Version 1.1 for Field Testing), Geneva, World Health Organization.
- WHO (2018): *Adolescent alcohol-related behaviours. Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342239> (letöltve: 2023. 02. 09.).
- WURMSER, LEON (1974): Psychoanalytic considerations of etiology of compulsive drug use, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22. évfolyam, 1974/4., 820–843. DOI: <https://doi.org/10.1177/000306517402200407>
- WURMSER, LEON (1995): *The Hidden Dimension. Psychodynamics of Compulsive Drug Use*, Northvale, N. J., Jason Aronson Inc.
- ZUCKERMAN, MARVIN (1979): *Sensation Seeking. Beyond the Optimal Level of Arousal*, Hillsdale, N. J., Lawrence Erlbaum Associates.

Drug use among youth

ABSTRACT

Certain traits of addictive substance abuse among adults and adolescents tend to show similarities, while others show significant differences. To understand these differences, one must examine and understand young people's unique physical, psychological, and sociocultural background with its constant shifts and changeovers. A healthy teenager is after new adventures, and experiences, and opposes or even rebels against everything reminding him of his parents. Consequently, tackling young people's problematic substance abuse demands an entirely different methodology than their adult counterparts, while constantly keeping in mind that time plays a vital role in the issue. Therefore, meeting distinctive requirements of this age group is essential for the successful therapeutic interventions. Harm reduction, early phase treatment, community involvement for addicts and providing realistic circumstances, which does not necessarily mean the attainment of a completely crisis- and conflict-free life, but rather creating opportunities for personal growth and learning by establishing more effective communication channels, and developing mature self-preservation strategies, aptitude to face challenges, and acquiring skills to achieve proper coping mechanisms.

KEYWORDS: adolescents, problem drug use, harm reduction, community addiction recovery services

SZEMELÝÁ CZ JÁNOS | Pszichiáter, addiktológus, pszichoterapeuta, szupervizor-coach, az INDIT Kőzalapítvány szakmai vezetője, az ELTE és a PTE címzetes egyetemi docense. A Magyar Addiktológiai Társaság elnöke, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Addiktológiai Tagozatának titkára, a Magyar Pszichiátriai Társaság Dél-Dunántúli Tagozatának elnöke. Több egyetemen (PTE, ELTE, SE) is tanít.

BÉKÉSI TÍMEA – KASSAI SZILVIA

„...hogy a haragnak csak az emléke maradjon”¹

Autoetnográfiai elemzés szenvedélybeteg szülők elvesztéséről és elgyászolásáról

DOI: 10.56699/MT.2023.1.6

ABSZTRAKT

A gyász, egy közeli személy elvesztésének élménye az élet egyik legfájdalmasabb eseménye, amelynek fizikai, pszichológiai és társadalmi következményei vannak. Szenvedélybeteg szülők gyermekei a gyásznak három rétegét élik át: a gyerekkor elvesztését, a „fantáziaszülő elvesztését” és a szülő elvesztését, amelyből az első kettő még a szülő halála előtt megjelenhet. Az első szerző autoetnográfiai beszámolóján keresztül mutatjuk be, milyen jellemzői vannak a szülő elvesztését követő komplikált gyászfolyamatnak. A szenvedélybeteg szülők elgyászolásának speciális mintázata van, általános érvényű megálapításokkal és valószínűleg jelentős egyéni különbségekkel. Az élmények alapján a szülő elvesztését követő gyászmunka tűnik a legkevesebbnek, mert azt megelőzően és azt követően is jelentős gyász- és önmunkára van szükség. Jelen tanulmányban is hangsúlyozni szeretnénk annak fontosságát, hogy a szenvedélybeteg családban nevelkedő gyerekek elérése és segítése minél hamarabb történjen meg.

KULCSSZAVAK: szenvedélybeteg család, gyász, elvesztett gyermek, autoetnográfia

A gyász, egy közeli személy elvesztésének élménye az élet egyik legfájdalmasabb eseménye, amelynek fizikai, pszichológiai és társadalmi következményei vannak. Egy közeli hozzátartozó, különösen a szülő hozzájárul az identitáshoz, a hovatartozás-érzéshez, elvesztése pedig számos pszichológiai és fiziológiai tünetet eredményezhet, amelyek a gyászfolyamat során időnként megjelennek. A gyász megnyilvánulása minden veszteség esetén más és egyedi, vannak azonban közös vonások, amelyek terápiás tapasztalatok alapján lekövethetők. Ezek mentén a gyászfolyamat két nagyobb fajtáját különböztethetjük meg: az akut gyászt és a komplikált gyászt.

Az *akut* gyász során a szeretett személy halálhírének követően mély szomorúságot élni lehet át az egyén, és erős sóvárgást az elhunytal való újratalálkozás iránt. A haláleset összezavarhatja a gyászoló identitását, társadalmi szerepét. A gyászoló hajlamos visszavonulni szokásos tevékenységeitől, hitetlenséget és sokkot élhet át, amelyhez diszfória, szorongás, depressziós tünetek és düh társulhat. Ezek növelhetik az egészségügyi kockázatokat is. A nehéz veszteséghez való alkalmazkodás hosszadalmas lehet, az érzelmek kiszámíthatatlanul erősödhetnek és gyengülhetnek. Idővel azonban, ahogy az érintett megérti a veszteség véglegességét és következményeit, a gyász intenzitása csökken, s megjelennek a jövőre vonatkozó remények és tervek. Az érzelmek felerősödhetnek a haláleset évfordulóján és a családi ünnepeken (Shear, 2015).

A gyász másik típusa a *komplikált* gyász, amelyet az elhúzódó komplex gyász zavarának is nevezhetünk. Ez esetben intenzív gyászról beszélhetünk, amely hosszabb ideig tart, mint ami a normák szerint várható lenne, zavart okoz a mindennapi működésben, és a szokványostól eltérő pszichés vagy szomatikus tünetek jelennek meg (Shear, 2015). Komplikált gyász a szeretett személy váratlan elvesztése után, az elhunytal kapcsolatos ambivalens érzések esetén, gyermek elvesztésekor, erőszakos halált követően, illetve olyan helyzetekben jelentkezhet, amikor a halálesettel egyidejűleg más stresszhelyzetek is megjelennek (Pilling, 2001).

Röviden bemutatjuk a komplikált gyász típusait. A *krónikus* gyász a dependens kapcsolat eredménye, és évekig tartó pszichés tünetek kísérik: búskomor hangulat, elhúzódó szorongás, a szociális kapcsolatok beszűkülése. Jellemző lehet a mumifikáció: az eltávozott személy szobáját soha nem rendezik át, a gyászoló belső párbeszédet folytat az elhunytal. *Késleltetett* gyász akkor alakulhat ki, ha a gyászoló a haláleset után mások segítségét helyezi előtérbe, de lehet ambivalens kapcsolatok eredménye is. Ekkor elhúzódó tagadás, erős büntudat és harag jellemző. A gyász egyéb tüneteit kiválthatja, ha már nincs szükség arra, hogy a gyászoló másokat támogasson, vagy egy újabb veszteség. *Bagatellizáció* akkor alakulhat ki, ha az elhunyt és a gyászoló között ambivalens volt a viszony. A haláleset után a gyászoló megkönnyebbülést érezhet, igyekszik úgy folytatni az életét, mintha semmi sem történt volna, gyakori az aktivitás túlfokozása. A bagatellizáció mögött harag és büntudat állhat. *Hipertrófikus (túlzott mértékű)* gyász általában hirtelen haláleset után fordul elő. A gyász tünetei eleinte rendkívül intenzívek lehetnek, ezek elnyomására törekszik a gyászoló, így elhúzódó szorongás, szociális elszigetelődés jellemzi. A *torzult* gyász több veszélyeztető tényező együttes hatásaként jelenik meg. Szomatikus betegségek vagy pszichiátriai kórképek (újra)megjelenése, fertőző betegségekre való fokozott érzékenység kíséri (Pilling, 2001).

Arról, hogy szenvedélybeteg szülők gyermekei szülei elvesztését követően milyen gyászfolyamaton mennek át, a nemzetközi és a hazai szakirodalomban is csak elvétve találhatunk információt. Gyászfolyamatuk a legtöbb esetben komplikált gyász, amelynek oka lehet a szülővel való ambivalens viszony. A gyászfolyamat komplikáltsága igaz minden olyan gyermekre, aki diszfunkcionális szülő mellett nőtt fel. Ők a gyász három

rétegét élik át, amelyből kettő még a szülő elvesztése előtt megjelenhet. A gyász e három rétege: a gyermekkor elvesztése, a „fantáziaszülő elvesztése” és a szülő elvesztése.

Mivel a szülő diszfunkcionális (azaz szülői feladatait nem vagy nem megfelelően tudja ellátni), a gyerekek már életük korai szakaszában elveszítik a gyerekkorukat. Zupanick (1994) összefoglalója szerint a gyermek ilyenkor elveszíti a kapcsolatot önmagával, a határait, érzelmei kifejezésének a képességét, a biztonságérzetét és a szabadságát (lásd még Woititz, 1985). Ez veszteség, mert az érintett lemaradt valamiről, amit felnőttként túl késő megszereznie. A gyermekkor elvesztése azonban csak a következménye egy szintén jelentős veszteségnek, a gondoskodó szülőfigura elvesztésének.

Nem csupán arról van szó, hogy hiányzik a gyermek számára valami, amit nem kaphatott meg, hanem a veszteség egy idealizált fantáziaszülő hiánya. A diszfunkcionális szülő mellett felnövő gyermek tehát a veszteség kétféle rétegét éli át. Bár a diszfunkcionális szülő fizikailag jelen van, érzelmileg nem érhető el, és nem tud gondoskodó szülőként működni. A gondoskodó szülő nélküli élet ellensúlyozására a gyermek adaptív módon kialakíthat egy fantáziaszülőt, hasonlóan

A gondoskodó szülő nélküli élet ellensúlyozására a gyermek adaptív módon kialakíthat egy fantáziaszülőt, hasonlóan egy láthatatlan fantáziabaráthoz, amelyet a kisgyermek szoktak létrehozni.

egy láthatatlan fantáziabaráthoz, amelyet a kisgyermek szoktak létrehozni. Ez a képzeletbeli szülő talán filmes élményeken vagy kortársak szüleinek jellemzőin alapul. Míg a fantáziaszülő létezése gyermekkorban adaptív lehet, felnőttkorban a fantáziához való túlzott ragaszkodás már akadályozza az érintettet abban, hogy elfogadja valódi szüleit. Ráadásul a fantáziaszülőről való lemondás elmulasztása meggátolja a felnőtt elveszett és visszahozhatatlan gyermekora miatt szükséges természetes gyászfolyamatát. A fantáziaszülőhöz való ragaszkodás, bár már nem adaptív, mindenképpen érhető. Felnőttkorban is fájdalmas feladni annak reményét, hogy a valódi szülő egy nap majd olyan szülővé válik, amilyenre gyermeke mindig is vágyott. Mindkét veszteségre adott reakció jogfosztott gyásznak tekinthető, amikor is a gyászfolyamat nem egy közeli személy elvesztéséhez kötődik, hanem egyéb veszteséghez, amelyet a társadalom nem ismer el, így nem is lehet hagyományos módon elgyászolni (Békési–Kassai, 2022). A gyász tárgya nincs kimondva, ezért nehezebb a feldolgozás. Azonban az egyén csak akkor kezdhet el gyászolni, ha tudja, mit veszített el. Fel kell ismernie a gyász tartósságát, ami ebben az esetben annak felismerését jelenti, hogy soha többé nem lehet újra gyermek. A fel nem ismerés gyakran abból ered, hogy az érintett megpróbálja újraalkotni, újraélni a múltat, nem tudatosítja a veszteség véglegességét. Ha pedig nem ismeri fel, nem tudja elgyászolni a gyerekkorát (Zupanick, 1994).

Amikor meghal a szülő, végképp elszáll minden esély, hogy helyreálljon a hozzá fűződő kapcsolat, így elvesztése a harmadik rétege annak a komplikált gyászfolyamatnak, amelyet a felnőtt gyermek átél. Sok esetben ilyenkor szembesül a szülő iránti ambivalens

érzésekkel: a haraggal az elveszett gyermekkor miatt, illetve a büntudattal, amely egész addigi életében jelen volt. Ez gyakran azért csak a szülő halála után lehetséges, mert a gyermek akkor kezd önmagára fókuszálni, egészen addig ugyanis a szülővel volt elfoglalva, érte vállalt felelősséget. Ezt követően tud magára figyelni, és igazán elgyászolni elvesztett gyermekkorát. Az érzelmek feldolgozásához igénybe vehető szakember segítsége, de az érintett dolgozhat magában is a szülővel való kapcsolatán. Ha rendelkezik elegendő külső és belső erőforrással, akkor kiengesztelődhet a szülővel, elrendezheti érzéseit, és kialakíthatja az emlékezés módját. Ilyenkor fontos erőforrás az ismerősök, barátok segítsége, akikkel lehet beszélgetni az elhunytról, s értékelni a közös múltat. A sikeres gyász folyamatot az jelzi, ha az elhunyt belsővé válik, és úgy van jelen az emlékekben, hogy alakjának felidézése nem vált ki szélsőségesen erős, bénító érzéseket.

Jelen tanulmány célja egy szenvedélybeteg családban felnőtt gyermek szülei elvesztését követő gyász folyamatának vizsgálata. Az autoetnográfia módszere különösen alkalmas olyan összetett és mély tapasztalatok vizsgálatára, mint a gyász és feldolgozása (Pedersen, 2019). A tanulmány első szerzőjének önelemző beszámolóján keresztül mutatjuk be, milyen jellemzői vannak e folyamatnak.

MÓDSZER

Az autoetnográfia posztpozitívista narratív kutatási szemléletű, innovatív és folyamatosan fejlődő módszer, amelyet nagy befolyásúnak tartanak a kortárs kvalitatív kutatás területén (McLeod, 2011). Lehetővé teszi a tapasztalat reflektív, tartalmas és „igaz” oldaláról történő vizsgálatát (Gannon, 2017). A kutatás eszköze maga a kutató, a kutatás az „én” köré összpontosul, egyéni értelmezéseket és elemzéseket tár fel. A módszer lényege az antropológiából hozott bennfentes perspektívában rejlik, a kutató saját viselkedését kontextusban látja, a történéseknek értelmet és célt tulajdonít (Goldschmidt, 1977; Reinharz, 1992).

Az autoetnográfia számos hasonlóságot mutat az önéletrajzírás és a narratív kutatás módszereivel. Közös vonásuk, hogy mindhárom esetben a személyes történetek gazdag bemutatásáról van szó, és a cél a személyes jelentés feltárása. Ugyanakkor fontos különbségek is felfedezhetők. Az önéletrajz a szerző személyes történeteiről szóló írás, de nem tekinthető kutatási módszernek. A narratív vizsgálat olyan kutatási módszer, amely más emberek történeteit, a történetek konstruálásának módját, valamint a jelentésüket és hátterüket vizsgálja (Creswell, 2013; Trahar, 2009). Az autoetnográfia és a narratív vizsgálat lehetővé teszi az élettörténet elméleti elemzését (Creswell, 2013). Az autoetnográfia segítségével a kutató a saját tapasztalatait vizsgálja, és az őt körülvevő társadalmi kérdések összefüggésében elemzi azokat (Lam, 2018).

Autoetnográfiai vizsgálatok gyakran elemeznek veszteséggel (Ellis et al., 2011), függőséggel (Wakeman, 2021), gyásszal (Patti, 2012) kapcsolatos tapasztalatokat, tehát olyan élményeket, amelyeknek mély jelentőségük van az egyén számára, és az identitására is hatással lehetnek. Ellis és munkatársai (2011) a veszteséget elemző autoetnográfiai írásokban térnek ki arra, hogy a módszer kifejezetten alkalmas olyan élmények bemutatá-

sára, amelyeknél jellemző a széttöredezettség, rendezetlenség. Az autoetnográfia módszere lehetővé teszi az emlékek epizodikus bemutatását, amely bizonyos mértékig egy egészként jeleníti meg a több darabból álló folyamatot.

Jelen autoetnográfiai elemzés az első szerző személyes történetéből merít, és attól válik tudományos vizsgálattá, hogy az elemzéshez elméleti keretet használunk (Lam, 2018). Célunk a szenvedélybeteg családban felnőtt gyerek szülei elvesztését követő gyászfolyamatának részletes vizsgálata. Az eredmények bemutatására egyes szám első személyben kerül sor.

EREDMÉNYEK

Szüleim elgyászolása

Az idén volt tizenöt, illetve tizenhárom éve szüleink halálának. Előbb anyámat temettük. Az azóta eltelt időben már tíz évvel ezelőtt képződtem a gyászfeldolgozás-segítés területén, és csoportvezetőként, illetve egyéni kísérésben sokéves tapasztalattal rendelkezem.

Amikor jelentkeztem a képzésre, már megdolgoztam a gyászom, béke volt bennem, most mégis különösen izgalmas, illetve félelmetes is elővenni a saját gyászfolyamatom, és újra, már a mai tudásommal ránézni. Azért teszem meg mégis, mert egyrészt kíváncsi vagyok magamra, hogy hoz-e valami újat ez az önelemzés az autoetnográfia segítségével, másrészt pedig hogy támpontokat adjon egy tervezett kutatáshoz, amelyben szenvedélybeteg szülők elgyászolásának mintázatát szeretnénk feltérképezni.

A tanulmányaim és munkám során szerzett tapasztalataim alapján a következőket figyelembe véve írom le a gyászmunkám. E szempontok a sikeres gyászfeldolgozást befolyásoló tényezők:

- a személyiség állapota;
- támogató kapcsolatok, szociális háló;
- az elhunyttal való kapcsolat minősége;
- hit megléte/állapota;
- a halál neme;
- az elbúcsúzás lehetősége;
- családi, közösségi hagyományok, rítusok.

A saját gyászom és a gyászolókkal végzett munka első ránézésre azt mutatja, hogy ez messze nem olyan nehéz, tehát könnyebb, mint annak, akinek jól funkcionáló szülője volt, hiszen ő halála után nagyon-nagyon hiányzik. Mert a függő szülő az esetek többségében nem hiányzik. De lássuk, valóban könnyebb?

Anya elgyászolása

„Remélem, van valaki, ki vigyáz majd rám, ha meghalok”²

Anyám, amióta csak az eszemet tudom, beteges volt. Ezt azzal magyarázták, hogy amikor 1944 áprilisában, a kijárási tilalom alatt másfél kilósan megszületett, az orvos nem bízta túl sok jóval nagyanyámat. Ő ebbe nem akart belenyugodni, és bár otthon volt már négy gyerek – egyikük még csak egyéves volt –, a bombázások ellenére elvitte anyámat egy javasasszonyhoz, aki végül segített életben tartani. Így indult hát az élete a második világháború végén. A gyenge fizikumhoz lelki bajok is társultak, mert a sok gyerek között – hatan nőttek fel – rá valahogy kevés figyelem jutott. A gyerekként megtanult áldozatszerepet vitte tovább egész életében, így próbált meg figyelmet és érzelmeket kicsikarni magának. Akkor volt jól, ha sajnálták. Gyakran került kórházba különböző betegségekkel, érte mindig aggódni kellett, és mindig szedett valamilyen gyógyszert. Gyakran volt depressziós, szomorú, reményvesztett.

Apánkkal kötött házasságában nem érezte magát boldognak, ezt gyakran hangoztatta is, ahogy azt is, hogy utál a szülőfalumban lakni, ahova születésemkor költöztek. Apai nagyszüleim házához építettek hozzá, s így lett külön bejáratú lakrészünk. Hogy mikor kezdett el inni is, én pontosan nem tudom, mert mint az ő női kortársai általában, zugivó volt. Családi összejöveteleken, ünnepeken mindenki ivott, de a hétköznapiakban – úgy tűnt – csak a férfiak.

Negyvenes éveim elején már rokkantnyugdíjas volt. Apánk három műszakban dolgozott egy gyárban, kertet is művelt, állatokat is tartott, de így is folyamatos volt az anyagi szűkösség.

Mi, a gyerekei sem tudtuk boldoggá tenni, pedig nagyon igyekeztünk, viszont én és a testvérem is elváltunk, gyermekünk nem született, így végül a vágyott unokákról is le kellett mondania.

Halála előtt öt évvel váltam el másodszer, és akkor jöttem rá, hogy a saját életem igazgatása helyett mennyi energiám megy el még mindig anyámra. Akkor, abban az újraelkezdésben éreztem, hogy minden energiámra szükségem van a saját életem újraépítéséhez – és elengedtem a kezét, már nem próbáltam megmenteni, boldoggá tenni. Innentől folyamatosan ment kifelé az életből, és biztos, hogy rendszeresen ivott is, mert amikor nagyon rossz állapotban kórházba került 2006 decemberében, alkoholos májcirrózissal diagnosztizálták.

Hálás vagyok az orvosnak, aki őszintén elmondta ezt nekem, és azt is, hogy egy évnél több már biztosan nincs hátra anyám életéből, de inkább kevesebb, mert a májcirrózisa már visszafordíthatatlan.

Akkor már évek óta nagyon nehéz volt hazamennem, szüleim állapotának, életminőségének folyamatos romlása miatt – de igyekeztem mindig megerősíteni magamban, hogy nem tudom őket megmenteni, és elsősorban a saját életemmel, jóllételemmel kell törődnöm. A második válásom után kerültem a segítőszakmába, amelyet az első perctől

nagyon szerettem és igazi hivatásomnak tekintettem. Segített az otthoni romlás miatt érzett szomorúságot, aggodalmat és tehetetlenséget elhordozni, hogy a saját életemmel egyre elégedettebb voltam. A barátaimmal való kapcsolatomban kellő érzelmi biztonságot és támogatást adott.

Anyám állapota és diagnózisa végtelenül megrázott. Az orvossal való konzultáció után úgy mentem haza, hogy ha már ez az utolsó időszak az életében, akkor jó volna minden fontos dologról beszélnünk. Aztán hamar láttam, hogy ők erre nincsenek készen, és kitartóan hisznek a felépülésben. Úgy éreztem, nem vehetem ezt el tőlük. Apánk maximálisan gondoskodott anyámról, így az ápolása meg volt oldva, de igyekeztem minél gyakrabban hazamenni és segíteni. Életem legnehezebb hónapjai közé tartoznak, amelyek ezután következtek. Látni anyámat, ahogy egyre fogy, és mégis igyekszik jobban lenni, nagyon fájdalmas volt, nagyon fáj a szívem érte. Fáj, hogy tudtam, már hiába minden, ennyi volt, meg fog halni úgy, hogy szinte egész életében boldogtalan volt. De fáj a szívem apám miatt is, aki saját alkoholproblémájával együtt is maximálisan ellátta, ápolta anyánkat. Már előre aggódtam, mi lesz vele, hisz még soha életében nem volt egyedül, ráadásul alig volt rokonunk a faluban, a baráti kapcsolataik is leépültek az évek folyamán, mi pedig messze éltünk.

A 2006-os karácsony borzasztó nehéz volt. Úgy éreztem magam, mint aki légüres térben mozog, mintha nem is én lennék, aki bepelenkázza az anyját. Gépiesen tettem, amit kellett. Emlékszem, elromlott a mosógép is, és ahogy a közeli városban mentem újat venni, bár ismerős helyeken jártam, mintha nem is én lettem volna, hanem valaki másnak az életét élném. Mintha beleszórtam volna egy olyan történetbe, ami nem az enyém, és valahol a lelkem mélyén vártam, hogy felébredek, és kiderül, hogy álom az egész. Nagyon nehéz volt a valósággal szembesülni.

Ahogy teltek a hónapok, anyám folyamatosan gyengült. Amikor már nem tudott felkelni, felfekvései lettek, s már apám is végtelenül fáradt volt, én a tudtuk nélkül kihívtam a háziorvost, aki rögtön beutalta anyámat a kórházba. Ő és apám is nagyon haragudtak rám. Bár még mindig nem mondtuk ki, hogy ez itt a vége, tudtam, hogy azért haragszanak, mert anyu otthon akart meghalni.

Akkor már nyár volt. Emlékszem, amikor késő este kiültem a csendes udvarra, néztem az ismerős helyet, és azon gondolkodtam, hogy ha választanom kellene, hogy legyen vége ennek a szenvedésnek, mindannyiunk szenvedésének, vagy maradjon itt anyám, amíg csak lehet, akkor végül azt válaszoltam magamnak, hogy maradjon itt, amíg lehet.

A mi családunknak sem volt erőssége az érzések kifejezése, így ezek a hónapok még nehezebbek voltak, mert ugyanúgy, ahogy addig, igyekeztünk valahogy a felszínen megmaradni, tartani magunkat. Külön valóságokban éltünk, nem tudtunk igazán kapcsolódni. Az életemről nem sokat tudtak, de nem is nagyon érdeklődtek. Inkább az volt a kérdés, mikor megyek haza, és meddig maradok – mindig azt kellett éreznem, hogy nem tudok eleget adni, s ezért szinte állandó volt a büntudatkeltés. Anyám leépülésének hónapjaiban aztán ez enyhült, így békésebb volt együtt lenni, de közben végtelenül fájdalmas is.

Aztán amikor két hetet töltött a kórházban, egész életemre meghatározó pár mondata volt hozzám. Szinte minden átmenet nélkül egyszer csak azt mondta nekem: „Mindig nagyon szerettelek. Tudom, hogy meg fogok halni, és nagyon sajnálom, hogy soha nem mentem el megnézni, hol szeretsz annyira élni, de örülök, hogy ott boldog vagy! Tudod, most már nem is értem, hogy tudtam én a bort meginni.”

Életem csodálatos élménye volt ez, mert hiába volt egy kicsi, megtört test az ágyban, akinek a nyakába borultam, és megöleltem, de egy erős, nagy lélek volt ott, aki az én anyám! Nagyon felkavaró volt, de leginkább felemelő ez a búcsúzása, és én boldog is

Hiába volt egy kicsi, megtört test az ágyban, akinek a nyakába borultam, és megöleltem, de egy erős, nagy lélek volt ott, aki az én anyám!

voltam, mert végre megmutatta igazi lényét, amelyről mindig tudtam, hogy valahol ott kell lennie, és ott volt! Nagyon nagy hálát érzek ezért, mert e pár mondattal felszabadított a büntudat alól, és mint egy hosszan hordozott ficamot, egy mozdulattal helyrerántotta a lelkem és a köztünk lévő kapcsolatot, amely az évek során egyre csak romlott. Amikor kimentem a kórteremből, és kértem az épület mellé, ahol a nővérek üldögéltek, az egyikük nya-

kába borulva sírtam, hogy érzem, anyám nemsokára meg fog halni. Nagyon kedvesen vigasztaltak, jó szívvel emlékszem rájuk. Miután kisírtam magam, a nyugalom érzése járt át. Úgy éreztem, most már bármi lesz, mi rendben vagyunk. Ezután újra hazakerült, és még két hétig élt. Amikor utoljára elköszöntem tőle, és mondtam, hogy egy hét múlva jövök, csak békésen mosolygott rám. Szerintem ő már tudta, hogy többé nem látjuk egymást, s aztán pár nap múlva hívott is egy kedves szomszédunk, hogy anyu az éjjel meghalt. Segítettek apámnak, otthon készítették fel a halottat, megmosdatták, szépen felöltöztették.

Ezután elég tompa hetek következtek. Egyrészt még anyám felszabadító mondatainak hatása alatt voltam, másrészt a sok állapotában zajlott a temetés intézése. Két hetet vártunk egy fontos rokon nyaralása miatt. A temetkezési vállalatnál megkérdezték, szeretném-e megnézni anyámat, és én igent mondtam, bár kicsit tartottam is tőle, hisz még soha nem láttam halottat. De jól tettem, hogy megnéztem, mert így láthattam, hogy a sok szenvedés után halálában kisimult és békés volt az arca. Úgy éreztem, most már jól van, már nem szenved tovább. Hálás vagyok érte, hogy erős, megtartó hittel élő idő nagyanyám mellett nevelkedve számomra mindig természetes volt a halál, hogy az életünk véges, így nem ért felkészületlenül életem nagy vesztesége: anyám halála.

A temetésre csak halványan emlékszem. Otthon fogadtuk a vendégeket, így előtte és utána is sok feladat volt. Megint egy párhuzamos világban éreztem magam, amelyben én nem a helyemen vagyok, vagy ez nem a valóság, de muszáj ott lennem, ahol vagyok, és tenni, amit kell, például kimenni a temetőbe, amikor hívtak, hogy meghozták a hamvakat, és át kellene venni őket. Olyan valóságos volt az egész, onnantól,

hogy aláírtam: átvettem anyám hamvait. Hogy ebben a kis urnában van, ami belőle maradt; hogy ez a temetés az ő temetése, az ismert papi szövegekkel és énekekkel; hogy amikor a sírba helyezték, apánk fájdalomában el akart onnan menni, de tartották; hogy a szomszéd néni segít, hogy legyen zászlóvivő, hogy adjon a ministránsoknak pénzt; aztán otthon a vendégek ellátása; anyám néhány unokatestvére, akiket nem is ismerek, de kedélyesen beszélgetünk... A lelkemben közben fájó űrt éreztem, és jeges aggodalmat amiatt, hogy hogyan lesz tovább. Mi lesz apánkkal? Tulajdonképpen alig ismerjük egymást, mert én mindig anyámra fókuszáltam, apám volt az „ellenség”, aki nem tudta őt boldoggá tenni, és még ivott is. Mi lesz vele? Még soha életében nem volt egyedül. Hogy fog tudni megbirkózni a gyásszal? Álomban is küszködtem ezekkel az aggodalmakkal, és emlékszem, ebben könyörögtem anyámnak, hogy jöjjön vissza, mert én nem tudok mit kezdeni apámmal.

Visszautazva lakóhelyemre, és végezve a munkám azt láttam, hogy tud ez menni párhuzamosan: tudok működni az életemben, s közben viszem magammal a gyászom, amely másoknak nem igazán látható. De pont azért, hogy látható is legyen, hat hétig feketében jártam. Fontosnak tartottam megmutatni, hogy én most ebben az élethelyzetben vagyok. Szerencsésnek tartottam magam, hogy vannak olyan barátaim, akikre számíthatok, akik ott voltak, ha beszélgetni szerettem volna, vagy egyszerűen csak sírhattam a jelenlétükben.

Eltelt egy hónap is, és nem tudtam igazán sírni, nem jöttek az elárasztó érzések, amelyekről már olvastam, hogy a gyásszal együtt járnak. Néha, amikor az utcán talákoztam egy kedves baráttal, eleredtek a könnyeim, de amikor hazamentem az albérletembe, s nézegettem anyám képeit, gyújtottam egy mécsest, és vártam, hogy sírjak, akkor nem ment. Aztán úgy másfél hónap múlva voltam moziban, és a film, amit néztem (Koltai Lajos: *Este*), kinyitott bennem egy kaput, amelyen beáramlott a fájdalom, anyám elvesztésének fájdalma meg az elmúlt hónapok fáradtsága. Ott a film alatt elkezdtem sírni, és sírtam hazafelé, s még utána is egy ideig. Innentől elindult a gyász azon szakasza, amelyben váratlanul jönnek az elárasztó érzések, és emlékbetörések tarkítják az életet. Ezzel együtt mégis békés folyamat volt ez, mert anyámnak azok a bizonyos fontos mondatai nagyon sokat jelentettek nekem, és az ő halálával együtt járt – bármilyen nehéz is kimondanom – a megkönnyebbülés érzése is, ugyanis végleg lement rólam a teher, hogy őt boldoggá kellene tenni. Már nem kellett többé szoronganom és aggódnom miatta, s hitem szerint már jó helyen volt egy olyan túlvilágon, ahol már nem fáj semmi, és ugyan számot kell adni az életéről, de ha megtörtént az elszámolás, a lelke útja egy olyan boldog öröklétbe vezet, amilyen boldogságra mindig is vágyott.

Az egész folyamatban volt valami megrendítően felemelő, ahogy megmutatkozott számomra az élet a maga teljességében. Ugyanis amikor megtudtam, hogy anyám halálos beteg, akkor lett várandós a legjobb barátnóm az első gyermekével, akire már régóta várt. Nagyon szépen megfért az élet két vége egymás mellett, s ahogy osztoztunk egymás érzéseiben: ő a fájdalomban, én az örömben, ez valahogy adott egy bizonyosságot,

hogy minden rendben van így. Milyen nagy szervező az élet! A barátnőm akkor hozta világra gyermekét, amikor mi anyánkat temettük.

A következő hetekben, hónapokban apánk bánatában, úgy hiszem, halálba akarta inni magát. Meghálnia nem sikerült, viszont súlyos ataxiás tünetek miatt hónapokra kórházba került. Nagyon haragudtam rá, és csak módjával látogattam. Úgy éreztem, ha meg akar halni, tegye, de én nem szeretném végignézni. A kórházban töltött józan időszak alatt, úgy hiszem, átgondolhatott sok mindent, és végül az életet választotta. Így jött el az első karácsony anyánk nélkül. Borzasztóan féltém tőle. A feladatok elosztása még csak ment, hogy ki mit süt, főz, készít elő, de az érzések terén nem volt ilyen könnyen megoldható a hiány, hogy egy fontos szereplő már nincs köztünk. Végül ez lett életem egyik legbékésebb, legszebb karácsonya, szerintem azért, mert mindannyian elvárások nélkül mentünk bele. Nyugalom volt, kitakarítottunk, sütöttünk, főztünk, ajándékkal is készültünk, és szenteste az az igazi, puha hó hullott és takart be mindent. Úgy éreztem, minden rendben van most már így, hogy meghalt a „főszereplő”, szegény anyánk, a nagyon rossz működésével. Halálával vége lett a büntudatkeltésnek. Apám mindig örült, ha meglátogattam, hálás volt érte, megköszönte, és érdeklődött az én életemről is.

A megkönnyebbülés aztán úgy elringatott, hogy az anyámmal kapcsolatos negatív érzések nehezen találtak egyenes utat a felszínre. Pedig vallom, hogy a „halotról jót vagy semmit” sokszor káros parancsa helyett a „halotról igazat” sokkal gyógyítóbb tud lenni. Ha meghal valaki, attól még nem szentül meg, és a vele való kapcsolat árnyoldalaival is szabad és kell foglalkozni. Addigi életemben a tekintélyszemélyekkel gyakran volt gondom, s az anyám halála utáni évben egy női főnökömmel adódott komoly nehézségem. Akkor olvastam a *Mérgező szülők* című könyvet, és annak mentén ismertem rá arra, hogy a főnökömmel való ambivalens kapcsolatomból igazából tükre az anyámhoz fűződő kapcsolatomban: az okoz nekem nagy fájdalmat, akinek sokat köszönhetek. Ekkor mentem el először egyéni terápiára, mert rájöttem, én még nem haragudtam anyámra, pedig van miért. Parentifikált gyerekként felnőve azt láttam, hogy nagyon sok nehézség és sikertelenség várt rám mind a magánéletben, mind az élet más területein való boldogulásban. Nagyon felszabadító volt számomra védett körülmények között megélni és kifejezni a haragom. Szelídült is, aztán meg évekig azt tapasztaltam, hogy utolér a sajnálat, a büntudat, például amikor a távfűtött lakásban felkelek télen, és reggel is meleg van. Hányszor hasított belém, hogy szegény anyámnak ez nem adatott meg. Mondhatom, hogy nagyon nagy utam, majd tizenöt évig tartó küzdésem van abban, hogy apránként leraktam a büntudatot, és meg tudom engedni magamnak a boldogságot.

Ahogy anyám halála után teltek a hónapok, lassan távolodott a sok fájdalmas emlék, és újabbak már nem rakódtak rá, egyre jobban előjöttek a jó pillanatok emlékei is. Anyám nevetése, humora, a tánc szeretete, amit én is megkaptam tőle. Betegsége alatt többször kérte, hogy főzzek neki brokkolikrémlévest, s ez azóta is eszembe jut, ha azt készíték. Nagyon szerette a tökfőzeléket is, én viszont, mint a legtöbb gyerek, „hivatal-

ból” utáltam, anyám hiába kínálgatta még felnőttkoromban is. Amióta nem él, bekerült a konyhámba, és szintén rá emlékezve örömmel eszem. Szinte nincs olyan nap, hogy ne jutna eszembe. Szépen belsővé vált, ahogy az jó esetben megtörténik a gyászfolyamatban.

A következő években különböző szakképzéseken vettem részt önismereti munkával együtt, sokat dolgoztam tehát az anyámhoz fűződő érzéseimen és viszonyomon – ami így egyre jobb és jobb lett.

Minden nyáron, amikor közeledik halálának az évfordulója, nagyon sokat gondolok rá. Elő-előjönnek az akkori nyár fájdalmas emlékei, de ez már nagyon békés fájdalom, amelynek helyet kell adni. Aztán a tizedik évforduló körül történt, hogy a semmiből eszembe jutott egy dal, illetve egy részlete, amelyet pár éve egy filmben hallottam. Elkezdtem keresni, kutatni utána, és amikor megtaláltam, napokig újra és újra meghallgattam, és nagyon jókat tudtam sírni rajta, bár nem értettem a szövegét. Viszont nagyon kíváncsi lettem rá, mert biztos voltam benne, hogy nem véletlenül jutott eszembe, és amikor egy kedves ismerősöm lefordította, és megláttam az első sort, tudtam, hogy ez anyámról is szól: „Remélem, van valaki, ki vigyáz majd rám, ha meghalok.” Azóta ez a rá emlékező dalom.

Anyámnak nem volt megtartó hite, így biztosan nehéz lehetett számára az utolsó átváltozás, az átkelés a végső kapun. Ahogy az említett dalt hallgatva ismét elsirattam, úgy éreztem, vigyáznak rá, s ha számít odaát valamit, hogy én hogy érzek iránta, akkor nyugodt lehetek felőle. Mert mostanra nem maradt más a kapcsolatunkban, csak megértés, elfogadás, szeretet, hála és egy elhordozható csomag fájdalom, amelyet azt hiszem, mindenki visz magával, aki eltemette az édesanyját.

Apa elgyászolása

„Kifizettem a számlát, többet adtam, mint ami jár”³

Apám is a második világháború alatt, 1940-ben született, szegény családban. Nagyszüleim mindketten harminchét évesek voltak ekkor. Nagyapámnak már volt egy felesége, akitől elvált, ebből a kapcsolatból két féltestvére volt apámnak, nagyanyámnak viszont ez az első és egyetlen házassága volt. Nagyapám megjárta a háborút, s ő ugyan hazatért a Don-kanyarból, a nagy megpróbáltatások és traumák hatására érzelmileg elérhetetlen apa és nagyapa lett. A háború után amerikai fogságba került, majd mint megbízhatatlan elem börtönbe, aztán 1954-ben, amikor a falut elvitte egy nagy dunai árvíz, emeltett a padláslesöprések és beszolgáltatások is sújtották az egyébként is szegény családot. Még 1945-ben született apámnak egy értelmi sérült öccse. Ebben a helyzetben apám volt nagyanyám legfontosabb és legnormálisabb kapcsolata, s a köztük lévő szimbiózis nagyanyám kilencvenhárom évesen bekövetkezett haláláig meg is maradt. Apám sokat mesélt a katonaeveiről, azt hiszem, akkor volt életében a legszabadabb, de akkor kezdett el dohányozni és inni is. Anyámmal huszonnégy éves korában házasodtak össze, s

mivel apám nagy gyakorlatra volt kénytelen szert tenni a nehéz helyzetek elviselésében, anyámnak hatvanhárom éves korában bekövetkezett haláláig hűséges társa volt. Az alkohol és a cigaretta voltak azok a szerek, amelyek élete szerves részévé váltak, ezek adtak számára szabadulást az otthon nehézségei alól, kikapcsolódást a rengeteg munka mellett, amelyet egész életében végzett. Nemcsak anyjához, hanem szeretett falujához is kötődött, ott élte le egész életét. Csak annyi időre költözött anyámmal annak szüleihez, amíg otthon hozzáépített a szülői házához, így kialakítva egy külön bejáratú részt a saját családjának, szeparálódva mogorva apjától és kiszámíthatatlan öccsétől. Ahogy írtam, anyám nem szeretett itt lakni, és nagy nehézség volt a kapcsolatukban, hogy apám soha nem vált le az anyjáról, mindig inkább az ő társa volt, mint anyámé. Anyámnak voltak próbálkozásai, a közeli szülővárosában igényelt tanácsi lakást, de apámnak mindig megvolt az oka, amiért nagyanyámat nem lehetett itt hagyni. Először a papa és az öccse miatt, majd miután az öccsét zárt intézményben helyezték el, akkor a papa miatt, s amikor meghalt a papa, akkor meg már apám nem akarta egyedül hagyni az anyját. Ebben a sok megoldatlansággal, elgyászolatlan veszteséggel és traumákkal terhelt életben soha nem tudott és nem akart lemondani az alkoholoról. A hétköznapi életben szintívó volt, de ünnepi alkalmakkor vagy pláne amikor ingyen volt az ital, teljesen kontrollvesztő módon ivott. Nemegyszer volt alkoholmérgezése, de előfordult az is, hogy részegen, cigarettával elaludva felgyújtotta a rekamiét. Időnként agresszív is volt, például ha a kocsmázása alatt anyám kizárta, betörte az ajtót, s amikor reggel mentem a fürdőszobába, rémülten láttam a vért az előszoba padlóján. Az ünnepekbe mindig szorongva mentem bele, mert akkor még kiélezettebb lett a helyzet, mindenki igyekezett nagyon megfelelni, de nem sikerült. Apám ilyenkor is ivott, hiszen hogy is bírta volna ezt a feszültséget józanul.

Ebben a rendszerben elég hamar kijelölődött a szerepem: anyám boldogítójának kellett lennem. Teljesen koalícióba vont maga mellé apám ellen, akit mindig szidott nekem, és panaszkodott rá. Hosszú évekig bele is álltam ebbe, védtem anyámat, vele voltam lojális, ott álltam kettejük között. Időnként igyekeztem beszélni apámmal, hogy ne igyon, ne menjen annyit a kocsmába. Ezeknek semmilyen várt haszna nem volt, viszont egyre csak távolítottak apámtól. Már a harmincas éveimben jártam, amikor megláttam, milyen rossz helyen vagyok, és igyekeztem visszamenni a gyermeki alrendszerbe. Jeleztem anyámnak, hogy ne szidja nekem apámat, mert én őt is szeretem, és nem tudom megoldani a problémáikat. Ha nagyon nem bírja, nyugodtan váljon el, és kezdjen új életet, ha minden boldogtalanságának apám a forrása. Beszéljen ezekről a barátnőjével vagy pszichológussal. De ez nem történt meg, hanem életük végéig együtt maradtak, és én most már úgy látom, hogy ők minden nehézségük ellenére nagyon szerették egymást. S jó érzés is erre gondolnom.

Apám alkoholbetegsége mellett is elég jól funkcionált. Gyárban dolgozott két-három műszakban, otthon művelte a kertet, részes kapálást vállalt, télidőben böllérkedett, anyámnak segített a házimunkában – például a mosás, amíg nem volt automata mosógépünk, mindig az ő feladata volt. Jó kezűgyessége volt, ezért sokan megkérték ki-

sebb-nagyobb javításokra. Az otthoni feladatoknak ezeket gyakran elébe is helyezte, amiért anyám veszekedett vele, de úgy hiszem, apám csak az otthonán kívül kapott igazi elismerést. Az otthoni megoldatlan problémák az évek során egyre távolítottak minket egymástól – mindenkit mindenkitől. Nagyon fájó érzés ezt felidézni. Apámban erősen működött a negatív jogosultság is, amely – főleg kamaszkorom beköszöntével – egyre több konfliktust okozott közte és köztem.

Emlékszem, hogy húszas éveimben el-elmentem apámmal a kocsmába kártyázni, mert szerettem volna közelebb kerülni hozzá. Ott mindig felszabadult és vidám volt, és nem bánom, hogy láttam ezt az arcát is, de nem vált általánossá ez a közös program, mert annyira nem élveztem, látva a sok italozó embert, no meg az anyámért való aggodalom is húzott haza.

Összességében azt tudom mondani, hogy apámmal is erősen ambivalens volt a kapcsolat, mert ugyan sok mindenért hálás voltam neki, valahogy mindig hiányzott is, lélekben nem volt jelen.

Amikor anyám végzetes diagnózisa kiderült, akkor már egy-két éve leginkább apám vitt a hátán mindent, ahogy anyám lassan kivonult a világból. Mindig ápolta őt és gondoskodott róla, s amikor megöszvegyült, és nem tudta halálra inni magát, nagyon szép felemelkedéssel ment keresztül. Életében először volt egyedül, és igazán szépen megtanult így élni. Abban a két évben, amíg még anyám halála után élt, új erőre kapott, motivált lett, aminek számtalan jelét figyeltem meg nagy örömmel. Újra bevetette a kertet, megjavíttatta a tizenhárom éve beázó tetőt, biztosítást kötött a házra, járt fodrászhoz, új ruhákat vett, kicserélte egy bútort, és ami nagy fegyvertény volt: nagyothalló lévén végre csináltatott magának hallókészüléket. Így végre nemcsak néztük egymást, ha meglátogattam, hanem beszélgetni is tudtunk. Életem egyik nagy ajándéka, hogy ezt láthatam, s megerősített abban, hogy ahogyan nem vagyok felelős anyám leépüléséért, apám felemelkedése sem az én érdemem. Sokat segített ez abban, hogy tényleg felszabaduljak a bűntudat alól.

Apám napi ivó maradt, de már nagyon szolidan úzte, eljárt a kedvenc kis kocsmájába iddögálni és beszélgetni, járt a nyugdíjasklubba – amíg működött –, vitte az ebédet az oviból. A testvéremmel már ott tartottunk, hogy nem is csodálkoztunk, sőt örültünk volna, ha talál magának valakit, hogy ne legyen egyedül.

A maradék egy évében sokszor segített nekem, hogy a munka mellett végzett tanulmányaimat finanszírozni tudjam. Kapcsolatunk nagyon sokat javult, jártam hozzá haza, és telefonon is beszélgettünk. Mindig érdekelte, hogy vagyok, szurkolt nagyon, hogy rendben legyen az életem. Nagyon örült, ha meglátogattam, és soha nem követelőzött, mikor és mennyit legyek otthon vele. Soha nem felejttem, mennyire jólesett, amikor hazaérve mosolyogva így fogadott: „Szia, gyönyörűm!”

Az utolsó közös karácsonyt mi már nem szerettük volna otthon tölteni a tesómmal, mert apukánk nem volt erős a takarításban, és dohányzott a lakásban, ezért inkább meghívtuk magunkhoz Budapestre. S az én apukám felkerekedett, előtte vett utazótás-

kát és neszeszert is magának. Részéről ez is nagyon nagy lépés volt, hisz nem szeretne elhagyni a szülőfaluját, a komfortzónáját.

Szóval tényleg az látszott, hogy megbirkózott a mély gyásszal, és új életet tudott kezdeni, de a sokéves dohányzás és alkoholfogyasztás az ő szervezetében is krónikus betegségeket okozott már, s így egy reggelen apánk a hatvankilencedik évében nem ébredt fel többé.

Emlékszem, a 14-es villamoson utaztam egyik munkahelyemről a másikra, amikor hívott a kedves szomszédasszonyunk, hogy apánk meghalt. Miután már második napja nem ment sem a kocsmába, sem az ebédért, ezt jelezték a polgármesteri hivatalban, s betörve a lakásba apánkat holtan találták az ágyban. Idegenkezűségnek nem volt nyoma, s a szív- és érrendszeri betegsége miatt elég egyértelmű is volt a diagnózis. Vasárnap éjjel halt meg, s azon a napon a kedvenc ételét főzte magának: csirkepaprikást nokedlival, s egy üres borosüveg is árulkodott arról, hogy a kedvenc italát fogyasztotta.

Amikor megtudtam, hogy meghalt, teljesen lefagytam, a sokk állapotába kerültem egy időre. Úgy hiszem, anyámat addigra már elgyászoltam, s most egy új és végleges identitás időszaka köszöntött be: teljesen elárvultam. Nagyon erős szorongást éreztem, ha arra gondoltam, mi lesz az otthonnal, ahol felnőttem. Megtartani nem tudjuk, el kell adni, de akkor már soha nem lehet hazamenni. Nagyon felkavaró érzések voltak ezek, nehezítették a veszteségélményt, és azt éreztem, hogy kimegy a lábam alól a talaj. Kissé meg voltam zavarodva a helyzettől. Amikor hazautaztunk a temetést intézni, és bementünk az immár üres házba, kényszeresen elkezdtem lepakolni a szekrényről, bedobozolni a holmikát, hogy úgyis biztos mielőbb el kell adni – de még öt évig megmaradt a ház.

A temetést intézve megkérdeztem, megnézhetem-e apámat, mert jó emlékem volt, ahogy anyámat holtában láttam. A temetkezési ügyműintéző akkor elhárította, mondván, hogy még nincs felkészítve. Később sem erőltettem a dolgot. De béke van bennem apámmal kapcsolatban is. Az anyámtól való elválásban az a bizonyos utolsó beszélgetés hatott felszabadítóan, apámmal kapcsolatban pedig egy spirituális élmény. A temetése napján a testvérem ötlete volt, hogy a nem túl sok pénzt, ami a pénztárcájában maradt, vigyük el a kedvenc kocsmájába, hogy a temetése idején igyanak az emlékére a cimborái. Nagyon rendhagyó eset volt, hogy a kis kocsmába bevonult két fekete ruhás nő, és ezt kérte a fiatalka pultoslánytól, aki nagyon zavarba jött, hosszan bizonytalankodott, hogy megteheti-e, végül felhívta a főnökét, hogy engedélyt kérjen. Ahogy megkapta, és a pulton keresztül a kezébe adtuk a pénzt, a rádióban rekedt hangján Horváth Charlie épp azt énekelte, hogy „kifizettem a számlát, többet adtam, mint ami jár...”. Ekkor bizony testvéremnek és nekem is erősen kapaszkodnunk kellett a pultba, s csak annyit bírtam mondani remegő térdekkel: „Köszí, papa”, és azt éreztem, rendben vagyunk. Ebben benne volt a teljes elfogadás érzése felé. Páratlan és csodálatos élménye ez életemnek.

Az év, amelynek júniusában apám meghalt, sok fájdalmat és változást is hozott az életembe. Előző évben költöztem Budapestre egy párkapcsolat miatt, amelynek pár hónap után vége lett, és nagyon szorongtam a jövőtől, hogy fogok megélni egyedül, albér-

letben a kevés keresetemből. Mielőtt apu meghalt, találkoztam valakivel, s apám azzal a tudattal halt meg, hogy nekem van egy jó fej udvarlóm. Aki, amilyen gyorsan jött, olyan gyorsan ment is, így szeptemberben a veszteségek terhét cipelve úgy éreztem, elég volt, ez már túl sok nekem, vége, én többé nem keresek párt. Igyekeztem a munkámra koncentrálni, és befejezni elmaradt tanulmányaimat. Egy unokahúgom lett az albérlőtársam, így oldódott az anyagi bizonytalanság is. Jártam Pál Feri előadásaira és misékre, s ekkor mondtam magamban az én Istenemnek, hogy részemről befejeztem a párkeresést, de ha ő tud nekem valakit, küldje, elfogadom. Novemberben egy előadás végén odajött hozzám a leendő férjem, akit tényleg az első perctől el tudtam fogadni páromul. Az akkori állapotomra jellemző, amit mondtam neki: hogy ennyi veszteség után úgy tudok most vele kapcsolatban lenni, ha megígéri, hogy nem hal meg, nem hagy el, és nem csal meg. Tudtam, hogy ez nem reális kérés, de ki kellett mondanom.

Visszatérve a házra, még öt évig megtartottuk, így párszor töltöttünk is otthon egy kis szünetet a férjemmel és a gyerekeivel, de ahogy telt az idő, egyre szorongatóbb lett számomra, hogy el kell adni, hiszen fenntartani nem tudjuk, messze is van, és féltő volt, hogy ha tovább romlik az állaga, eladni is nehéz lesz.

Aztán ennek is elérkezett az ideje. Ki kellett pakolni a házat. Annyira nehezen tudtunk nekiveselkedni, hogy az első évben nem is sikerült. A következő évben egy hetet töltöttünk ott a testvéremmel, s ezalatt sok-sok tárgy ment keresztül a kezünkön, és rengeteg emlék, érzés a lelkünkön. Annyira nehéz volt egyszer-egyszer, hogy azzal vigasztaltam magam, hogy ahogy a szülők eltemetését, ezt is csak egyszer kell kibírni az életben. Amikor átadtam a kulcsot, s amikor apu telefonszámát kitöröltem a telefonomból, az olyan érzés volt, mintha a lelkem egy darabját szakítanák le rólam.

Számomra összességében aztán felszabadító volt, hogy új élet költözött a házba, amelyet szépen felújítottak. Kivágtak minden fát, szinte már semmi sem emlékeztet arra a helyre, ahol felnőttem – de ha a temetőbe megyek, mindig elsétálok arra, hogy megnézzem.

Az apám halála óta eltelt tizenhárom évben csodálatosan kivirágzott az életem. Rengeteg pótolnivalóm is volt, így évekig szörnyen túlvállaltam magam, de összességében rendben van minden így, mert úgy érzem, olyan az életem, ahogy nekem a legjobb. Harmonikus házasságban élek, nagyon szeretem a munkám, sikeresnek érzem magam benne, fantasztikus emberekkel dolgozhatok, s tudom, még izgalmas szakmai feladatok várnak rám. Egészséges vagyok, régi, jó barátaimmal kapcsolatban vagyok, van végre saját otthonom, s még egy autóm is lett a ház árából rám eső részből, miután a diákhiteltem kifizettem.

Ebben a mély megelégedettségérzésben ott van mindig egy csomag békés fájdalom is amiatt, hogy ez csak szüleim halála után sikerült, de azt hiszem, ez sajnos a feltétele is volt ennek. Nagyon nehéz kimondani, de könnyebb az életem, mióta ők már nem élnek. Ami volt, az többségében nem hiányzik, ami pedig mindig hiányozni fog, az sosem volt, és már soha nem is lesz. Ha látok korombeli nőket a szüleikkel, boldogan, az számomra teljesen ismeretlen és lehetetlen állapot.

Úgy látom most, visszatekintve, hogy az elvesztésüket elakadás nélkül elgyászoltam, viszont ami még szinte mostanig is muníciót adott a különböző keretek között és módszerek segítségével végzett önismereti munkához, az a közös életünk hatásainak feldolgozása. A részben elveszett gyerekkor gyásza, a hiányok, a kötődési nehézség és mind közül a legnagyobb teher: nehezen sikerült megengedni magamnak a megelégedettséget és boldogságot akkor is, amikor már mindenem megvolt hozzá. S ez az

S bizony még mindig meg-megrezdül bennem az elhanyagolt gyermek, aki nem tud felnőtt módon reagálni, ha úgy érzi, nem figyelnek rá, ha úgy érzi, hogy ő nem számít.

anyámmal való kapcsolatomból ered. A felé való láthatatlan lojalitást csak nem oly rég sikerült letennem, és abban bizony tizenöt év munkája van, hogy teljes szívemből érzem: végre merek boldog lenni, végre teljesen magammal vagyok lojális, és már nincs büntudatom amiatt, hogy anyámat így „megcsalom”.

Mennyi év ment el a sodródással, útkereséssel, sikertelen házasságokkal, a saját család iránti vágygyal! Ezek miatt mindig lesz bennem szomorúság, bár a maguk nemében értékes évek voltak azok is,

de csak szüleim halála után kezdődött el az igazi szakmai és magánéletem is, miközben kortársaim jó része ekkorra már kiteljesedett életet mondhatott magáénak. Csak ezután kerültem szakmailag egy jó pályára és megfelelő helyekre, s csak ezután találtam rá harmadik férjemre, akivel azóta is megelégedett házasságban élünk, s csak ezután szembesültem funkcionális meddőséggel. Miközben barátaim, volt osztálytársaim a gyerekeik életét terelgették, itt-ott már unokák születtek, én a gyermektelenségem elgyászolásával bajlódtam. Most itt vagyok ötvennégy évesen, s talán a fentiek miatt néha úgy érzem, hogy még nem nőttem fel teljesen az életkoromhoz, s nem minden helyzetben tudok a koromnak megfelelően jelen lenni, megfelelni. S bizony még mindig meg-megrezdül bennem az elhanyagolt gyermek, aki nem tud felnőtt módon reagálni, ha úgy érzi, nem figyelnek rá, ha úgy érzi, hogy ő nem számít.

Az érzések birodalmában járva van itt bánat, szomorúság, fájdalom, gyász, de megértés, öröm, hála, megelégedettség, bizakodás, remény, megbocsátás is bőven. S a harag? Már csak az emléke maradt.

ÖSSZEFOGLALÁS, KITEKINTÉS

Áttekintve az írást az rajzolódik ki szemünk előtt, hogy a szenvedélybeteg szülők elgyászolásának speciális mintázata van, általános érvényű megállapításokkal és valószínűleg jelentős egyéni különbségekkel. Ebben a mintázatban a szülők elgyászolása kisebb súlyúnak tűnik, mert sokkal több lelki munka szükséges a következőkhöz: az elveszett gyerekkor elgyászolása, majd következményeinek fel- és megismerése, feldolgozása, az életvezetési problémák megoldása, traumák feldolgozása, a „fantáziaszülő” elgyászolása, megbirkózás egyéb nehézségekkel, mint például a gyermektelenség, a szülő után maradt

adósságok rendezése vagy a küszködés pszichoszomatikus betegségekkel. Tehát a szülő tényleges elvesztése előtt és után is jelentős gyász- és önmunkára van szükség.

Mindezek leírása kapcsán az a gondolat erősödött meg bennünk, hogy nagyon nagy hangsúlyt és energiákat kellene abba fektetni, hogy a szenvedélybeteg családban nevelkedő gyerekeket és családjukat minél előbb elérjük, és tudjuk segíteni őket a gyógyulás útján.

Nagyon fontos lenne, hogy segítői, oktatói és kutatói tevékenységünk gyümölcseként minél több érintett juthasson el megelégedettebb életre, minél korábban, ha lehet, még ötvennégy éves kora előtt.

E tanulmány megírása segít nekünk egy olyan kutatás megtervezésében, amelynek célja, hogy hazai mintán vizsgáljuk a függő szülők elgyászolásának sajátosságait. Az eredmények bővíthetik a témára vonatkozó tudásunkat, ami alapján a segítő beavatkozások is pontosabban tervezhetők, illetve a különböző segítő szakemberek képzései is meríthetnek az eredményekből.

Végjegyzet

- 1 Tompa Júlia szavai. Az idézett gondolat forrása egy jelenleg még nem publikus vizsgafilm, amelyet egy művészeti tanulmányokat folytató hallgató készített, s amelyben alkoholbetegségben elhunyt, általa nem ismert nagypjáról mesélteti a családját.
- 2 Az Anthony and the Johnsons együttes dalszövegének részlete.
- 3 Horváth Charlie dalszövegének részlete.

Felhasznált irodalom

- BÉKÉSI TÍMEA – KASSAI SZILVIA (2022): *Újraépített életek. Történetek szenvedélybeteg szülők felnőtt gyerekeiről*, Budapest, HVG Könyvek.
- CRESWELL, JOHN W. (2013): *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Approaches*, London, Sage.
- ELLIS, CAROLYN – ADAMS, TONY E. – BOCHNER, ARTHUR P. (2011): Autoethnography: an overview, *Historical Social Research*, 36. évfolyam, 2011/4., 273–290.
- GANNON, SUSANNE (2017): Autoethnography, in *Oxford Research Encyclopedia of Education*, 1–21. DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264093.013.71>
- GOLDSCHMIDT, WALTER (1977): Anthropology and the coming crisis. An autoethnographic appraisal, *American Anthropologist*, 79. évfolyam, 1977/2., 293–308. DOI: <https://doi.org/10.1525/aa.1977.79.2.02a00060>
- LAM, SUE (2018): *Becoming a Holistic Social Worker. An Autoethnography*, Toronto, Ryerson University.
- MCLEOD, JOHN (2011): *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*, London, Sage.
- PATTI, CHRIS J. (2012): Split shadows. Myths of a lost father and son, *Qualitative Inquiry*, 18. évfolyam, 2012/2., 153–161. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077800411429091>
- PEDERSEN, ANNE BETTINA (2019): Mourning my mother. An exploration of the complex emotions elicited by the terminal illness of an estranged parent, *Kvinder, Køn & Forskning*, 28. évfolyam, 2019/3–4, 107–119. DOI: <https://doi.org/10.7146/kkf.v28i2-3.116312>
- PILLING JÁNOS (2001): Adj szót fájdalmadnak. A gyász lélektana és a gyászolók segítése, in ANGYAL ELEONÓRA – POLCZ ALAINE (szerk.): *Letakart tükrök*, Budapest, Helikon, 207–239.
- REINHARZ, SHULAMIT (1992): *Feminist Methods in Social Research*, New York, Oxford University Press.
- SHEAR, M. KATHERINE (2015): Complicated grief, *New England Journal of Medicine*, 372, 2015/2., 153–160. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>

- TRAHAR, SHEILA (2009): Beyond the story itself. Narrative inquiry and autoethnography in intercultural research in higher education, in *Forum Qualitative Sozialforschung / Social Research*, 10. évfolyam, 2009/1., art. 30., <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1218/2653> (letöltve: 2022. 10. 15.).
- WAKEMAN, STEPHEN (2021): Doing autoethnographic drugs research. Some notes from the field, *International Journal of Drug Policy*, 98. évfolyam, art. 103504. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103504>
- WOITZ, JANET G. (1985): *Struggle for intimacy*, Deerfield Beach, Florida, Health Communications.
- ZUPANICK, CORINNE E. (1994): Adult children of dysfunctional families. Treatment from a disenfranchised grief perspective, *Death Studies*, 18. évfolyam, 1994/2., 183–195. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481189408252650>

„...so that only the memory of anger remains...” – an autoethnographic analysis of the loss and mourning of addicted parents

ABSTRACT

Grief, the experience of losing a loved one, is one of life's most painful events, with physical, psychological and social consequences. Children of parents with addiction experience three layers of grief: the loss of childhood, the loss of the "fantasy parent" and the loss of the parent, the first two of which may occur before the parent's death. We use the first author's autoethnographic account to illustrate the characteristics of the complicated grieving process following the loss of a parent. There is a specific pattern of bereavement in addicted parents, with general findings and probably significant individual differences. From experience, it emerges that the bereavement process following the loss of a parent appears to be the least intense, because of the considerable grief and self work required before and after. In the present study, we would like to emphasize the importance of reaching and helping children growing up in families with addiction as soon as possible.

KEYWORDS: addiction in family, grief, lost childhood, autoethnography

BÉKÉSI TÍMEA | Addiktológiai konzultáns, etnográfus, képzésben lévő családi tanácsadó, gyász kísérelő és metamorphoses meseterapeuta. Húsz éve dolgozik a szenvedélybeteg-ellátásban függőkkel és hozzátartozóikkal, valamint gyászolókkal. Elhivatott a szenvedélybetegség destigmatizációja iránt.

KASSAI SZILVIA | Interkulturális pszichológiai szakértő, szakterülete a függőség, a kábítószer-használat, a mentális betegségek és az ezekből való felépülés. 2019-ben szerzett doktori fokozatot a klinikai pszichológia és az addiktológia területén. Jelenleg tudományos kutatási pályázatokkal foglalkozik.

F. LASSÚ ZSUZSA

A rezilienciát elősegítő tényezők és támogatásuk szenvedélybeteg szülők gyermekeinél

DOI 10.56699/MT.2023.1.7

ABSZTRAKT

A kutatások alapján az alkoholbeteg szülők gyermekeinek jelentős része nem válik maga is alkoholbeteggé, sőt összességében képes a nehézségek ellenére is jól funkcionálni. Ezt az „elég jó működést” nevezi a pszichológia lélektani rugalmasságnak, rezilienciának, amelynek eredményeként pozitív életminőséget, funkcionálást tapasztalhatunk a kedvezőtlen élettapasztalatok és az alkalmazkodást vagy fejlődést fenyegető súlyos veszélyek ellenére. Az „elég jó működést” támogató védőfaktorok a rezilienciát elősegítő tényezőket jelentik. Jelen tanulmányban összefoglaljuk azokat a fontos tényezőket, amelyek kora gyermekkortól támogatva vagy fejlesztve segíthetik a szenvedélybeteg családok gyermekeinek jóllétét.

KULCSSZAVAK: reziliencia, gyermekkor, szülői szenvedélybetegség

Az alkohol- és egyéb szenvedélybetegek gyermekei jelentősen megnövekedett kockázatnak vannak kitéve felnőttkorban a szerhasználat (Goodwin, 1979; Russell, 1990), valamint egyéb viselkedési és a kognitív problémák tekintetében (Fitzgerald et al., 1993; Sher, 1991; West–Prinz, 1987). Azonban a szülők szerfüggősége nem feltétlenül jelzi előre a gyermek későbbi szerhasználatát. A kutatások alapján az alkoholbeteg szülők gyermekeinek jelentős része nem válik maga is alkoholbeteggé, sőt összességében képes a nehézségek ellenére is jól funkcionálni. Ezt az „elég jó működést” nevezi a pszichológia lélektani rugalmasságnak, rezilienciának (De Santis, 2008; Luthar et al., 2000; Masten, 2001), amelynek eredményeként pozitív életminőséget, funkcionálást tapasztalhatunk a kedvezőtlen élettapasztalatok és az alkalmazkodást vagy fejlődést fenyegető súlyos veszélyek ellenére. Az „elég jó működést” támogató védőfaktorok a rezilienciát elősegítő tényezőket jelentik (Velleman–Templeton, 2007). A védőfaktorok pufferként működhetnek az egyének által átélt nemkívánatos élményekkel vagy stresszes eseményekkel szemben, ezért nagyon fontos ismernünk és tudatosan fejlesztenünk őket. Je-

len tanulmányban összefoglaljuk azokat a fontos rezilienciatényezőket, amelyek kora gyermekkortól támogatva vagy fejlesztve segíthetik a szenvedélybeteg családok gyermekeinek jóllétét. Az összegzésben elsősorban Park és Schepp (2015) összefoglaló tanulmányára támaszkodunk.

A REZILIENCIÁVAL ÖSSZEFÜGGŐ TÉNYEZŐK

Egyéni szintű védőtényezők

A rezilienciát támogató egyéni szintű tényezők közé tartoznak a személyiségvonások, egyéni jellemzők és egyedi képességek.

Az *életkor* az egyik legfontosabb egyéni jellemző, amely összefüggést mutat a stresszel és más negatív hatásokkal való megküzdés képességével. Nem igényel különösebb magyarázatot az a tény, hogy a nehézségekkel való megbirkózás képessége az életkorral nő, hiszen a gyermek kognitív és érzelmi fejlettsége a megküzdéssel pozitív összefüggést mutat. Jennison és Johnson (2001) kutatásukban azt találták, hogy az alkoholbeteg szülők gyermekeiben a szülők betegségével összefüggést mutató negatív fejlődési kimenetek a húszas évek végétől a harmincas évek elejére csökkennek. Ez az eredmény a kora gyermekkori rezilienciatámogatással összefüggésben arra hívja fel a figyelmet, hogy minél kisebb a gyermek, annál nagyobb támogatást és védelmet igényel, és a közhiedelemmel ellentétben a serdülőkorral nem ér véget a sérülékeny időszak, a felnőtt élet kezdetével is folytatódik. Különösen fontosak ezért a kora gyermekkori nevelés intézményei, a bölcsődék, óvodák és egyéb napközbeni ellátóhelyek, amelyek ebben az érzékeny időszakban magas színvonalú szakmai minőséggel képesek védeni a gyermek fizikai és mentális egészségét. De nem tekinthetünk el a nagyobb gyerekek támogatásától sem, egészen a fiatal felnőttkorig. Zucker és munkatársai (2003) a középső gyermekkort, a kiskamaszkor kezdetét emelték ki olyan fontos pontként, ahol az addig reziliensnek mutatkozó, „jól viselkedő” érintett gyermekek egy része a nem szűnő, sőt akár növekedő terhek és a kamaszkori „normatív krízis” együttes nyomásának hatására internalizáló tüneteket kezd mutatni, és valószínűbben lesz maga is szerhasználó. Fontos ezért a felső tagozaton tanító tanárok és az iskolai segítő szakemberek érzékenyítése és tudásának növelése a szenvedélybeteg szülők gyermekeinek megfelelő támogatása érdekében.

A *gyermek neme* a kutatások szerint fontos reziliencia- és rizikótényező is. A lányok inkább védettek az úgynevezett externalizáló magatartási problémákkal (például az agresszív magatartással) szemben, a fiúk ugyanakkor a lányoknál kevésbé hajlamosak az internalizáló zavarokra (például szorongás) (Edwards et al., 2006a; Hinz, 1990; Wall et al., 2000). Mivel az externalizáló viselkedés sokkal figyelemfelkeltőbb, mint az internalizáló, a sérülékeny családban nevelkedő gyermeket támogató felnőtteknek, rokonoknak és pedagógusoknak fontos figyelmet fordítaniuk a kevésbé feltűnő, másokat nem igazán zavaró magatartási problémák korai jeleire. A gyermek szorongása visszahúzódásban, a felfedező viselkedés hiányában, étkezési, alvási nehézségekben,

sírósságban és nehéz megnyugtathatóságban nyilvánul meg, amely jelekre éppolyan érzékenyen és azonnal kell reagálni, mint a másokat sokkal inkább zavaró agresszív viselkedésre.

A gyermek *temperamentuma* fontos rizikó- vagy rezilienciatényező lehet. A nehéz temperamentum (inkább negatív hangulat, erős ingerlékenység, nehéz alkalmazkodás és megnyugtathatóság, ellenállás az új ingerekkel szemben, nehéz napirendhez szoktatás – Thomas–Chess, 1977) minden életkorban hátráltathatja a gyermek vagy fiatal érzelmszabályozását, társas beilleszkedését, együttműködését, ezáltal növelve a depresszió (Bould et al., 2014) és rizikómagatartások (például drogfogyasztás) kockázatát (Walters, 2014). Ugyanakkor a visszahúzó, gátolt temperamentum szintén nehezítő tényező lehet, megnövelve a szorongásos zavarok valószínűségét az alkoholbeteg szülők gyermekeiben. Mivel a temperamentum genetikailag erősen meghatározott, azt gondolnánk, hogy a kapcsolódó viselkedéses jellemzők megváltoztatására nincs lehetőség a nevelés során. Azonban ez nem teljesen igaz, különösen nem a kora gyermekkori nevelésben, ahol a gyermek temperamentumához illeszkedő, arra elfogadóan és válaszkészen reagáló nevelés sokat tehet annak érdekében, hogy a negatív fejlődési következményeket megelőzzük, csökkentjük (Chess–Thomas, 1991).

A *kognitív képességek* szintén fontos rezilienciatényezőnek tűnnek. A jobb kognitív képességekkel rendelkező gyermekek már egészen korán megtanulhatnak problémacentrikus módon megküzdni a kihívásaikkal. A végrehajtó funkciók jó működése (tervezés, késleltetés, jó munkamemória, kognitív rugalmasság) direkt és indirekt módon (a társas és érzelmi képességek támogatásán keresztül) segíti a reziliens megküzdést (Eisenberg et al., 2010; Obradovic, 2010). A kognitív képességek támogatása csecsemő- és kisgyermekkorban az önálló tevékenységek, felfedezés, játék támogatásával, együtt játszással és a tevékenységeket kísérő kommunikációs tevékenységekkel lehetséges (részletesen lásd Biztos kezdet-kötetek: Danis et al., 2011a, b).

Az *önszabályozás* az érintett gyermekek fejlődésével összefüggő újabb tényező. Általában alacsonyabb szintű az alkoholbeteg szülők gyermekeiben, mint a nem érintett társaikban, azonban a jó önszabályozási képesség az érintettekben is védőtényezőként működik (Pearson et al., 2011), tehát érdemes támogatni a fejlődését. Az önszabályozás az érzelmek és a viselkedés tudatos szabályozását jelenti, kezdve az érzelmi állapotok felismerésével magunkban és másokban, egészen a felfokozott érzelmi állapotok szabályozásáig, a türelem, az önkontroll és a késleltetés képességéig (Mogyorósy–Révész, 2021). Csecsemő- és kisgyermekkorban az érzékeny szülői/gondozói válaszkészség, a gyermek érzelmeinek megtartása és elfogadása (holding funkció) az alap, amelyre az önszabályozás fejlődése épülhet. Később a példaértékű és biztonságos személyes kapcsolatokon túl a művészetek lehetnek az érzelmi nevelés legfontosabb eszközei (Gyöngy, 2022), melyek közül mindenképpen kiemelkedik az irodalom: a mese és a vers. A gyermek a mesehősökkel azonosulva felismerheti saját érzéseit, és nemcsak megfelelő nevet, hanem a kifejezésükre vonatkozó szabályokat is találhat a történetekben, me-

lyek így analógiás megoldást nyújthatnak a fejlődéssel és az élethelyzetekkel együtt járó kihívásokra.

Számos kutatásban vizsgálták az alkoholbeteg szülők gyermekeinek *önértékelését*, és az eredmények legtöbbször az érintett gyermekek alacsonyabb szintű önbecsülését tárták fel a nem érintett gyermekekkel összehasonlítva (Kim–Lee, 2011; Lease, 2002; My-

A gyermek a mesehősökkel azonosulva felismerheti saját érzéseit, és nemcsak megfelelő nevet, hanem a kifejezésükre vonatkozó szabályokat is találhat a történetekben, melyek így analógiás megoldást nyújthatnak a fejlődéssel és az élethelyzetekkel együtt járó kihívásokra.

lant et al., 2002). Kim és Lee (2011) ugyanakkor az önértékelés védőtényezőként való működését tárta fel: a magas önértékeléssel rendelkező érintett gyermekek védettebbek voltak a szülői alkoholbetegség káros hatásaival szemben, mint az alacsony önértékelésűek. Az intézményes nevelés színterein, bármely életkorú gyermek esetén nagyon fontos az önértékelés támogatása, a pozitív énkép kialakítása az életkornak megfelelő aktivitásokkal, autonómiával és folyamatos megerősítéssel, dicsérettel. A leginkább sérülékeny csecsemők esetében mindez azt jelenti, hogy a gyermek bontakozó fizikai és mentális képességeit megfelelő térrel, biztonságos és motiváló eszközökkel, minőségi figyelemmel és a szükséges mértékű segítségnyújtással támogatjuk (Roberts, 2006). A szüntelenül karban hordozott, babakocsiban vagy kiságyban fekvő csecsemőnek sokszor nincs elég tere a felfedezésre, nincsenek körülötte eszközök a gyakorlásra, melyek aktivitásra, tanulásra serkentenek (Hétfa Kutatóintézet, 2022). A hátrányos helyzetben nevelkedő gyermekek megkésett mozgás- és kognitív fejlődése miatt (McPhillips–Jordan–Black, 2007) kiemelkedően fontos a megfelelő lakókörülmények kialakításának támogatása, illetve a napközbeni gyermekellátás biztosítása a szenvedélybeteg szülők sokszor hátrányos helyzetű gyermekeinek esetében.

A *szülő szenvedélybetegségével kapcsolatos információk* a gyermek megküzdésének és pozitív énképének fontos támogatói lehetnek. Ha a gyermek életkorának megfelelően tájékozott a szülő betegségével kapcsolatban, megértheti, hogy a szülő furcsa viselkedésének nem ő, hanem a szer az oka (Moe et al., 2007). A gyermekek már legkisebb korukban is észlelik a szülők sérülékenységének tüneteit, amelyeket egyéb információ hiányában és az egocentrikus gondolkodás sajátosságai miatt leginkább magukra vonatkoztatnak, akár konkrétan magukat hibáztatják és tartják felelősnek. Ennek megelőzése a gyermek életkorának megfelelő tájékoztatásával lehetséges, az általa tapasztalható tünetek értelmezésére, a felelősség és a büntudat érzésének csökkentésére fókuszálva (Reupert–Maybery, 2010). A szülőket általában meg kell győzni arról, hogy ez a tájékoztatás szükséges, és hogy az életkorhoz illeszkedő ismeretek nem terhelik a gyermeket, hanem éppen segítik a megértést és a szorongások csök-

kentését. Ehhez segítséget nyújthatnak a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálatának weboldalán, a kimondhato.hu oldalon található források, mesekönyvek, munkafüzetek.

A világgal és benne önmagával kapcsolatban megélt *bizalom és optimizmus* a szenvedélybeteg szülők gyermekei számára kiemelt rugalmassági tényező (Moe et al., 2007). E bizalomnak a szülő/gondozó és a gyermek közötti kötődés az alapja, amellyel át is térünk a szülő-gyermek kapcsolat védőtényezőire.

A szülő-gyermek kapcsolat védőtényezői

A *biztonságos kötődés* megteremtéséhez elsősorban állandó és válaszreakcióra kész gondozói jelenlétre, a gyermek szükségleteire való odafigyelésre és az ezekkel kapcsolatos érzékeny reagálásra van szükség. A családban nevelkedő gyermek körüli állandóság vagy a bölcsődékben alapelveként működő saját kisgyermeknevelői rendszer segíti ezt a biztonságot, mivel a gyermeket egy-két állandó személy gondozza nap mint nap, ezzel megteremtve számára a béke szigetét, ahol bátran felfedezheti környezetét, fejlődhet, tanulhat (Elfer et al., 2003). Az ismeretlen és kiszámíthatatlan helyzet már a csecsemőben is megemeli a stresszreakció során termelődő hormonok, például a kortizol szintjét, ami befolyásolja a gyermek tanulási, emlékezési folyamatait (Thompson–Trevathan, 2008). Az állandó gondozó biztonsága ezt a stresszt csökkenti otthon vagy a bölcsődében. Edwards és munkatársai (2006b) kutatása szerint az alkoholbeteg apa mellett nevelkedő kisgyermekek védettebbek voltak a betegség negatív hatásaival szemben, ha édesanyjukkal biztonságos kötődést tudtak kialakítani.

Hasonlóképpen védőtényezőnek találták a *pozitív szülői működésmódokat* (kiszámíthatóság, megfelelő fegyelmezési és nevelési módszerek, szeretetteljes, meleg nevelési stílus, szülői odafigyelés), amelyek pufferként hatnak a családi alkoholproblémák esetén, és csökkentik a gyermekek externalizáló (Molina et al., 2010) vagy internalizáló (El-Sheikh–Buckhalt, 2003) magatartási problémáinak valószínűségét. Sokkal kevesebb kutatás irányul az apák védőszerepére az anya szenvedélybetegsége esetén. Feltételezhetjük ugyanakkor, hogy amennyiben az apa nem szerfüggő, és vállalja a gyermekek gondozását, úgy a vele való kapcsolat hasonlóképpen védőtényezőként funkcionálhat. Mindezek a kutatások kiemelik a szülők nevelői funkcióinak, gondozói válaszreakciójának fontosságát a gyermekek mentális egészsége szempontjából.

Családi szintű védőtényezők

A szenvedélybeteg szülők gyermekeinek családjában a betegséggel érintett felnőttek száma komoly rizikótényező. Nemcsak a szülők érintettsége, hanem a tágabb család egészének betegsége/egészsége számít – minél több a családban a szenvedélybeteg, annál valószínűbb a gyermekek mentális betegsége, alacsony iskolai és kognitív teljesítménye és az externalizáló viselkedési zavarok megjelenése (Díaz et al., 2008; Molina et al., 2010).

Ezzel szemben azt mondhatjuk, hogy a gyermek számára *elérhető egészséges felnőttek* egyértelműen védőtényezők. Kifejezetten protektív a nem szenvedélybeteg másik szülő, ha a gyermek érzelmi támaszaként, bizalmasaként képes működni. Támogatás, pozitív nevelői stílus és biztonságos kötődés – ezek a reziliencia szempontjából jelentős családi kapcsolatok legfontosabb attribútumai. Werner és Johnson (2004) kutatási eredményeik alapján kiemelik a testvérek, nagyszülők (kifejezetten az anyai nagymamák), valamint a nagybácsik és nagynénik fontosságát. Hall (2008) kvalitatív kutatásában emellett a rokonok mellett a képzeletbeli rokonok / barátok védős szerepét említi az alkoholbeteg szülőkkel való együttéléssel kapcsolatos megküzdésben, illetve a mentális jóllét támogatásában.

A család támogató működése mellett El-Sheikh és Buckhalt (2003) kutatásukban azt találták, hogy a *családi összetartozás-élmény* és a *családi alkalmazkodás magas szintje* szintén védőtényezőként működik az alkoholbeteg szülők gyermekeinél: alacsonyabb szintű volt náluk az externalizáló, internalizáló és társas problémák valószínűsége.

Mindezek az eredmények *a családi működés támogatásának fontosságát* implikálják a szenvedélybeteg szülők gyermekeinek mentális egészsége érdekében. Azok a szolgáltatások, amelyek segítik a szülők szülői kompetenciájának fejlesztését, mentális egészségük megőrzését, a családtagok együttműködését és a szülő-gyermek kötődést, védőtényezőként támogatják az érintett családokban felnövekedő gyermekek rezilienciáját (Phelan et al., 2012; Stracke et al., 2019).

Társas és tágabb környezeti tényezők

Az eddigi kutatásokban számos társas védőtényező nyert tudományos megerősítést. A *társas támogatottság érzete* (hogy van valaki, akire szükség esetén támaszkodhatunk) egyértelműen rezilienciátényező a szenvedélybeteg szülők gyermekei esetén is. Moe és munkatársai (2007) ötven érintett gyermek interjújából azt a következtetést vonták le, hogy ha a gyermek számára van valaki, akinek elmondhatja az érzéseit, élményeit, az már önmagában is védőtényezőként működik. A társas támogatás érkezik barátoktól és nemritkán a barátok szüleitől. Mivel a szenvedélybeteg családokban a gyermekeknek kevésbé van lehetőségük megtapasztalni a család támogató funkcióit, a barátok jól funkcionáló családjai, a támogató szülők fontos védőtényezőként működhetnek esetükben (Werner–Johnson, 2004). Hasonlóképpen fontosak lehetnek azok a pedagógusok, akik a gyermek életében szerepmódként vagy kisgyermekkorban akár kötődési személyként funkcionálhatnak (bővebben lásd F. Lassú, 2021).

A nevelési intézményekben és más közösségekben megtapasztalt társas támogatottság mellett a *szabadidő értelmes eltöltése* olyan fontos egyéni védőtényezőket támogathat, mint a gyermek kompetenciaérzete, kognitív képességei, az elismertség és a megbecsültség érzése, valamint a társas összetartozás élménye. Azok az érintett gyerekek, akik tudtak kapcsolódni valamilyen szabadidős tevékenységhez (szakkörhöz, sportkörhöz stb.),

védettebbek voltak a szülői mentális betegség ártalmas hatásaival szemben, mint azok, akiknek nem voltak ilyen lehetőségeik (Kim–Lee, 2011; Kim, 2008; Moe et al., 2007).

A gyermeket és családját körülvevő társas közeg, a lakóhely és annak szociális jellemzői, például az *elérhető szolgáltatások jó minősége* a szenvedélybeteg szülők gyermekeinek egyik legfontosabb rezilienciátényezőjét jelentik. A gyermek esélyeit a mentális jóllétre elsősorban a szülők mentális egészsége befolyásolja. Ha az érintett szülők hozzáférnek a gyógyulásukhoz szükséges támogatáshoz, ellátásokhoz, úgy a gyermeknek is jobb a fejlődési kilátásai (Stracke et al., 2019).

Ha a sérülékeny szülő kap megfelelő *gyógyszeres és pszichoterápiás segítséget*, a betegségével kapcsolatos *pszihoedukációt*, akkor sokkal valószínűbb, hogy tünetei, így a gyermek terhei is csökkennek, kezelhetővé válnak. Az *elérhető és jó színvonalú szolgáltatások a mentális egészség területén* ezért az érintett családok rezilienciájának alapfeltételét adják (Stracke et al., 2019). Ha léteznek ezek a szolgáltatások, akkor a következő fontos kérdés, hogy az érintett szülők rendelkezzenek a szolgáltatásokra vonatkozó információkkal, azaz tudják, hogy nehézségeikkel hová fordulhatnak. Bármilyen szakemberként megtehetjük, hogy a szülőket ellátjuk a megfelelő információval, akár egy konkrét helyzetre reagálva (például a szülő a gyermekkel kapcsolatosan kéri a segítségünket, és ekkor merül fel a szülő támogatásának szükségessége), akár általánosságban a mentális egészség fontosságával összefüggésben. Nevelési intézményekben elhelyezhetünk szórólapot, rövid tájékoztató anyagot a faliújságon (lásd a Máltai Szeretetszolgálat kiadványait a kimondható.hu oldalon), szervezhetünk családi egészségnapot vagy oktatási projektet, amelynek keretében kitérünk a szülő mentális egészségének fontosságára. Ezek megvalósításához kérhetünk segítséget védőnőktől, háziorvosoktól vagy szakmai szervezetektől, egyesületektől. A Máltai Szeretetszolgálat vonatkozó képzéseiről a kimondható.hu oldalon és a Facebook-oldalunkon olvashatunk.

ÖSSZEGZÉS

A szenvedélybeteg szülők gyermekeit védő tényezők számosak. Akár a gyermek egyéni adottságait, akár társas környezetének jellemzőit vesszük szemügyre, azt találjuk, hogy ezek a protektív tényezők mind fejleszthetők, támogathatók. Támogatásuk közös gyermekvédelmi felelősségünk. Akár a gyermek rokonaiként, barátjának a szüleiként, a pedagógusaiként, az orvosaként, védőnőjeként vagy a szülőket támogató szakembereként mind részei vagyunk annak a társas támogató hálózatnak, amely, ha jól működik, képes „elég jól” megtartani a gyermeket, hogy nehézségei ellenére is túléljen, sőt fejlődjön, növekedjen. Ebben a felelősségünkben nem vagyunk egyedül, és szakemberként nem is célszerű egyedül harcolnunk. A gyermekvédelem csapatmunka, a gyermekért és családjáért tett erőfeszítések csak koordináltan képesek egymást támogatva, összeadódva optimális eredményt hozni. Reményeink szerint ez az összefoglaló a rezilienciát támogató tényezőkről segíti annak felismerését, hogy mi a saját felelősségünk ebben a csapatmunkában.

Felhasznált irodalom

- BOULD, HELEN – ARAYA, RICARDO – PEARSON, REBECCA M. – STAPINSKI, LEXINE – CARNEGIE, REBECCA – JOINSON, CAROL (2014): Association between early temperament and depression at 18 years, *Depression and Anxiety*, 31., 2014/9., 729–736. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22294>
- CHESS, STELLA – THOMAS, ALEXANDER (1991): Temperament and the concept of goodness of fit, in STRELAU, JAN – ANGLEITNER, ALOIS (eds.): *Explorations in Temperament. Perspectives on Individual Differences*, Boston, MA, Springer, 15–28. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0643-4_2
- DANIS ILDIKÓ – FARKAS MÁRIA – HERCZOG MÁRIA – SZILVÁSI LÉNA (2011a): *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*, Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Biztos Kezdet Kötetek I.
- DANIS ILDIKÓ – FARKAS MÁRIA – HERCZOG MÁRIA – SZILVÁSI LÉNA (2011b): *A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*, Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Biztos Kezdet Kötetek II.
- DE SANTIS, JOSEPH (2008): Exploring the concepts of vulnerability and resilience in the context of HIV infection, *Research and Theory for Nursing Practice*, 22(4), 273–287. DOI: <https://doi.org/10.1891/1541-6577.22.4.273>
- DÍAZ, ROSA – GUAL, ANTONI – GARCÍA, MONTSE – ARNAU, JAUME – PASCUAL, FRANCISCO – CAÑUELO, BARTOLOMÉ ET AL. (2008): Children of alcoholics in Spain. From risk to pathology. Results from the ALFIL program, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43.(1), 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0264-2>
- EDWARDS, ELLEN P. – EIDEN, RINA D. – COLDER, CRAIG – LEONARD, KENNETH E. (2006a): The development of aggression in 18 to 48 month old children of alcoholic parents, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 409–423. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9021-3>
- EDWARDS, ELLEN P. – EIDEN, RINA D. – LEONARD, KENNETH E. (2006b): Behavior problems in 18- to 36-month-old children of alcoholic fathers. Secure mother-infant attachment as a protective factor, *Development and Psychopathology*, 18, 395–407. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579406060214>
- EISENBERG, NANCY – SPINRAD, TRACY L. – EGGUM, NATALIE D. (2010): Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment, *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495–525. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- ELFER, PETER – GOLDSCHMIED, ELINOR – SELLECK, DOROTHY (2003): *Key Persons in the Nursery. Building Relationships for Quality Provision*, London, David Fulton.
- EL-SHEIKH, MONA – BUCKHALT, JOSEPH A. (2003): Parental problem drinking and children's adjustment. Attachment and family functioning as moderators and

- mediators of risk, *Journal of Family Psychology*, 17(4), 510–520. DOI: <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.510>
- FITZGERALD, HIRAM E. – SULLIVAN, LINDA A. – HAM, HAZEN P. – ZUCKER, ROBERT A. – BRUCKEL, STEFAN – SCHNEIDER, ANDREW M. (1993): Predictors of behavioral problems in three-year-old sons of alcoholics. Early evidence for onset of risk, *Child Development*, 64, 110–123. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb02898.x>
- F. LASSÚ ZSUZSA (2021): A kötődés minősége és támogatása a szülői mentális sérülékenység helyzeteiben, in F. LASSÚ ZSUZSA – FRANKÓ ANDRÁS – KAPOSINÉ CZINKÓCZKI ANNAMÁRIA – KORMOS PIROSKA (szerk.): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban. Kézikönyv segítő szakemberek számára*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat, 139–178.
- GOODWIN, DONALD W. (1979): Alcoholism and heredity. A review and a hypothesis, *Archives of General Psychiatry*, 36, 57–62. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780010063006>
- GYÖNGY KINGA (szerk.) (2022): *Első lépések a művészetek felé I.*, Budapest, Ludovika Egyetemi Kiadó.
- HALL, J. CAMILLE (2008): The impact of kin and fictive kin relationships on the mental health of black adult children of alcoholics, *Health and Social Work*, 33(4), 259–266. DOI: <https://doi.org/10.1093/hsw/33.4.259>
- HÉTFÁ KUTATÓINTÉZET ÉS ELEMZŐ KÖZPONT (2022): *A Fókuszban a gyermek program értékelése (belső munkaanyag)*, Budapest, Hétfá Kutatóintézet és Elemző Központ.
- HINZ, LISA D. (1990): College student adult children of alcoholics. Psychological resilience or emotional distance?, *Journal of Substance Abuse*, 2, 449–457. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(12\)80005-8](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(12)80005-8)
- JENNISON, KAREN M. – JOHNSON, KENNETH A. (2001): Parental alcoholism as a risk factor for DSM-IV-defined alcohol abuse and dependence in American women. The protective benefits of dyadic cohesion in marital communication, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(2), 349–374. DOI: <https://doi.org/10.1081/ADA-100103714>
- KIM, HEE KYUNG – LEE, MI HYOUNG (2011): Factors influencing resilience of adult children of alcoholics among college students, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(5), 642–651. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.5.642>
- KIM, J. H. (2008): The college adjustment of adult children of alcoholics. Focused on moderating effect of protective factors, *Journal of Social Work Practice*, 7, 131–157.
- LEASE, SUZANNE H. (2002): A model of depression in adult children of alcoholics and nonalcoholics, *Journal of Counseling & Development*, 80, 441–451. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00211.x>
- LUTHAR, SUNIYA S. – CICCETTI, DANTE – BECKER, BRONWYN (2000): The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work, *Child Development*, 71(3), 543–562. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

- MASTEN, ANN S. (2001): Ordinary magic. Resilience processes in development, *American Psychologist*, 56, 227–238. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- McPHILLIPS, MARTIN – JORDAN-BLACK, JULIE-ANNE (2007): The effect of social disadvantage on motor development in young children. A comparative study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1214–1222. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01814.x>
- MOE, JERRY – JOHNSON, JEANNETTE L. – WADE, WENDY (2007): Resilience in children of substance users. In their own words, *Substance Use and Misuse*, 42(2–3), 381–398. DOI: <https://doi.org/10.1080/10826080601142147>
- MOGYORÓSY-RÉVÉSZ ZSUZSANNA (2021): *Érzelemszabályozás a gyakorlatban. Újrakapcsolódás a belső biztonságához*, Budapest, Kulcslyuk.
- MOLINA, BROOKE S. G. – DONOVAN, JOHN. E. – BELENDIUK, KATHERINE A. (2010): Familial loading for alcoholism and offspring behavior. Mediating and moderating influences, *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 34(11), 1972–1984. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01287.x>
- MYLANT, MARYLOU – IDE, BETTE – CUEVAS ELIZABETH – MEEHAN, MAURITA (2002): Adolescent children of alcoholics. Vulnerable or Resilient?, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(2), 57–64. DOI: <https://doi.org/10.1067/mpn.2002.125037>
- OBRADOVIĆ, JELENA (2010): Effortful control and adaptive functioning of homeless children. Variable-focused and person-focused analyses, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 109–117. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.09.004>
- PARK, SIHYUN – SCHEPP, KAREN G. (2015): A systematic review of research on children of alcoholics. Their inherent resilience and vulnerability, *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1222–1231. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9930-7>
- PEARSON, MATTHEW R. – D’LIMA, GABRIELLE M. – KELLEY, MICHELLE L. (2011): Selfregulation as a buffer of the relationship between parental alcohol misuse and alcohol-related outcomes in first-year college students, *Addictive Behaviors*, 36(12), 1309–1312. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.009>
- PHELAN, RUTH F. – HOWE, DEBORAH J. – CASHMAN, EMMA L. – BATCHELOR, SAMANTHA H. (2012): Enhancing parenting skills for parents with mental illness. The Mental Health Positive Parenting Program, *Medical Journal of Australia*, 199(3), 30–33. DOI: <https://doi.org/10.5694/mja11.11181>
- REUPERT, ANDREA E. – MAYBERY, DARRYL (2010): “Knowledge is power”. Educating children about their parent’s mental illness, *Social Work in Health Care*, 49(7), 630–646. DOI: <https://doi.org/10.1080/00981380903364791>
- ROBERTS, ROSEMARY (2006): *Self-Esteem and Early Learning*, London, Sage.
- RUSSELL, MARCIA (1990): Prevalence of alcoholism among children of alcoholics, in WINDLE, MICHAEL – SEARLES, JOHN S. (szerk.): *Children of Alcoholics. Critical Perspectives*, New York, Guilford Press, 9–38.

- SHER, KENNETH J. (1991): *Children of Alcoholics. A Critical Appraisal of Theory and Research*, Chicago, University of Chicago Press.
- STRACKE, MARKUS – GILBERT, KRISTIN – KIESER, MEINHARD – KLOSE, CHRISTINA – KRISAM, JOHANNES – EBERT, DAVID D. – BUNTROCK, CLAUDIA – CHRISTIANSEN, HANNA (2019): COMPARE family (Children of mentally ill parents at risk evaluation). A study protocol for a preventive intervention for children of mentally ill parents (Triple P, evidence-based program that enhances parentings skills, in addition to gold-standard CBT CBT with the mentally ill parent) in a multicenter RCT-Part II, *Frontiers in Psychiatry*, 10 (54). DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00054>
- THOMAS, ALEXANDER – CHESS, STELLA (1977): *Temperament and Development*, New York, Brunner/Mazel.
- THOMPSON, LAURA A. – TREVATHAN, WENDA R. (2008): Cortisol reactivity, maternal sensitivity, and learning in 3-month-old infants, *Infant Behavior and Development*, 31(1), 92–106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2007.07.007>
- VELLEMAN, RICHARD – TEMPLETON, LORNA (2007): Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children, *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 79–89. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.002386>
- WALL, TAMARA L. – GARCIA-ANDRADE, CONSUELO – WONG, VINCENT – LAU, PHILIP – EHLERS, CINDY L. (2000): Parental history of alcoholism and problem behaviors in Native-American children and adolescents, *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24(1), 30–34. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb04549.x>
- WALTERS, GLENN D. (2014): Pathways to early delinquency. Exploring the individual and collective contributions of difficult temperament, low maternal involvement, and externalizing behavior, *Journal of Criminal Justice*, 42(4), 321–326. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2014.04.003>
- WERNER, EMMY E. – JOHNSON, JEANNETTE L. (2004): The role of caring adults in the lives of children of alcoholics, *Substance Use and Misuse*, 39(5), 699–720. DOI: <https://doi.org/10.1081/JA-120034012>
- WEST, MELISSA O. – PRINZ, RONALD J. (1987): Parental alcoholism and childhood psychopathology, *Psychological Bulletin*, 102, 204–218. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.102.2.204>
- ZUCKER, ROBERT A. – WONG, MARIA M. – PUTTLER, LEON I. – FITZGERALD, HIRAM E. (2003): Resilience and vulnerability among sons of alcoholics. Relationship to developmental outcomes between early childhood and adolescence, in LUTHAR, SUNIYA S. (szerk.): *Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, Cambridge, Cambridge University Press, 76–103. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.006>

Factors supporting resilience in children of parents with addiction problems

ABSTRACT

Based on the research, a significant part of the children of alcoholic parents do not become alcoholics themselves, and are even able to function well despite the difficulties. Psychology calls this good enough functioning resilience, as a result of which we can experience a positive quality of life and functioning despite adverse life experiences and serious threats to adaptation or development. Protective factors that support good enough functioning are factors that promote resilience. In this paper, we summarize the important resilience-supporting factors that, if supported or developed from early childhood, can help the well-being of children of parents with addiction problems.

KEYWORDS: resilience, childhood, parental addiction problems

F. LASSÚ ZSUZSA | Pszichológus, egyetemi docens, az ELTE Tanító- és Óvóképző Kar oktatója. Kutatási területe a kora gyermekkori mentális jóllét, a reziliencia, a családi mentális sérülékenység és a szexuális abúzus megelőzése. Magánpraxisában többek között alkoholbeteg szülők felnőtt gyermekeinek támogatásával és traumafeldolgozással foglalkozik.

MARJAI KAMILLA

A függőséggel terhelt test valósága, élményvilága és jelentésváltozatai

DIO 10.56699/MT.2023.1.8

ABSZTRAKT

A test szerteágazó és gazdag jelentésvilága valószínűsíti, hogy a függőség értelmezése is több irányt vehet a medikális alapvetéseken túl. Érvényes felvetésnek bizonyul a testkép és a függőség kifejlődésének kapcsolatát szemrevételezni, hasonlóképpen fontos szempont a függőséggel terhelt test és a következményként leértékelt testkép kapcsolata. A kutatások alátámasztják a testkép befolyásoltságát a függőséggel összefüggésben, nem csupán a kémiai addikciók, de a viselkedési függőségek vonatkozásában is, ugyanakkor a nők és férfiak összevetésében különbségek rajzolódnak ki. A jövőre nézve kihívást támaszt elének a testkép és a testtudat fogalmainak beemelése a komplex addiktológiai terápiás repertoárba.

KULCSSZAVAK: függőség, absztinencia, jelentés, testkép, testtudat

A mikor a testkép vagy testtudat fogalma klinikai kontextusban, pszichológiai-pszichiátriai vonatkozásban felmerül, elsősorban nem a függőségre asszociálunk. Ahhoz, amit az addiktológiai kórképekről tudunk, nem tapad hozzá magától értetődően a testkép vélt zavara. Sőt, ha a függőség „esszenciájára” és vezető tüneteire gondolunk, akkor sem merül fel a testkép erőteljes érintettsége, a testbirtoklás szubjektív élménye, sem sorvezető szempontként, de járulékosan felvetődő jelenségként sem. A függőségről kialakult elképzelések szünni nem akaró, fáradhatatlan készletként ragadják meg az addikció mibenlétét, mely idővel kiüresedik, önmagáért való volta nem hoz érdemi megkönnyebbülést vagy felszabadulást. A gyorspostával rendelt boldogság nem ér célba, feladattá válik nap mint nap küzdelmesen felkapaszkodni a létezés küszöbére, miközben a kezdeti vágyott állapot láthatatlan távolságba kerül, de feledésbe sosem merül. Mindez azonban az emberi test által és az emberi testben történik.

A FÜGGŐSÉG MIBENLÉTE

Szenvedélybetegekkel dolgozó szakemberek más-más megfogalmazásban gyakran felteszik a kérdést klienseiknek: „Ön mit kér a szertől?” A kérdező elsősorban arra kíváncsi, hogy mi az a vágyott vagy éppen elkerülni szándékolt állapot, érzés, amelyre megoldást nyújt vagy nyújtott kezdetben a szerhasználat. A szakirodalom a függőséget kialakító viselkedés és szerhasználat háttérében két mechanizmust azonosít. A *húzómechanizmus* arra a motivációra utal, hogy a szerfogyasztó egy kívánt érzés vagy állapot epicentrumába sodródjon, elérje a vágyott eufóriát, nyugalmat, önbizalmat és magabiztosságot nyerjen, vagy éppen bátorságot a céljai teljesítéséhez. A szerhasználó egyértelmű nyereséget, többletet vár, kér és kap. A *lökésmechanizmus* értelmében viszont a szer egy nemkívánatos állapotból lendíti ki használóját, olyan illuzórikus dimenziót nyit meg a szerfogyasztó előtt, ahol nem kell a szorongással, a félelemmel, a magánnyal szembeülnie. A lökésmechanizmus során ezt a célt teljesíti a szer, törvényszerű illékonyssággal (Gerevich–Bácskai, 2000).

Amikor szenvedélybetegekkel dolgozunk – függetlenül attól, hogy milyen kompetenciával, milyen szemléleti elköteleződés szerint és milyen ellátási formában tesszük –, javarészt a függőségnek erre az „esszenciájára” összpontosítunk. Vagyis arra, hogy létezik egy kémiai szer vagy egy kényszeresen és ismétlődően kivitelezett cselekvés (például szerencsejáték-használat, szex, vásárlás, munka), ami válaszokat ad a függőnek azokra a kérdéseire, amelyek nehezen vagy egyáltalán nem tehetők fel, nem önthetők szavakba. A felépülési munka része lehet e kérdések artikulálása, szükségletek, igények, hiányok és vágyak azonosítása, illetve tudatosítása, új és alternatív válaszok kidolgozása. A szenvedélybetegek ellátása számos szakmai kompetenciát mozgósít: szerephez jut az orvos (háziorvos, belgyógyász és pszichiáter), a pszichológus, az addiktológiai konzultáns, a szociális munkás. Ha csak ebből indulunk ki, akkor is jól látható, hogy maga a függőség mennyire sokrétű jelenség, és mennyi eltérő természetű részproblémát rétegez egymásra. A függőség bio-pszicho-szociális, más megfogalmazásban bio-pszicho-szociális-spirituális kérdéskör, és ha csupán egy-egy komponens felől közelítünk a megoldások felé, akkor a függőség egészlegességétől tartunk távolságot (Tremkó et al., 2016). Meghaladott az az elképzelés, mely szerint a függőt csupán „le kell szoktatni” a függőségét életben tartó szerről. A korszerű addiktológiai szemlélet alapján elképzelhetetlen, hogy a pszichoaktív szer elvétele és hiánya végleges és minden problémát orvosló választ ad az addikció kérdésére. A gyakorlatban látunk arra példát, hogy gyógyszeres úton beállíthatók olyan fékek, melyek az alkoholfogyasztást gátolják. Emellett fennáll annak elméleti lehetősége, hogy vakcinás immunterápiával, idegsebészeti beavatkozással, mély agyi stimulációval, koponyán keresztül végzett mágneses stimulációval direkt megoldások szülessenek a szerfüggőség gátlására, ugyanakkor a módszerek igazolhatósága, az etikai dilemmák megnyugtató feloldásának hiánya miatt ezekkel az eszközökkel a közeljövőben még biztosan nem számolhatunk (EMCDDA, 2008). Teljes bizonyossággal kijelenthető, hogy a függőség biológiai rétege nem biztosít kizárólagos hozzáférést az addikciók megérté-

séhez. De ez a korlátoltság a bio-pszicho-szociális(-spirituális) halmaz többi komponenséről is elmondható. A lélektani megközelítés számos akadályt elgördíthet a felépülni vágyó függő útjából, de bizonyos, hogy a függőséget érintő szomatikus problémákra nem, nem kizárólagosan vagy csak részben tud megoldást kínálni. A szociális támogatás számottevő erőforrás egy felépülő függő számára, de jó eséllyel nem képes ellátni minden felépülést segítő funkciót. A spirituális útkeresés szintén motorja lehet a felépülésnek, azonban kizárólagossága olykor olyan zsákutca, amely felér egy szerváltással. Gyakori példa, hogy a szerhasználatot elhagyó szenvedélybeteg függőségbe hajló, önmagára nézve destruktív csoportelköteleződést vállal, mindent kizáró fanatizmussal tapad meg egy vallásban, spirituális eszmerendszerben vagy az azt képviselő közösségben. A bio-pszicho-szociális(-spirituális) modell egyfajta holisztikus hozzáállást tesz lehetővé, amelynek segítségével a magyarázó komponensek egységbe rendeződve rajzolják meg azt a keretet, melyen belül a függőség és a felépülés értelmezhető.

Az úgynevezett bio-pszicho-szociális modell George L. Engel amerikai belgyógyász és pszichiáter nevéhez köthető, aki 1977-ben terjesztette elő azt az elgondolást, mely test és lélek látszólag egyértelmű egységét és működési párhuzamát

hangsúlyozza. Ez az együtt járás azonban korántsem magától értetődő, hiszen a korábban uralkodó biomedikális modell kizárólagos fókuszusa a test, és gyakori végkövetkeztetése, hogy a komplex kórfolyamatok egyetlen kiváltó okra vezethetők vissza. Ezzel szemben a bio-pszicho-szociális modell a három tényező patológiás irányokat kijelölő kölcsönhatását teszi felelőssé a kóros állapotok létrejöttében (Máté, 2021). A modell ugyanezen tényezők hatásával számol a gyógyítás és felépülés célteljesítése során is, oly módon, hogy a protektív potenciál kiaknázására törekszik. A bio-pszicho-szociális modell térhódítása nem kizárólagosan az addiktológia világát érintette, ahogy a biomedikális modell sem csupán a szenvedélybetegségek értelmezését szötte át. Miközben a bio-pszicho-szociális modell a legújabb elképzelések szerint kiegészül a spiritualitással, ezzel egyidejűleg a biomedikális modell érvényesülése sem tehető múlt időbe (Máté, 2021). A biológiai orvoslás bevehetetlen bástyafalai hosszú időn keresztül makacsul ellenálltak a kóreredet demedikalizált magyarázatainak és a klaszszikus orvosláson kívül eső, egyéb természetű, segítő szándékú kezdeményezéseknek. A biomedikális elköteleződés legradikálisabb képviselői már-már okkultizmusként, de legjobb esetben is csak jó szándékú laikus gesztusként tekintettek azokra a segítő-támogató beavatkozásokra, melyek a biológiai orvoslás határán kívülről származnak. Közben a függőségek kezelését tekintve születtek új és alternatív elképzelések, aminek eredményeként a szociális és pszichológiai aspektus egyre nagyobb hangsúlyt kapott,

Gyakori példa, hogy a szerhasználatot elhagyó szenvedélybeteg függőségbe hajló, önmagára nézve destruktív csoportelköteleződést vállal, mindent kizáró fanatizmussal tapad meg egy vallásban, spirituális eszmerendszerben vagy az azt képviselő közösségben.

és mindez ritkán találkozott a medikális álláspont képviselésével. A három hatótényező együttes számbavétele ritkán kapott érvényt, és még a kilencvenes években is inkább üdítő kivétel volt, semmint mindennapos kórházi pillanatkép, hogy orvos, pszichológus, szociális munkás, tapasztalati szakértő egy asztalnál üljön, és partneri viszonyt fenntartva szakmaközi egyeztetést folytasson. (Hozzá kell tennünk: ez még ma sem magától értetődő.) Az egységben látás szükségessége, a hatótényezők azonos súlyú számbavétele nem a biológiai orvoslás létjogosultságát kérdőjelezi meg, sok esetben ennek elsődlegessége sem vitatható. Ugyanakkor a biomedikális modell egyeduralmától a bio-pszicho-szociális-spirituális modell rügyfakadásáig megtett út jól példázza azt is, ahogy a testről, a test állapotairól és állapotváltozásairól gondolkodunk. Egész pontosan azt, hogy miközben a test funkciók és struktúrák teljesülése, egyszersmind történetek, vélekedések, élmények és gondolatok kapszulája is. A függők esetében ez az összetettség különösen jól érzékelhető: az acélhideg materializmus és a spiritualizmus egyaránt érvényes magyarázatokkal szolgál a függőséggel terhelt test megértésére. Érvényes felvetés a mértéktelen alkoholfogyasztással összefüggő belgyógyászati megbetegedésekről beszélni, ahogy arról is, hogy a szenvedélybeteg hogyan veszíti el önazonosságát egy szolgálatkészségét megtagadó, elidegenedett testben.

A TEST JELENTÉSVÁLTOZATAI

Az a tény, hogy test és függőség kapcsolatában az első felmerülő szempont a medikális szemlélet körüli egyensúlyozás, leginkább azt erősíti meg, hogy a függőségre elsősorban mint betegségekre tekintünk. Ilyen módon a függőséggel terhelt testre is úgy gondolunk, mint megbetegített testre. A klasszifikációs rendszerek hosszú évek óta jegyzik a függőségeket, még ha az elnevezések és a kritériumok bizonyos változásokon átestek is. Anélkül, hogy a függőség klinikai relevanciáját megtagadnánk, érdemes más megközelítések terén is szétnéznünk, ha a függőséggel terhelt test lehetséges jelentéseit meg szeretnénk fejteni. A spirituális színezetű és vallási tartalmakkal átítatott kezelési programok és szemléleti megközelítések azt hirdetik, hogy csak egy felettünk álló, magasabb rendű erő szabadíthatja meg a szenvedőt függőségétől. A hit és az elköteleződés vezethet ki a szenvedélybetegség kelepcéjéből, egy másik választás és egy újfajta létállapot fenntartása által tisztulhat meg és minősülhet át a test. Ebben a megközelítésben a test átlényegülésen esik át, de magától értetődően ez a folyamat lelki-szellemi síkon veszi kezdetét. Az effajta felépülésélmények birtokosai vélhetően más testélményről számolnak be függőségük és felépülésük vonatkozásában, mint az „ortodox” egészségügyi ellátásban gyógyulást keresők. Ezzel kapcsolatban azonban nem az ellentmondást érdemes keresnünk, és végképp nem az egyedüli igazságot, hanem a felépülésélmények sokszínűségét, amely a testbirtoklás tapasztalásában is megmutatkozik. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a szubjektív testélmény betegség és gyógyulás kontextusában nem semlegesíti vagy írja felül az objektíválható orvosi állapotokat és tényeket, ugyanakkor az egyén szubjektív jólléte, egészségessége (és egészsége) szempontjából megkerülhetetlen kérdés, hogy a fel-

épülő függő mit érez a saját testével kapcsolatban, hogyan érzékeli és értékeli, mennyire otthonos számára.

A test mint jelentés tehát az anatómiai tényszerűségeken túl is szerteágazó tartalmak irányába terelheti figyelmünket. Czingel Szilvia néprajzkutató-kultúrantropológus *A női test alakváltozatai* című könyvében kifejezetten arra a kérdésre összpontosít, hogy milyen evolúción esett át a női test értelmezése, egyáltalán egyenes irányú evolúcióként tekinthetünk-e erre a folyamatra. Czingel azt bizonyítja, hogy a női test változásai nem az öncélú esztétikum felkutatásának örök idejű dinamizmusa. Ennél sokkal többről van szó, és ha univerzálisabb módon közelítjük meg a kérdést, akkor a nemek közti különbségektől eltekintve is fontos felismerés birtokába juthatunk: történelmi, társadalmi, politikai, ideológiai hullámverések befolyásolták – és befolyásolják a mai napig –, hogy milyennek mutatkozik a női és a férfitest, mit kommunikál önmagával kapcsolatban tudatosan vagy tudattalanul, mi az aktuális szépség- vagy egészségfogalom, amelynek kiteljesítésére törekszik, vagy amellyel dacosan szembe fordul (Czingel, 2021). Ahogy az sem magától értetődő, hogy a test mennyire szoros egységbe rendeződik birtokosával, elválaszthatatlan-e az egység, vagy a test csupán kiszolgál valamit, valakit, szélsőséges esetekben valaki mást vagy valami mást, és nem a birtokosát.

Miközben a test megjelenését, megjelenítését látszólag távolról ható társadalmi erők és üzenetek is meghatározzák, olykor épp egy adott korban és kultúrában tetten érhető testideál az a „régészeti lelet”, amely választ ad a mögöttes indíttatásokkal, szándékokkal, hozzáállásokkal kapcsolatban. Czingel példái ezt támasztják alá. A 19. század végén és a 20. század elején a fűző használata elengedhetetlenül kiszolgálta a vagyonos nők szépségideáljának teljesülését, azzal együtt, hogy explicit normaként és elvárásként fogalmazódott meg ennek a legkevésbé sem kényelmes ruhadarabnak a viselése. A fűzőt jellegzetesen kiegészítő, nyakig sűrű gombolással zárt fodros blúzok, a terebélyesen földre omló harangszoknyák, a magasra emelt, tűzött hajviselet és a lakatként elnehezítő ékszerek gyakorlatilag teljesen ellehetetlenítették az őszintén és pőrén átélhető intimitást, hiszen a halcsontból készült fűzőtől és a többi viselettől leginkább az öltöztetőnő, a cselédlány vagy a komorna segítségével lehetett megválni, a partner olyan hosszas és bonyolult műveletek árán kerülhetett a nő közelségébe, amelyek a kölcsönös intimitást a legkevésbé sem segítették (Czingel, 2021). Az intimitás női oldalán átélhető legátoltságának egyik kordokumentuma William Acton angol orvos 1857-ben megjelent könyve, mely a szaporodási szervek funkcionális és diszfunkcionális működését írja le. A női nemi szervekről abban az összefüggésben kerül szó, hogy a férfiak egészségét károsíthatja az önkielégítés, amely akár halálos kockázatot is jelenthet. Acton kifejti, hogy a legtöbb nőnek nincsenek vagy csak ritkán vannak szexuális vágyai, ugyanakkor férjük igényeinek kielégítése végett alávetik magukat a férj akaratának, kizárólagosan azért, hogy testi örömhöz juttathassák partnerüket. Acton azt is hozzáteszi: „tisztességes nőnek csak ritkán van kielégülése” (Haerberle, 1999: 282). A test tehát kétségkívül kommunikál a birtokosáról,

az egyént integráló kultúráról, társadalomról és az integráció sikerességéről, valamint az adott történelmi korról. A függőséggel terhelt test vélhetően ennél is többről.

A FOGYASZTÁS ÉS AZ ABSZTINENCIA ELLENTÉPÁRJA

Az addiktológiai jelenségek terén az egyik kulcstényező a fogyasztás, illetve ennél is markánsabb problémakör a túlfogyasztás. Gerhard Schulze német szociológus a modern társadalmakat élménytársadalomként nevesíti, ahol kollektív indíttatásként az élménymotiváció érhető tetten. Ez az alapmotiváció az élmények, a jólét és a bőség megszerzését helyezi kilátásba (Horváth–Novák, 2014). A túlfogyasztás kérdésköre aktualitásából cseppet sem vesztve lebeg a szemünk előtt, annak ellenére, hogy az egészségtudatosság korát éljük. Miközben a tömegkultúra ingerküszöbét áttörő és aktuális érvényességet élvező egészségkoncepció lehetővé teszi az olyan egészségtudatos döntések meghozatalát, mint a rendszeres testmozgás, az alacsony szénhidrát tartalmú ételek fogyasztása, a szerfogyasztást nem lehet egy kalap alá venni ezekkel a törekvésekkel. A teljes szermentesség vagy éppen a tudatos mértéktartásra törekvés mint divatteremtő egészségtudatos vállalat nem dörömböl oly hangosan a tömegkultúra ajtaján, mint például a húsmentes táplálkozás. Hogy miért nem tört be az egészségpiacra a szermentesség mint „termék”, annak megválaszolására ebben a keretben biztosan nem adható teljes válasz. Az egyik ok feltételezhetően a fogyasztói társadalom érdekeltségeinek mibenléte, amely értelemszerűen nem a fogyasztással ellentétes tartózkodást, mértéktartást, „nemfogyasztást” népszerűsíti. Minderről Mihaldinecz és munkatársai így fogalmaznak: „A fogyasztói társadalom [...] megvalósíthatatlan identitásokat (identitáspótlékokat) kínál jutányos áron, esetleg végkiárusítás formájában. Az idealizált test, a hiperreális celebtest az eksztázis eszköze: legyen szó drogokról, szexualitásról vagy mesterséges testátalakító technikákról. Ezek az uniformizált fantáziakarakterek mint emblémák sajátos attitűdök, vágyak hordozói. A testhez köthető élvezetek a fogyasztás változatos formáira készítenek: az identitás ennek függvényében alakul. A fogyasztói társadalomban a testiség korábbi megvetése a tökéletlen test iránti undorrá változik, míg a »tökéletes« test kultikus tárggyá válik” (Mihaldinecz et al., 2010: 20).

A fogyasztással kapcsolatban azonban fontos kijelölni az absztinencia és a mértékletesség határát. A „semmit” és a „keveset” között ugyanis jelentős különbség mutatkozik, és addiktológiai vonatkozásban ez a különbség lényegesen nagyobb és súlyosabb, mint ami a „keveset” és a „mértéktelenül sokat” közt fennáll. A függőségből való felépülés küszöbét jelző absztinencia a teljes szermentesség vállalását jelöli kikapuk, engedmények és kivételek nélkül. Az absztinencia első, de messze nem legfontosabb üzenete a szenvedélyszerről való lemondás. Ha önmagában a lemondás volna az absztinencia lényege, akkor a szermentesség a megfosztottság örömtelen állapotát jelentené, amely önkéntesen vállalt célkitűzésként a legtöbbször távol állna. Az absztinencia vállalásának gyakori vejejárója a gyász, ami tökéletesen indokolt, ha belegondolunk abba, hogy az adott szer meghatározó funkciót látott el, és működtette az egyén teljesítőké-

pességét, a lökés- és a húzásmechanizmus motorja volt. Ha ez többé nem hozzáférhető, betöltetlen űr marad utána, így nem meglepő, ha az egyén tanácstalanul megtorpan, és nosztalgikus vágyódással gondol a szerre.

Bármilyen keretben gondolkodunk az absztinenciáról, fogalma túlmutat a megfosztottságon. Az absztinencia mindenképp eszköz, és nem cél. A szermentesség hozzáférést biztosít olyan célok teljesítéséhez, melyeket épp a szerhasználat gátolt le. Ezek a célok sokszínűek, és teljes mértékben személyre szabottak. Gyakori, hogy a személyes kapcsolatok rendezése, az önértékelés stabilizálása, a kiszámítható és bejósolható mindennapok teljesülése vagy a magány felszámolása jelenti a célt, de végtelen a száma és kombinációja azoknak a célmeghatározásoknak, melyek az absztinencia vállalását ösztönözhetik. Az absztinencia vállalása és a cél teljesülése között hosszú tanulási és újratanulási szakasz húzódik, új játékszabályokat kell írni azokra a helyzetekre, melyek korábban a szerhasználat által valósultak meg. Azok a felépülési koncepciók, melyek az absztinenciát tekintik a változás alapjának, többnyire ezt az elvet közvetítik. Az absztinencia azonban a szerfüggők életében első körben mindenképp a test gyepőlön tartását jelenti. Ez radikális változással és akár fizikai szenvedéssel is jár, de végső soron ez hordozza a test újbóli birtokbavételének egyedüli ígérését.

TESTBIRTOKLÁS ÉS FÜGGŐVÉ VÁLÁS

A testbirtoklás, a testkép és a függőség kapcsolata két irányból is megközelíthető. Egyrészt felmerül a kérdés, hogy a saját test szubjektív megtapasztalása milyen módon járul hozzá a függőségek kialakulásához és fennmaradásához, feltételezhető-e közvetett vagy közvetlen kapcsolat, netán kauzalitás. Másrészt az sem elhanyagolható kérdés, hogy a függőség ténye hogyan befolyásolja a test birtoklását, a test otthonosságának megélését.

Az első kérdéskörnél ismét felvetődik az, ahogy a gyakorló addiktológus érdeklődik kliense, páciense szerhasználatára felől: „Mit kér Ön a szertől?” A vélt, valós és elvárt szerhatás ugyanis irányulhat arra, ahogyan a fogyasztó a saját testét látja, értékeli. Léteznek elképzelések, melyek alapján az alacsony önbizalom és a kedvezőtlen énkép elleni védelem meghatározó faktorok az alkohol- és drogfüggőség kialakulásában, ugyanakkor megbízhatóbb kapcsolatról és együtt járásról, mint kauzális viszonyról beszélni ebben a tekintetben (Gold–Mann, 1972; Gross, 1971; Samuels–Samuels, 1974). A testkép és a problémás alkoholhasználat közt számottevő kapcsolat áll fenn, különösen a nők körében. Ez a kapcsolat részben magyarázható az alkoholhoz társított elvárásokkal, melyek magasabb önbizalmat, könnyebben elérhető szociabilitást helyeznek kilátásba. Holzhauser és munkatársai (2016) kutatásuk során azt az eredményt kapták, hogy nők esetében szignifikáns kapcsolat mutatható ki a testkép és az alkoholhoz társított elvárások, valamint a heti rendszerességű alkoholfogyasztás között, ahogy az alkoholfogyasztáshoz fűződő elvárások és a heti gyakoriságú ivás közt is igazolódott a kapcsolat. Ezzel szemben férfiak esetében csak a fogyasztási gyakoriság és az alkoholhoz fűződő

elvárások közt állt fenn kapcsolat. Összességében az alkoholra vonatkozó elvárások közvetítő tényezőként befolyásolták a testkép és az alkoholfogyasztási gyakoriság közti kapcsolatot a nők esetében, ez azonban nem igaz a férfiaknál. A magukat túlsúlyosnak ítéelő, kedvezőtlen testképpel rendelkező nők jelentősebb kockázatnak vannak kitéve a túlfogyasztással szemben, különösen ha az alkohol szociális facilitátorként funkcionál az elvárások metszetében (Holzhauer et al., 2016). Wu és munkatársai (2014) serdülők szerhasználatát vizsgálták, és a testképhez kapcsolódó önbizalmat prediktorként azonosították a serdülő lányok alkoholfogyasztása kapcsán. Fiúk körében az iskolai jelenlét-höz és a kortárskapcsolatokhoz fűződő önbizalom prediktálja a droghasználatot.

A rögzült hiedelmek és a szerhasználat fenntartásának motivációja transzparense kapcsolódik össze a dohányzás esetében. A dohányzás fenntartásában jelentős motiváció a dohányosoknak azon percepciója, miszerint a dohányzás hatékony eszköze a testsúlykontrollnak (Borrelli–Mermelstein, 1998; Marcus et al., 1999). Clark és munkatársai (2005) pedig arra az eredményre jutottak, hogy bár a dohányzás súlyossága és a testsúlyproblémák közt nincs kapcsolat, a cigarettáról való leszokás motivációja csökken, amennyiben a dohányosoknál testsúlyproblémák is fennállnak (Clark et al., 2005). Ha különbséget teszünk a túlsúlyosságtól való félelem és a karcsúvá válás motivációja között, felsőoktatásban tanuló nők mintáján az igazolódik, hogy a karcsúság elérésének készítése erősebb prediktora a dohányzásnak, mint a túlsúlyosságtól való félelem. Így feltételezhető, hogy a napi dohányosok körében a súlyvesztés erőteljesebben jelentkező szándék, mint az aktuális testsúly megtartása vagy a túlsúly kialakulásának elkerülése (Copeland et al., 2016).

Úgy tűnik, a testkép, a saját testhez fűződő elégedettség és önbizalom nem csupán a kémiai szerek intenzív használatával áll kapcsolatban, de a viselkedési addikciók vonatkozásában is fennáll a kapcsolat. A testedzésfüggőség, az evészavarok, a kompulzív vásárlás esetében könnyen értelmezhető a felvetés, hogy miként lehet a saját testhez fűzött önbizalom az origója egy olyan tevékenységnek, amely addikcióvá fejlődik, de olyan addiktológiai jelenségeknél is megragadható a kapcsolat, mint a problémás internethasználat.

Katarina Prnjak és munkatársai (2022) szisztematikus szakirodalmi áttekintésükben az evészavarok és az izomdiszmorfia kapcsán felmerülő specifikus testképjellemzők azonosítására törekedtek. Abból az alapvetésből indultak ki, hogy a testkép zavara kulcs-tényező az evészavarok és az izomdiszmorfia vonatkozásában. Következtetésük szerint a testtel való elégedetlenség a leghátrébb jellemző az evészavarok és az izomdiszmorfia esetében. A klinikai és kontrollcsoport összevetésénél is a testtel való elégedetlenség mentén rajzolódott ki a legmarkánsabb különbségek, különösen a bulimia nervosa esetében.

Emilie Lacroix és Kristine von Ranson (2019) arra a következtetésre jutott, hogy az étkezéssel összefüggő pszichoszociális zavarok sokszínűségében is központi szerepe van a testképnek. Kutatásuk szerint a testkép zavara részleges mediátora az ételfüggőség és

az étkezéssel összefüggő pszichoszociális zavarok kapcsolatának. Annak ellenére, hogy a nők körében súlyosabb mértéket ölt az ételfüggőség, jelentősebbek az étkezéssel kapcsolatos pszichoszociális zavarok, és a testkép zavara meghatározóbb, sem a nem, sem a testtömegindex (BMI) nem mediálta az ételfüggőség és az étkezéssel összefüggő pszichoszociális zavarok kapcsolatát.

Koronczai Beatrix és munkatársainak (2013) kutatása szerint a testkép, a külső megjelenés és a problémás internethasználat kapcsolatában mediáló tényezőként azonosítható az önbizalom és a depresszió, így nem csupán a külső megjelenés és a problémás internethasználat közvetlen kapcsolata áll fenn, hanem közvetett kapcsolat is azonosítható. Ez az eredmény mindkét nem esetében helytállóan bizonyult. Mindez támogatja azon kutatások eredményeit, melyek alapján a kedvezőtlen testkép a problémás internethasználat prediktorának bizonyult (Hetzel-Riggin – Pritchard, 2011; Rodgers, 2013). Kézenfekvő magyarázat, hogy az internethasználat „láthatatlanná” teszi a függőségben érintett felet, a fizikai test mindvégig takarásban marad, miközben a virtuális térben megélhető egyfajta alternatív jelenlét (Koronczai et al., 2013).

A TEST FÜGGŐSÉGBŐL EREDŐ ÉLMÉNYVILÁGA

Relevánsnak bizonyul hát az a feltevés, hogy a testkép hat a függőség kialakulására, de nem kevésbé fontos szempont, hogy a függőség miként befolyásolja a testképet. Drew Leder (1990) azt állítja, hogy jellemzően „távoltartott” testet birtoklunk, a mindennapokban nem tudatosan éljük meg testünk létezését, figyelmünket kevésbé köti le testünk létezésének ténye. Jellemzően akkor tolikodik a tudatba, és kerül a tudatosság felszínére a test birtoklása, amikor valamilyen trigger ezt indokoltá teszi, vagyis a test betegségnek, fájdalomnak, kényelmetlenségnek van kitéve. A függőség a pszichológiai és pszichoszomatikus jóllétet (*well-being*) egyaránt befolyásolja (Gainotti, 1999). A szenvedélybetegek sűrűn vállalnak kockázatot azért, hogy elérjék a vágyott érzelmi és testi állapotot. Ennek gyakori következménye a testi károsodás, sérülés megtapasztalása. Miközben maga a szerhasználat a komfort, az önmegnyugtatás és a rituális aspektusok jegyében történik, mindez az öndestruktivitás kontextusában ölt testet (Kissen–Kissen-Kohn, 2009). Ennek látható jelei aligha megkérdőjelezhetők. Az arc jellegzetességeit erőteljesen befolyásolja a hosszan tartó alkoholfüggőség: a vörös szem, a vörös orr, az arc és a nyak ráncai árulkodnak az addikcióról. Az arcbőr erei kitágulnak, a kipirultság állandósul, és a májkárosodás miatt a bőr elvékonyodik. A jellegzetes testtartás, az elhanyagolt külső, az alultápláltság vagy akár a túlsúly is jelezheti az alkoholfüggőséget, bár e jellegzetességek egyike sem társítható specifikusan és kizárólagosan az alkoholizmushoz (Kinney–Leaton, 1982; Mueller–Ketcham, 1987). Sussman és munkatársai (1990) kutatásuk során arra az eredményre jutottak, hogy az arc és a test jellemzőinek megítélése kapcsolatban áll az intenzív alkoholfogyasztás idejének hosszával, az arckifejezések vonatkozásában azonban nem találtak szignifikáns kapcsolatot a szerabúzással eltöltött idővel. Úgy tűnik azonban, hogy az arc a legárukodóbb az intenzív alkoholfogyasztás

időhosszát érintően, a legerősebb kapcsolatot az arc jellegzetességei és a szerabúzus ideje közt találták a szerzők.

Jacques Arpin színház-antropológiai megközelítéssel élve három formát különböztet meg a test megnyilvánulásával kapcsolatban. Felosztása a szenvedélybetegek rehabilitációjában alkalmazott színházterápia keretrendszerében is jól értelmezhető. A *klinikai test* a betegséget és traumát reprezentálja, ennek jegyeit viseli magán a gyengeség és fizikai jelek által. A társas visszatükrözés a klinikai testről tanúskodik a sajnálkozás, a meglepetség, az elzárkózás vagy a távolságtartás révén. Ennek az állapotnak a meghaladását jelzi az *előadói test* megszületése az előadás kontextusában. A betegség és a tünetek korlátjai átléphetők, a test a klinikai munka szolgálatába állítható. Az előadói test képes az élettörténet vagy annak töredékeinek megmutatására (színház)terápiás keretek közt. A harmadik állapot a *kulturális test* stádiuma, vagyis annak a testnek a teljes jelkészlete, mely visszatalált a közösségbe (Arpin, 2003; Mihaldinecz et al., 2010).

Léteznek olyan pszichológiai megközelítések, melyek a testi élmények és a pszichomotricitás fókuszba emelését szorgalmazzák a függőség kezelése során. Ezt részben az a megfigyelés támogatja, hogy a szenvedélybetegek nehézségekkel küzdenek a verbális kommunikáció terén, miközben a terápiák túlnyomó része erre alapoz. A függők által megtapasztalt testi élmények jellemzően az autodestruktivitás, az autoerotika, a repetíció és a késztetések közti összeférhetlenségek körül gravitálnak. Amann Merete Gainotti (1999) kutatásában kezelésben álló drogfüggő személyek emberi testről, egész pontosan a test belsejéről készült rajzait vizsgálta függőségben nem érintett gyermekek és serdülők rajzaival összevetve. A függőséggel küzdő vizsgálati személyek rajzainak csupán 7 százaléka jelenített meg anatómiai valóságot és tudást tükröző részleteket. A rajzok 60 százaléka viszont metaforikus szinten adott jelentést a megjelenített emberi testnek az anatómiai valóságra utalás mellőzésével. A test belsejének megjelenítése projektív hangsúllyal jelentett felhívást a belső mentális világ és a mentális problémák kifejezésére. A destruktivitás és agresszió visszatérő motívumaként jelent meg a vihar, a villámlás, a bombatámadás, a vulkánkitörés képe, ahogy a konfliktusok, harcok, a pozitív és negatív erők összezapásai is vissza-visszaköszöntek az ábrázolásokon az éjjel és nappal, az ördög és angyal ellentétpárjaiban. Szintén visszatérő részlet volt a robot és a mechanikusan vezérelt ember. A függőségben érintett vizsgálati személyek 33 százaléka alkotott olyan köztes csoportot, amely az anatómiai elemeket a metaforikus elemekkel kombinálta rajzolás közben. Gainotti értelmezésében az emberi test és belsejének ábrázolása tehát lehetséges eszköze annak a dialógusnak, amelynek keretén belül artikulálható a belső világ és a mentális problémák szubjektíven megélt valósága.

Gloria Leventhal és munkatársai kutatása szerint az alkoholt és más drogot abuzív módon fogyasztó nők és férfiak egyaránt nagyobb mértékű torzítást élnek meg testképükkel kapcsolatban, mint a nem szerhasználók. A férfiak esetében ezek a torzítások a kontroll- és hatalomgyakorlás iránti megnövekedett igénnyel hozhatók összefüggésbe, a nőknél pedig a bizonytalansággal és az alárendelődéssel (Leventhal, 1983).

FELÉPÜLÉS A TEST FÓKUSZBA ÁLLÍTÁSÁVAL

Addiktológiai keretben a felépülés célmeghatározását több terápiás eljárással lehetséges megtámogatni. Idetartozik a Georges Baal-féle *színházterápia*, mely a kilencvenes évek óta ismert, és elsősorban a bentlakásos addiktológiai intézmények terápiás palettáját gazdagítja (Marjai, 2018). A színházterápia erőteljesen támaszkodik a testi kifejezést érintő pszichoanalitikus, illetve a test és az elme integrációját hangsúlyozó elméletekre, valamint az *embodiment* fogalmára, miközben a testfókuszú munkát ötvözi a verbálitással, akár szépirodalmi szövegek parafrázálásával is (Hegedűs et al., 2022). A színházterápiával rokonságban áll a *pszichodinamikus mozgás- és táncterápia*, mely pszichodinamikus elméleti megalapozottsággal épít a spontán mozgás, az érintéssel és mozgással zajló kommunikáció, a testi-mozgásos élmény jelenségeire. Alapvetése, hogy a mozgás és a testi élmény önmagában és szimbolikus, önkifejezést segítő jelentésével egyidejűleg értelmezhető (Merényi, 2021). A felépülésorientált terápiás munkától nem idegen a *mindfulness* vagy magyarul tudatos jelenlétként fordított módszer, mely egyebek mellett arra is lehetőséget teremt, hogy a test érzeteit és üzeneteit tetten érje, azonosítsa, átélje, és tudatosan birtokba vegye a felépülő függő (Williams–Kraft, 2019). A pszichoterápia világától egyre távolodva olyan testtudati technikán alapuló módszerekkel is érdemes számolni, melyek jótékonyan a felépülés szolgálatába állíthatók. Idetartozik az addiktológiai ellátásban is teret nyert *jóga*, vagy az ez idáig kevésbé alkalmazott tai chi (Korbai, 2019).

ÖSSZEGZÉS

A test jelentéshordozó jellegénél fogva jócskán túlmutat saját fizikai valóján. A függőséget befogadja, elnyeli és tükrözi is egyben. A testbirtoklás vélhetően sokkal jelentősebb szerephez jut a függőség kialakulásában, mint amekkora hangsúlyt ez a kapcsolat eddig kapott. A test történeteket hordoz és tárol, olykor fizikai lenyomatokkal tanúskodik az elszenvedett traumákról, sérülésekről vagy hiányokról. A birtokolt testhez kapcsolódó elidegenedés, alacsony önbizalom, elégedetlenség és az önazonosság hiánya olykor kerülő úton vagy éppen nyílegyenesen szerhasználatra ösztönöz, egy cselekvés kompulzív és ismétlődő végrehajtását serkenti, ami függőség kialakulását helyezi kilátásba. Egyrészt tehát jelentős preventív értéket képviselhet a testképpel végzett testtudati munka. Másrészt a függőség is visszahat a testbirtoklás élményére, befolyásolja és alakítja a saját testet érintő jelentésformálást, olykor metaforák magjává válik. A függőséggel terhelt test azonban nem a világ számára mozdulatlanságában kiállított torzó, képes a változásra, és arra, hogy dialógusba lépjen a külvilággal. A változási potenciál terápiás kiaknázhatósága ismert, de adósságunkat jelzi, hogy nem kellőképpen elterjedt. A jövő kihívása, hogy a korszerű addiktológiai terápiás repertoár megérdemelt nyitottságot mutasson a test fókuszba emelése, a testkép kérdéseinek körüljárása és a testtudati munka felé.

Felhasznált irodalom

- ARPIN, JACQUES (2003): Masters of their conditions. At the crossroads of health, culture and performance, *Transcultural Psychology*, 40. évfolyam, 2003/3., 299–329. DOI: <https://doi.org/10.1177/13634615030403001>
- BORRELLI, BELINDA – MERMELSTEIN, ROBIN (1998): The role of weight concern and self-efficacy in smoking cessation and weight gain among smokers in a clinic-based cessation program, *Addictive Behaviors*, 23. évfolyam, 1998/5., 609–622. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00014-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00014-8)
- CLARK, MATTHEW M. – HAYS, TAYLOR J. – VICKERS, KRISTIN S. – PATTEN, CHRISTI A. – CROGHAN, IVANA T. – BERG, EMILY – WADEWITZ, SHEILA – SHWARTZ, STEFANIE – DECKER, PAUL A. – OFFORD, KENNETH P. – SQUIRES, RAY W. – HURT, RICHARD D. (2005): Body image treatment for weight concerned smokers. A pilot study, *Addictive Behaviors*, 30. évfolyam, 2005/6., 1236–1240. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.10.009>
- COPELAND, AMY L. – SPEARS, CLAIRE A. – BAILLIE, LAUREN E. – McVAY, MEGAN A. (2016): Fear of fatness and drive for thinness in predicting smoking status in college women, *Addictive Behaviors*, 54. évfolyam, 2016/1., 1–6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.010>
- CZINGEL SZILVIA (2021): *A női test alakváltozatai*, Budapest, Jaffa.
- EMCDDA (2008): *Addiction neurobiology. Ethical and social implications*, Lisszabon, Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/545/EMCDDA-monograph9_161697.pdf (letöltve: 2022. 09. 18.).
- GAINOTTI, AMANN MERETE (1999): Body image and drug addiction. *Perceptual and Motor Skills*, 88. évfolyam, 1999/1., 21–22. DOI: <https://doi.org/10.2466/pms.1999.88.1.21>
- GEREVICH József – BÁCSKAI ERIKA (2000): *A kortárssegítés tanári kézikönyve*, Budapest, Egészséges Ifjúságért Alapítvány.
- GOLD, MARTIN – MANN, DAVID (1972): Delinquency as defense, *American Journal of Orthopsychiatry*, 42. évfolyam, 1972/3., 463–479. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1972.tb02513.x>
- GROSS, WILLIAM F. (1971): Self-Concepts of alcoholics before and after treatment, *Journal of Clinical Psychology*, 27. évfolyam, 1971/4., 539–541. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197110\)27:4<539::AID-JCLP2270270443>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197110)27:4<539::AID-JCLP2270270443>3.0.CO;2-8)
- HAEBERLE, ERWIN J. (1999): Mi is a szexuális egészség?, *Szenvedélybetegségek – Addictologia Hungarica*, 7. évfolyam, 1999/4., 282–285.
- HÉGEDŰS ATTILA – LŐRINCZ SÁNDOR – PÁSZLI LÍVIA – WALTER KATALIN (2022): Színházterápia, in KISS ANNA – FARKAS JUDIT – KAPITÁNY-FÖVÉNY MÁTÉ (szerk.): *Addiktológiai zavarok pszichoterápiája*, Budapest, Medicina, 380–393.

- HETZEL-RIGGIN, MELANIE D. – PRITCHARD, JACOB R. (2011): Predicting problematic Internet use in men and women. The contributions of psychological distress, coping style, and body esteem, *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 4. évfolyam, 2011/9., 519–525. DOI: <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0314>
- HOLZHAUER, CATHRYN GLANTON – ZENNER, ASHLEY – WULFERT, EDETGART (2016): Poor body image and alcohol use in women, *Psychology of Addictive Behaviors*, 30. évfolyam, 2016/1., 122–127. DOI: <https://doi.org/10.1037/adb0000115>
- HORVÁTH ZSUZSANNA – NOVÁK GÉZA MÁTÉ (2014): Az épség és alternatívái. Testtudati fókuszok terápiás és színházpedagógiai kontextusokban, *Iskolakultúra*, 24. évfolyam, 2014/7–8., 69–79.
- KINNEY, JEAN – LEATON, GWEN (1982): *Understanding Alcohol*, New York, Thomas A. Manning.
- KISSEN, MORTON – KISSEN-KOHN, DEBRA A. (2009): Reducing addictions via the self-soothing effects of yoga, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73. évfolyam, 2009/1., 34–43. DOI: <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.1.34>
- KORBAI HAJNAL (2019): Testtudati technikák különböző alkalmazott területeken. A terapeuták testi tudatosságának, kapcsolati kompetenciáinak és a terápiás hatékonyságnak az összefüggései (doktori disszertáció), Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, https://www.ppk.elte.hu/dstore/document/372/Korbai_Hajnal_disszertacio.pdf (letöltve: 2022. 10. 20.).
- KORONCZAI BEATRIX – KÖKÖNYEI GYÖNGYI – URBÁN RÓBERT – KUN BERNADETTE – PÁPAY ORSOLYA – NAGYGYÖRGY KATALIN – GRIFFITHS, MARK D. – DEMETROVICS ZSOLT (2013): The mediating effect of self-esteem, depression and anxiety between satisfaction with body appearance and problematic internet use, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39. évfolyam, 2013/4., 259–265. DOI: <https://doi.org/10.3109/00952990.2013.803111>
- LACROIX, EMILIE – VON RANSON, KRISTINE M. (2021): Body image disturbance partially explains eating-related psychosocial impairment in food addiction, *Eating Behaviors*, 41. évfolyam, 101512. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101512>
- LEDER, DREW (1990): *The Absent Body*, Chicago, University of Chicago Press.
- LEVENTHAL, GLORIA (1983): Body image of drug and alcohol abusers, *The International Journal of Addiction*, 18. évfolyam, 1983/6., 791–804. DOI: <https://doi.org/10.3109/10826088309033048>
- MARCUS, BESS H. – ALBRECHT, ANNA, E. – KING, TERESA K. – PARISI, ALFRED F. – PINTO, BERNARDINE M. – ROBERTS, MARY – NIAURA, RAYMOND S. – ABRAMS, DAVID B. (1999): The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women, *Archives of Internal Medicine*, 1999/159., 1229–1234. DOI: <https://doi.org/10.1080/14622200500266056>
- MARJAI KAMILLA (2018): Színház a függők felépülésében, in PETKE ZSOLT – TREMKÓ MARIANN (szerk.): *Felépülés a függőségből: szerencsejáték és szerhasználat*, Budapest, Medicina, 283–298.

- MÁTÉ GÁBOR (2021): *A test lázadása*, Budapest, Open Books.
- MERÉNYI MÁRTA (2021): A mozgás- és táncterápiák helye a pszichoterápiák között. A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia testmegközelítése, in MERÉNYI MÁRTA – KORBAI HAJNAL (szerk.): *Pszichodinamikus mozgás- és táncterápia*, Budapest, L'Harmattan, 13–24.
- MIHALDINECZ CSABA – KRAJCSOVICS BALÁZS – B. ERDŐS MÁRTA (2010): A test feltámadása: a test mint jel a színházterápia kontextusában, *Addictologia Hungarica*, 9. évfolyam, 2010/1., 16–33.
- MUELLER, ANN – KETCHAM, KATHERINE (1987): *Recovery. How to get and stay sober*, New York, Bantam Books.
- PRNJAK, KATARINA – JUKIC, IVAN – MITCHISON, DEBORAH – GRIFFITHS, SCOTT – HAY, PHILIPPA (2022): Body image as a multidimensional concept. A systematic review of body image facets in eating disorders and muscle dysmorphia, *Body Image*, 42. évfolyam, 347–360. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.07.006>
- RODGERS, RACHEL F. – MELIOLI, TIFFANY – LACONI, STÉPHANIE – BUI, ERIC – CHABROL HENRI (2013): Internet addiction symptoms, disordered eating, and body image avoidance, *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 16. évfolyam, 2013/1., 56–60. DOI: <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.1570>
- SAMUELS, DONALD J. – SAMUELS, MURIEL (1974): Low self concept as a cause of drug abuse, *Journal of Drug Education*, 4. évfolyam, 1974/4., 421–438. DOI: <https://doi.org/10.2190/VJHU-MRAR-NLG6-1XBH>
- SUSSMAN, STEVE – CHARLIN, VENTURA L. – MARKS, GARY – FREELAND, JOHN – HARRIS, JANEL K. – VERNAN, SHULAMIT – ALFORD, GEARY (1990): Physical features, physical attractiveness, and psychological adjustment among alcohol abuse inpatients, *The International Journal of Addictions*, 25. évfolyam, 1990/8., 931–946. DOI: <https://doi.org/10.3109/10826089009058865>
- TREMKÓ MARIANN – TÓTH ANDRÁS – MOLNÁR RUDOLF – PETKE ZSOLT (2016): A spiritualitás megjelenése a szenvedélybetegek 12 lépéses kezelési modelljében, *Lege Artis Medicinae*, 26. évfolyam, 2016/11–12., 503–512.
- WILLIAMS, REBECCA E. – KRAFT, JULIE S. (2019): *A tudatos jelenlét a függőségből kivezető úton. Útmutató a függőségi viselkedésformákat előhívó bánat, stressz és harag kezeléséhez*, Budapest, Oriold és Társai.
- WU, CYNTHIA S. T. – WONG, HO TING – SHEK, CARMEN H. M. – LOKE, ALICE YUEN (2014): Multi-dimensional self-esteem and substance use among Chinese adolescents, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 2014/9., article 42. DOI: <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-42>

Reality, experiences and variety of meanings of the body suffering from addiction

ABSTRACT

Since a huge variety of meanings of human body is known, it is likely addiction could be interpreted in different ways. Presumably, there is a connection between the development of addiction and body image but the influence and consequences of addiction on body image are not less important. It is suggested that not only substance use disorders but also behavioral addictions have an impact on owning one's own body, though researchers may assume differences between women and men. The challenge of the future seems to put more effort and emphasis on the concepts of body image, body awareness and body consciousness in the context of addiction treatment.

KEYWORDS: addiction, abstinence, meaning, body image, body awareness

MARJAI KAMILLA | Adjunktus, addiktológiai konzultáns, pszichopedagógus, színházi szaknevelő, képzésben lévő pszichológus.

SCHMIDT JUDIT

Visszhang: Láthatatlan árvák

DOI 10.56699/MT.2023.19

ABSZTRAKT

A *Láthatatlan árvák* című könyv, mely a szenvedélybeteg vagy egyéb okból sérülékeny családokban felnövő gyermekek megtalálását, felkarolását és a segítségnyújtás lehetőségeit tárja fel, illeszkedik a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálat keretében elindított AAP (Apa, anya, pia) program által, ismeretterjesztő, edukatív, illetve prevenciós célból kiadott könyvek sorába. Sajátos integrációt kísérel meg a lírai és a tudományos nyelvezet egymás mellé illesztésével, mely több szempontú megközelítését teszi lehetővé ugyanannak a problémának: annak, hogy milyen élményekkel, traumákkal szembesül egy gyerek, aki sérülékeny családban nevelkedik. A könyv egy vers mellett novellákból és szakirodalmi elemzésekből áll, utóbbiak az adott novella kapcsán egy-egy pszichológiai jellegzetességet emelnek ki, bemutatva traumatikus hátterüket.

KULCSSZAVAK: szenvedélybetegség, családi minták, korai traumatizáció, prevenció

Önkéntelenül egy Weöres Sándor-versrészlet járt a fejemben, amikor leültem, hogy leírjam benyomásaimat a *Láthatatlan árvák* című könyvről: „Meggzólal a kimondhatatlan / de nem mondhatja ki önmagát.”

„Kimondható.” Ez az a szó, amellyel a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálat szenvedélybetegeket ellátó budapesti közössége fogadja az addiktológiai ellátásukba betérő klienseket.

A szenvedélybetegség kimondható. Egyetlen mondat, amely sokakat elindított a segítségkérés felé, és amely később ihletett egy programot is „Apa, anya, pia” címmel, melynek keretében a szenvedélybeteg családban élő vagy onnan már kirepült gyermekeket, felnőtteket próbálják megtalálni, megszólítani, és segíteni nekik. Az „Apa, anya, pia” címmel immár ötödik alkalommal megrendezett konferencián pedig a szenvedélybeteg családokkal találkozó szakmai közösség tud kapcsolódni professzionális vagy akár személyes élmények szintjén ehhez a témához.

Hogyan lehet megtalálni az elfeledett gyermekeket? Hogyan lehet megelőzni azt a komplex traumát, amelyet az ilyen gyerekeknek át kell élniük, mert általában láthatatlanok maradnak?

A közös gondolkodás és az együttműködés eredménye lett ez a könyv, mely a társadalom egészen különböző szegmenseiben mozgó és tevékenykedő emberek összefogásából, lelkesedéséből született a Magyar Máltai Szeretetszolgálat gondozásában, Hoffmann Kata, Kormos Piroska és Frankó András szerkesztői munkájának eredményeként.

A könyvben hét író tizennégy novelláját, illetve egy verset olvashatunk, különleges módon az egyes fejezetek után a témába vágó szakirodalmi-tudományos elemzéssel kiegészítve. Szerkesztőként és a kötetben olvasható két novella írójaként Hoffmann Kata egészen egyedülálló megoldásra vállalkozott: a tudomány és a szépirodalom teljesen más nyelvén egymás mellett ábrázolni azokat a folyamatokat, amelyek a szenvedélybeteg családok életében zajlanak.

Bevallom, eleinte megijesztett az ötlet, hogy egy-egy novella után megmagyarázzák, „hogyan gondolta a költő”, vagy, ahogy Pilinszky írta a *Terek*ben: „lemérik, hogy hány kiló egy hattyú”. Szerencsére nem ez történt. Már a bevezető felhívja a figyelmet, hogy érdemes időt hagyni az átélésnek, és csak később olvasni a tudományos megközelítésű részt, ezáltal elkerülve a katarzis „lerombolását”. Emellett a novellák is jelentősen különböznek stílusuk és hangulatuk szerint, így azokat sem egyben érdemes olvasni, hanem izlelgetve, időt hagyva az átélésnek, az érzéseknek.

A szerkesztő, mint klinikai szakpszichológus tudományos szempontból nagyon igényes áttekintéseiben egyáltalán nem boncolja a novellákat, csak egy-egy motívumot kiemelve próbálja pszichológiai magyarázatát adni azoknak az általános jelenségeknek-reakcióknak, amelyek jellemzőek a szenvedélybeteg családokban felnövő gyerekekre.

A pszichológiai-tudományos tényfeltárás abban is segít, hogy az olvasó komolyan vegye (kognitív szinten is realizálja) a károkat, amelyek az ilyen gyermekeket érik-fenyegetik. A szenvedélybeteg vagy más szempontból sebzett családokban felnövő személy a társadalmi szinten is jellemző általános tagadás (problémabagatellizálás) miatt, észre sem veszi ezeket a sebeket, és sokszor attól fél, hogy ezek nem érvényesek, és nincs elég ok arra, hogy segítséget kérjen.

A szerzők azt az élményt járják körül, hogy milyen egy szenvedélybeteg családban felnőni, milyenek a hétköznapok, amelyekből hiányzik a rendszer, a kiszámíthatóság, a gondoskodásból adódó figyelem, az őszinte beszéd, a biztonság és a bizalom.

A problémák elől a család izolációba, a gyermek pedig gyakran érzelmentességbe menekül, mert így viselhető el a szenvedés. Az ilyen családban a jót is elnyomják, hogy a rosszat ne kelljen érezni, de ha a jót sem érzi az ember, akkor idővel megbetegszik.

Ilyen helyzetben az egészséges személyiségfejlődéshez szükséges öt érzelmi alapszükségletből gyakran több is betöltetlen marad. Ezek a következők: a biztonságos kötődés, az autonómia- és kompetenciaérzés, a spontaneitás és játékoság, az érzelmek-szükségletek kifejezésének, illetve a reális határok kialakításának szükséglete.

A problémák elől a család izolációba, a gyermek pedig gyakran érzelemmentességbe menekül, mert így viselhető el a szenvedés. Az ilyen családban a jót is elnyomják, hogy a rosszat ne kelljen érezni, de ha a jót sem érzi az ember, akkor idővel megbetegszik. A három ki nem mondott szabály ezekben a családokban: „ne érezz, ne mondd ki, ne bízz!” S ahogy Hoffmann Kata írja: „Az élmények megoszthatatlansága miatt a veszteségek elgyászolhatatlanok maradnak.”

Jó esetben a gyerekek úgy-ahogy működő szerepekbe menekülnek, ilyen a „hős”, a „bohóc”, a „bűnbak”, a „láthatatlan” szerepe, melyek közül a bűnbakszerep a legproblémásabb, és talán ez az, amely miatt a legtöbbször kérnek segítséget a családok. Persze a gyerek csak a tünethordozó, és a család a beteg. Rossz esetben a gyerekek megbetegszenek. Ez persze függ a trauma nagyságától, komplex jellegétől és a személyiség biológiai-pszichológiai ellenálló képességétől, vagyis rezilienciájától, rugalmasságától.

Az egészséges „túléléshez” alapvető fontosságú lehet egy biztonságos felnőtt jelenléte, akiben a gyermek megbízhat, akivel megoszthatja félelmeit, illetve akinek szólhat, ha baj van.

Változást a rendszerben bekövetkező változás hozhat, mivel a gyermek függ a szüleitől. Extrém esetben a kiemelés az egyetlen út, de jobb esetben a rendszerszemléletű terápiák, így például a családterápia a leginkább célravezető.

A könyv ablakot nyit a fentebb röviden jellemzett világra, a novellák ezeket a gyerekeket szólaltatják meg. Nem véletlen hogy az első novella címe *Ablakok* (szerzője Elekes Dóra). Az ablak a novellában a szabadulás lehetőségét jelenti egy kiskamasznak, szimbolikusan pedig bepillantási lehetőséget arra, hogy milyen, amikor egy tizenöt éves fiatal a felnőttkor szarkazmusába menekül a egyetlen valóság elől.

A novellákban a gyerekekkel történnek a dolgok, és csak ritkán szólnak róluk, magatehetetlenül sodródnak a kiszámíthatatlan világukkal: A *Kisvilágban* (szerzője: Karafiáth Orsolya) így szól a főszereplő: „...más kezdett el fojtogatni, bár nem tudtuk néven nevezni. Talán az, hogy semmi sem volt biztos? Anyáék hol kirobbanóan jókedvűek voltak, hol leverten feküdtek egész nap.” Vagy, ahogy a *Kis Kokó* című novella (szerzője: Kovács András Péter) gyermeke ír apjáról: „Mert már hatévesen is éreztem, hogy én hiába várom őt a saját világomba. Sosem jön el, sosem leszek az ő főhőse.”

Megrázó, ahogy a novellák közel hozzák azt a küzdelmet, amelyet a gyerek folytat azért, hogy megmentse a szüleihez fűződő kapcsolatot. Terapeutaként sokszor mondom a szülőknak, akik gyermekeikkel való nehézségeiket is magukkal hozzák: a gyerek nem tudja nem szeretni a szüleit, mindig küzd a számára életfontosságú kapcsolatért. A könyv több novellája is rámutat e küzdelemre. A *Hókirálynőben* így ír Mattik Dóra: „Soha nem neveltek hívőnek [...] ennek ellenére gyerekként rendszeresen imádkoztam

azért, hogy Isten bocsássa meg nekem azokat a bűnöket, amiket apám ellen elkövettem, és ami miatt ő olyan szomorú, hogy innia kell.” A gyermek inkább magát hibáztatja, hogy felmentse a szülőt, s ezáltal megmentse a kapcsolatot.

Az is előfordul, hogy a gyermek a fantáziájában különválasztja a jó apukát/anyukát a szülő italo részétől, és ez a hasítás segít megőrizni a kötődést a „jó szülőhöz”. „Volt, hogy apám hazaért még fektetés előtt. Illetve az nem is az apám volt. Apám testét valaki más cipelte, aki máshogy tartja apám fejét, máshogy forgatja a nyelvét, még a nézése is más” (Kovács András Péter: *Könnyespolc*).

Eljön azonban az idő, amikor a gyermek feladja a védekezést a szomorú valóság ellen: „Reggelre aztán eltűntek a mesék. És eltűnt az a gyerek is, akihez egykor szóltak” – olvassuk a *Könnyespolc*-ban. Később pedig csak megpróbál nem emlékezni, és elsüllyeszti az élményeit. Ez a „süllyesztés” lehet olyan mély, hogy a személy valóban nem emlékszik a traumatikus eseményekre. Gyakran előfordul ez, ha a trauma az elhanyagolás mellett fizikai vagy szexuális jelleget is ölt.

A tagadás és az ebből következő fel és el nem ismert érzelmi szükségletek a hibás megküzdésen keresztül sajnos generációkon keresztül fenntartják a problémákat. Ennek legelenebb leírása a *Visszhang* című novellafüzérben található. (Ezek az írások az azonos című kisfilm első forgatókönyv-változatának részletei, Fábíán Gábor tollából.) Főszereplője a már felnőtt, gyermekeket nevelő férfi, aki felesége unszolására bejelentkezik egy önszolgáltató csoportba: „sziasztok, Zsolti vagyok, állítólag rosszul működő családban felnőtt gyermek, állítólag alkoholistá, meg még drogos is.” A felépülés folyamatában ez a mondat így változik: „sziasztok, Zsolti vagyok, fene tudja, hogy micsoda”, majd a novellafüzér végén a férfi képes kimondani: „sziasztok, Zsolti vagyok, rosszul működő családban felnőtt gyermek.” Végül a gyógyulás fontos mozzanataként levelet ír apjának, drámai vallomást, amely igazából nem is az apának, hanem inkább annak a gyermeknek szól, akit magára hagytak, kritizáltak és megszegyenítettek. „És azt a gyereket, akinek a sírása visszhangzik az üres folyosókon, azt próbálsz meg elérni. Nem könnyű. Nincs teste. Ő a visszhang maga. De hogyan lehet megvizsgálni egy visszhangot?”

Amikor a terápiában közelebb lépünk a sebzett család sebzett gyermekéhez, ezt a heroikus küzdelmet látjuk, ahogy a kliens a tagadással próbálja távortartani az el nem sírt könnyeket, majd a megkönnyebbülést, amikor a könnyek megjelenhetnek.

Hogyan is vizsgálgunk meg egy visszhangot? Ez már a gyógyulás-gyógyítás kérdéseit veti fel. Ahogy Hoffmann Kata figyelmeztet, a kötődés sérüléseit, vagyis a kapcsolati sérüléseket kapcsolatban lehet gyógyítani. Ha a tünethordozó gyermek, akkor a család együttes terápiája célravezető. Ehhez olyan szakemberek kellenek, akik a családi rendszer és a szenvedélybetegségek terén is tudással rendelkeznek. Ezért nagyszerű a szenvedélybeteg családoknak nyújtott komplex segítség, amelyet Jerry Moe vezetett be Amerikában, és amelyet a hazai körülményekhez adaptálva az „Apa, anya, pia” program megálmodói (Frankó András és Kormos Piroska, MMSZ Fogadó, Budapest) kínálnak fel immár Magyarország több helyszínén is.

Ha felnőttől van szó, és a probléma nem igényel egyéni szakpszichoterápiát, akkor a csoportkeretek ideális kapcsolódási lehetőséget és korrekzív élményt nyújthatnak, amelynek segítségével meg lehet élni, hogy „érezhetek, beszélhetek és bízhatok”. Az

AAP-program felnőtteknek is kapaszkodót nyújt, és számos ismeretterjesztési elemet is tartalmaz.

„És azt a gyereket, akinek a sírása visszhangzik az üres folyosókon, azt próbálsz meg elérni. Nem könnyű. Nincs teste. Ő a visszhang maga. De hogyan lehet megvigasztalni egy visszhangot?”

Emellett az önségítés ismert formái is rendelkezésre állnak. Az ACA *Adult Children of Alcoholics* néven ismertté vált közösség a szenvedélybeteg, illetve más miatt problémás családok felnőtt gyermekeinek kínál tizenkét lépéses felépülési programot az Anonim Alkoholisták működésének mintájára.

Amennyiben a súlyosabb sérülések, biológiai esékenység talaján személyiségfejlődési zavar vagy

más pszichiátriai probléma (depresszió, PTSD, evészavarok, pszichoszomatikus betegségek, szerfüggés) jelentkezik, akkor szaksegítség válik szükségessé, például pszichiátriai-addiktológiai kezelés, pszichoterápia formájában.

A kötődési zavar nyomán kialakult személyiségzavar pszichoterápiája hosszú, akár két-három évig is tarthat. Erre jelenleg sajnos nem elég felkészült a hazai egészségügyi rendszer, mert nagyon kevés ingyenes hosszú távú terápiás ellátási lehetőség van Magyarországon. Ez a hiány a tüneti megoldásokat helyezi előtérbe, ami szintén kitermeli a maga következményeit (például a nyugtatófüggőséget). Ez külön felelősséget és terhet ró a szociális ellátórendszerre, mely csak előremenekülhet, a tudás és a jó gyakorlatok átvételével az önségítés és a felépülés reális lehetőségeit kínálva, hogy legalább csökkenteni tudja a diszfunkcionalitás mértékét.

Nagyon fontos, hogy a szakemberek: orvosok, pszichológusok, pedagógusok, szociális munkások és a védőnők is tudatában legyenek a specifikus hatásoknak, amelyeket a hosszan tartó komplex elhanyagolás és ez a fajta traumatizáció okoz.

Fontos, hogy az érintett gyerekek legalább számunkra ne legyenek láthatatlanok.

Szent Ágostont idézve: „Minden tudás annyit ér, amennyi szeretetté válik belőle.”

Végezetül a *Láthatatlan árvák* című könyv egy verssel zárul, így én is újra Weöres Sándort idézem:

„Meggzólal a kimondhatatlan
de nem mondhatja ki önmagát

Cselekszik a kezetlen
de csak a te kezettel
megindul a lábatlan
de csak a te lábaddal
eszmél az esztelen
de csak a te eszeddel
virágba borul a virágtalan
de csak a te virággoddal
gyümölcsbe merül a gyümölcstelen
de csak a te gyümölcsöddel
adakozik az adhatatlan
de csak a te adományoddal
irgalmaz az irgalmatlan
de csak a te irgalmaddal
imádkozik az imátlan
de csak a te imáddal
fényes lesz a fénytelen
de csak a te fényeddel

Meggzólal a kimondhatatlan
de csak a te szívedben”
(*Négy korál I.*, 1952)

*Hoffmann Kata – Kormos Piroska – Frankó András (szerk.):
Láthatatlan árvák, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat, 2022*

Echo: Invisible Orphans

ABSTRACT

The Invisible Orphans, a book is part of the AAP (Apa, anya, pia) programme launched by the Hungarian Maltese Charity Service of the Host Psychosocial Service, which aims to inform, educate and prevent children growing up in families with addiction or other vulnerable children, to find and support them and to help them.

The book attempts a unique integration of lyrical and scientific language, allowing a multi-perspective approach to the same problem of the experiences and traumas faced by children growing up in vulnerable families.

The book is composed of a poem, short stories and a subsequent literary analysis highlighting a particular psychological feature of each short story, showing their traumatic background. The author of the literature sections substantiates the effects of psychological trauma, neglect of emotional (physical) needs or physical-verbal abuse with scientific rigour and detailed references to the literature.

The book also offers concrete possibilities for prevention and help-seeking, together with the contact details of publications and books published so far by the AAP programme.

KEYWORDS: addiction, family patterns, early trauma, prevention

SCHMIDT JUDIT | Pszichiáter, pszichoterapeuta, nyolc éve a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálat külső munkatársa

BERÉNYI ANDRÁS

A rendszerszemléletű terápia alkalmazása a felépülés folyamatában

Winfried Huber *Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében* című könyvének recenziója

DOI 10.56699/MT.2023.110

ABSZTRAKT

Winfried Huber *Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében* című könyvét a Debrecenben működő Forrás Lelki Segítők Egyesülete adta ki. A kötet a szenvedélybetegek és családjaik korszerű és tudományos alapú kezelésébe nyújt betekintést. A német pszichológus szerző részletesen bemutatja a WendePunkt Klinika szakmai koncepcióját és a rendszerszemléleten alapuló terápiás programját. A könyv az addikciós problémákban érintettek számára is hasznos olvasmány.

KULCSSZAVAK: addikció, rendszerszemlélet, kodependencia, gyermekek szerepmintái, terápia

A szocializmusban a politikai vezetés tagadta az addikciós problémák jelenlétét. Más felekezeti és civil egyesületekhez hasonlóan a Magyar Katolikus Egyház segélyszervezetét is betiltották. A kilencvenes években újrászervezett Magyar Karitás felismerte, hogy a határok megnyitása miatt foglalkozni kell a legális és illegális szerek használata következtében egyre növekvő társadalmi problémával. Ezért a német Karitászhoz fordult segítségért, és 1993. január 1-jén Magyarországon hároméves projekt indult el a két segítőszervezet együttműködésével, a következő célok érdekében:

- A magyarországi addikciós problémák sajátosságainak feltérképezése.
- A szenvedélybetegekkel kapcsolatos előítéletek csökkentése és az elfogadás növelése a katolikus egyházban.
- A függő betegek megsegítésére önálló, átfogó, pszichoszociális szemléletű egyházi szenvedélybeteg-segítő koncepció kidolgozása, melynek fókuszában az ellátási hálózat bővítése és fejlesztése áll.

- Országos és helyi szintű együttműködési hálózat kialakítása az egyházi, civil és az állami szervezetek között a szenvedélybetegek és családjaik komplex ellátásának érdekében.
- A szenvedélybeteg-ellátás területén dolgozó munkatársak újszerű, pszichoszociális szemléletű képzési és továbbképzési rendszerének kialakítása.
- Központi koordinációs iroda létrehozása, amely az egyház keretén belül tevékenykedő tanácsadó szolgálatok munkáját hangolja össze.
- Pszichoszociális szemlélettel működő országos szenvedélybeteg-segítő hálózat kialakítása a német Karitás szakmai tapasztalatai alapján.
- Szendélybetegek magyarországi rehabilitációs intézményének létrehozása a stuttgarti WendePunkt Klinika példája nyomán.

Hazánkban ma már több városban működik a Katolikus Karitás hálózatához tartozó RÉV Szendélybeteg-segítő Szolgálat: Budapesten, Debrecenben, Egerben, Kecskeméten Székesfehérváron és Szombathelyen.

A RÉV segít az érintetteknek a függőségtől való megszabadulásban, támogatja a hozzátartozókat és a szenvedélybetegeket a felépülés folyamatában, prevenciók tevékenységét végez.

A Forrás Lelki Segítők Egyesülete 1990 júniusában alakult meg, azzal a céllal, hogy segítséget nyújtson a lelki problémákkal küzdő személyeknek és családoknak, megkülönböztetett figyelemmel a pszichiátriai és szenvedélybetegekre. Az egyesület 1992-ben, a holland Stichting Katholieke Noden két éves támogatásával, Debrecen negyvenezer lakosú tóócskerti lakótelepén, Forrás Tóócskerti Segítő Szolgálat néven családsegítő szolgálatot hozott létre. 1993-ban a Magyar Karitás felvette az egyesületet a tagszervezetei közé, és még ebben az évben a német Karitás munkatársai, Jakus János, Gallowich Erwin és Winfried Huber, a Forrás Lelki Segítők Egyesületével együttműködve kétszázötven órás képzési programot tartottak Debrecenben a szenvedélybetegek pszichoszociális ellátásának témájáról. A három kolléga lelkesen érkezett Magyarországra, hogy a szenvedélybeteg-ellátás területével kapcsolatban átadják tapasztalataikat, tudásukat a magyar szakembereknek. A következő időszakban a Magyar Karitás Szendélybeteg-segítő Szolgálat harminc- és százhusz órás szenvedélybeteg-segítő képzési programot dolgozott ki önkéntesek és szakemberek számára. 1992-ben, 1993-ban és 1994-ben pedig szakmai utak alkalmával több alkalommal is lehetőség nyílt magyar szakemberek számára Baden-Württemberg tartomány szenvedélybeteg-ellátó rendszerének megismerésére, illetve a stuttgarti WendePunkt Klinika meglátogatására is.

A *Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében* című könyv alapját jelentő német kiadvány első megjelenésekor (1988) a WendePunkt Klinika már hat éve létezett. Ez idő alatt folyamatosan fejlődött a WendePunkt-modell, melynek alapja a közösségi szemléletre és a családterápiára (rendszer szemléletre) irányuló elmélet és gyakorlat. A Forrás Lelki Segítők Egyesülete 1993-ban adta ki az egyik említett előadó, Winfried Huber klinikai szakpszichológus által írt könyvet (eredeti címe: *Familie und Alkohol*).

A szerző átfogó képet ad a szenvedélybetegek kezelési rendszereiről, a rehabilitációs terápiás program tervezéséről és a speciális betegcsoport ellátásának optimális módszereiről. A könyv azt bizonyítja, hogy egy jól felépített terápiás rendszer a szenvedélybetegek kezelésének olyan eseteiben is eredményes lehet, amelyeket a szakma gyakran reménytelennek tart.

Huber a szakirodalom eredményeit figyelembe véve úgy véli, a szenvedélybetegek egy része a függőség korai fázisában kezelhető eredményesen. Kiemeli, hogy a szenvedélybetegség kialakulásában, az alkoholistakarrier minden szakaszában a rendszerszeméletnek, a családpatológiai, illetve -dinamikai tényezőknek nagy szerepük van.

A kórházi elvonó kezelés az első lépés a felépülés folyamatában. A szerző hangsúlyozza, hogy az egészségügyi ellátás kiegészítő része a pszichoszociális szemléletű, intenzív, komplex rehabilitációs program. Ezt a szolgáltatást Németországban a társadalombiztosítás által fenntartott szakklinikán vehetik igénybe a gyógyulásban motivált szenvedélybetegek. A szerző és kollégái a függők hozzátartozóival és a családjaikkal való munka jó gyakorlatát dolgozták ki az évek alatt. Huber nagyon világosan és egyszerűen foglalja össze a szenvedélybetegekkel foglalkozók számára a családok bevonásával kapcsolatos gyakorlati tapasztalatokat. E módszertan részletes leírása teszi egyedülállóvá a könyvet az elméleti koncepciókat bemutató szakirodalommal szemben.

A szenvedélybetegség kialakulásában, az alkoholistakarrier minden szakaszában a rendszerszeméletnek, a családpatológiai, illetve -dinamikai tényezőknek nagy szerepük van.

KIT VESZNEK FEL A KLINIKÁRA?

- Aki ellen nincs büntetőeljárás, illetve ha van, akkor az érintett nem arra „használja” a kezelést, hogy az eljárást elkerülje.
- Akinek van betegségbelátása.
- Aki elszánt az absztinenciára.
- Akinek a családja vállalja az aktív részvételt a családterápiában. Az első interjú mindig a hozzátartozó(k) jelenlétében zajlik.

MIÉRT SZÜKSÉGES A CSALÁDTERÁPIÁS IRÁNYULTSÁG?

- A szenvedélybetegség a családi rendszer sajátos kapcsolati és kommunikációs zavarainak megjelenése. A terápia tárgya nem a függőség mint tünet, hanem a családon belüli folyamat, mely megváltoztatható, s ezzel a függőség feleslegessé válik.
- Ha sikeres elvonás után a kliens hazatérve megpróbálja a függőség előtti helyét elfoglalni a családban, a csalárendszerben egyensúlyvesztés következik be: visszaesés vagy egy másik családtag megbetegedése. Segíteni kell a családnak egy új egyensúly megtalálásában, amely nem igényel újabb betegségtünetet.

- A szenvedélybeteg szerepe a családban: a szenvedélybeteg felkínálja magát tü-nethordozónak, és a család élete előbb-utóbb a szenvedélyeszköz köré szervező-dik.

A SZENVEDÉLYBETEGSÉG SZEREPE A CSALÁDBAN

- Kezdetben felborul a családi egyensúly, de hamarosan újabb és újabb egyensúlyi rendszereket alakít ki a család, ami megtartja a függő beteget a rendszerben, s ez egy időre megakadályozza a család felbomlását.
- Sokszor a gyermek addikciós problémái tartják össze a szülők krízisben lévő há-zasságát: együtt fáradoznak a gyermek viselkedésének megváltozásáért. Ez lesz a közös összetartó céljuk.
- A társfüggő (kodependens) fél rendszerint a szenvedélybeteg élettársa, néha va-lamelyik gyermeke. A társfüggőség ott kezdődik, hogy a hozzátartozó a felelősség egyre nagyobb részét vállalja át.
- Társfüggőség esetén a partner tovább ihat, nem szembesül ennek következmé-nyeivel, ettől megvédi, egyre kevesebb a felelőssége. Ezáltal akadályozzák azt a krízist, amely lehetővé tenné a változást.
- Anne Wilson Schaef szerint a társfüggőség kapcsolatfüggőség is, mivel a társfüggő önmagát nem tartja fontosnak, mindent elkövet, hogy a kapcsolat fennmarad-jon, legyen az bármilyen romboló is. Szimbiotikus viszony alakul ki, amelyben el-mosódnak az énhatárok, az alkoholistá partner uralja a hangulataikat, reakciói-akat.
- A „jó” társfüggők mártírok: szenvednek anélkül, hogy ezt bevallanák, igaz ügyért harcolnak (összetartják a családot, takargatják partnerük iszákosságát), ugyanakkor rögzítik a helyzetet. Végül maguk is beteggé válnak (pszichoszomatikus zavarok, depresszió, szenvedélybetegség: evészavar, munkaalkoholizmus, gyógygy-szer, drog).
- A társfüggő számára élet- és problémamegoldó minta a szenvedélybeteggel való interakciókban jön létre vagy erősödik meg. A társfüggőt a viselkedési alternatí-vák fokozatos beszűkülése jellemzi, míg önértékelése és valóságérzékelése elvész, az érzelmeit elfojtja, és a felek között harc alakul ki a kontrollért.
- A társfüggők úgy érzik, kötelességük mindent rendbe hozni, és ezért mindent kézben akarnak tartani. A partnerük ivását ellenőrzésük alá akarják vonni. Meggyőződésük, hogy a családjukat ők állíthatják újra helyes vágányra, és akkor minden jóra fordul, csak az ivást, a szerhasználatot kell abbahagyni.

A WendePunkt Klinika alkohol- és/ vagy gyógyszerfüggő pácienseknek három hóna-pos kórházi kezelés után négy hónapos ambuláns utókezelést biztosít. A családterápia, a páciensek gyermekeivel végzett terápiás munka az ellátás szerves része. A kezelési terv sikere világossá tette, hogy vannak olyan kliensek, akik a kórházi kezelési fázis lerövi-

dítése ellenére is rátalálnak az absztinens, értelmes, kielégítő életre. A kórházi kezelés le-
rövidülése – meghatározott feltételek mellett – nem vezet a hatékonyság csökkenéséhez.

Ezek a feltételek a szerző szerint:

- A szakklinikán a kis kezelési egységek egyszerű és áttekinthető lehetőségeket és folyamatokat biztosítanak, amire a szenvedélybetegeknek igen nagy szükségük van, különösen életük újraszervezésének kezdetén.
- A kliensek könnyebben tehetnek szert érzelmileg pozitív alaptapasztalatokra. Gyakorolhatják a felelősségvállalást önmagukért és másokért, valamint az ön-reflexió képességét.
- A rövid kezelési idő pozitívan hat a kliens szociális alkalmazkodására. Így a családi kapcsolatok továbbra is fennmaradnak, a munkahely könnyebben megtartható, illetve új munkahely keresése is könnyebb.
- A közösségi szemlélet és az intézmény fizikai megközelíthetősége (a városközpontban található) több előnnyel is jár, például a betegek érdekében lehetőség nyílik a kapcsolatfelvételtre más ellátó intézményekkel (munkaügyi központokkal, ambuláns és fekvőbeteg-intézményekkel, öngyógyító csoportokkal, pszichoszociális tanácsadó központokkal, karitatív szervezetekkel stb.).
- A pszichoszociális tanácsadó intézmények szakemberei és a klinika munkatársai rendszeresen találkoznak konzultációk és esetmegbeszélések alkalmával, ezzel is hatékonyabbá téve az együttműködést a terápiában.
- Szükség esetén szorosan együttműködnek a kliens szociális támogató közösségeivel (család, szomszédok, barátok, munkatársak), illetve bevonják őket.
- Folyamatos családterápia biztosítása a kezelés során.
- A gyermekek bevonása a programba, különös tekintettel a szülő-gyermek kapcsolat fejlesztésére.
- A program ideje alatt és után is biztosítják az ambuláns ellátást a résztvevők számára.

A könyv rendkívül figyelemreméltó része az, amely ráirányítja a figyelmet a szenvedélybetegek gyermekeinek helyzetére és jellemző viselkedésmintáira. A szenvedélybetegek családjában élő gyerekek erősen veszélyeztetettek az adott szer és a viselkedéses addikciók szempontjából, illetve súlyos pszichés károsodást szenvednek. A pszichés támogatás hiánya miatt később maguk is elindulhatnak a függőkarrier irányába. Huber ezért felhívja a figyelmet, hogy a függők gyermekeivel külön foglalkozniuk kell a rehabilitációs program során.

A szerző átfogóan bemutatja a szenvedélybeteg családok gyermekeinek szerepmintáit, hiszen a szenvedélybeteg család erőteréből egyetlen családtag sem vonhatja ki magát – legkevésbé a gyermekek.

- A család hőse: A család becsületén esett csorbát különösen sikeres életpályával és kifogástalan magatartással próbálja kiköszörölni. A társfüggőt igyekszik teher-

mentesíteni. Koraérett, illetékes, fegyelmezett. Célja a szenvedélybetegség megoldódása. Pozitív hatás: nőhet általa a család önértékelése.

- A bűnbak: Deviáns, normasértő viselkedésével hívja fel magára a figyelmet. Így igyekszik elterelni a figyelmet a szülő addikációs problémájáról, és ezzel megakadályozza a család szétesését. Pozitív hatás: a szenvedélybeteg kimozdul az érdeklődés középpontjából.
- A hallgatag, elveszett gyerek: Azt képzei, hogy nincs helye ebben a rendszerben, csak teher a család számára. Álmodozik a szép családi élet megvalósításáról. Így képes függetleníteni magát a családi feszültségektől, de szociálisan izolálódik. Pozitív hatás: a megkönnyebbülés.
- A bohóc (mókamester): Bohóckodással próbálja megváltoztatni a család lappangó depresszív alaphangulatát. Nem elismerést, hanem lenéző, félig tréfálkozó választ kap. Pozitív hatás: biztosítja a családtagok érzelmi túlélését, örömet okoz.

A gyerek magatartásából kiolvasható szabályok:

- Az érzéseket ellenőrzés alatt kell tartani, el kell titkolni.
- Amikor a család veszélyhelyzetben van, a saját szükségleteinél fontosabbak másokéi.
- Nem lehet másokra hagyni a felelősséget, mert ezzel megsérti a többieket.
- Minden felelősséget vállalnia kell, mert ha nem, akkor felelőtlen és közömbös, ezt pedig számonkérlik rajta.
- Ha valakihez közel kerül, akkor maradéktalanul a rendelkezésére kell állnia, egészen az önfeladásig, ahogy a családjában látta.
- Sikeresnek és önállóknak kell lenni. Ez a gyermek viselkedésében koravénsgként jelenik meg, illetve a parentifikációban, amikor is a szülő-gyermek szerep felcserélődik. A gyermek az életkorának nem megfelelő mértékű felelősséget kell hogy viseljen.
- Az egyéni igényeket nem vagy csak közvetve szabad kinyilvánítani, úgy, hogy valaki más szükségletének tűnjön.

A német klinika programjában a szülő-gyermek foglalkozások jól integrálják a családterápiás szemléletet és a gyermekekkel foglalkozó preventív programot.

A Winfried Huber könyvében megismert korszerű szakmai szemlélettel már Magyarországon is találkozhatunk a szenvedélybetegek segítése területén. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálatát Frankó András vezetésével 2014-ben Magyarországon elsőként kezdte el a szenvedélybeteg családban felnövő gyerekeket támogató programját.

A Forrás Lelki Segítők Egyesülete 2012-ben, Debrecentől tizennégy kilométerre, húsz fő részére a WendePunkt Klinika koncepciójának felhasználásával létrehozta a Cuca-tanyán a Fordulópont Szendvedélybetegek Rehabilitációs Intézményét, majd 2014-ben In-

dulópont néven támogatott lakhatást indított be a rehabilitációs programot befejező felépülő kliensek számára.

Összességében a könyv komplex képet nyújt a szenvedélybeteg kezelésének módszertanáról és gyakorlati tapasztalatairól, igen nagy szakmai igényességgel. Az olvasó betekintést nyerhet a függőség kialakulásának rendszertani megközelítésbe és a kapcsolódó kezelési rendszer hatékony formájába. A könyv kötelező olvasmány a szenvedélybeteg-ellátásban egészségügyi és szociális területen dolgozó szakemberek számára, de közérthető stílusa miatt az addikciós problémákban érintettek számára is hasznos ismereteket nyújt.

*Winfried Huber: Fordulópont a szenvedélybeteg kezelésében,
Debrecen, Forrás Egyesület, 1993. Forrás könyvek 3.*

Review of Winfried Huber's book *Turning point in the treatment of addicts*

ABSTRACT

Winfried Huber's book *Turning point in the treatment of addicts* was published by Forrás Lelki Segítők Egyesület in Debrecen. The book provides insight into the modern and science-based treatment of addicts and their families. The German psychologist presents in detail the professional concept of the Wendepunkt Clinic and its therapeutic program, what is based on system approach. The book is useful for people who themselves have addiction problems.

KEYWORDS: addiction, system approach, co-dependency, children's role patterns, therapy

BERÉNYI ANDRÁS | Klinikai és addiktológiai szakpszichológus, családterapeuta, szupervizor, a Debreceni Egyetem Mentálhigiénés és Esélyegyenlőségi Központjának vezetője, a Forrás Lelki Segítő Központ szakmai vezetője, a Debreceni Kábítószerügyi Egyeztető Fórum szakmai vezetője, az Országos Közösségi Ellátások Egyesületének elnöke.

Folyóiratunk webes felületen, a **maltaitanulmanyok.hu** címen is elérhető. Honlapunkon megtalálják a Máltai Tanulmányok lapbemutató kerekasztal-beszélgetéseinek készült videófelvételeket, illetve a szerzőinkkel készült interjúkat, podcast felvételeket és egyéb extra tartalmakat.

A videófelvételeket a Máltai Tanulmányok **YouTube** csatornáján is követhetik.

Podcastjaink az **Apple podcast, Google Podcast, Soundcloud, Spotify, Spreaker, Amazon podcast, Podpad, Podcast Addict** és más ismert podcast oldalakon is meghallgathatóak.

Aktuális információinkról, híreinkről, plusztartalmainkról a közösségi média felületein – a **Facebookon** és **Twitteren** is tájékozódhatnak.

A szakmai közönség számára lehetőség van a lapban megjelentek véleményezésére, megvitatására az **academia.edu** oldalán.

Találkozzunk Önnel a virtuális térben is!



MÁLTAI TANULMÁNYOK

A társadalmi kihívások folyóirata

2023 | 5. évfolyam 1. szám

Kapitány-Fövény Máté

Életútszemlélet az addiktológiában

Kormos Piroska

Kudarok vagy sikerek?

Hoffmann Katalin

Szenvédélybeteg szülők gyermekei

Komolafe Cinderella et al.

Illegális szerhasználat két dunántúli gyermekvédelmi szakellátást biztosító intézményben

Szemelyácz János

A fiatal szerhasználók

Békési Tímea – Kassai Szilvia

„...hogy a haragnak csak az emléke maradjon”

F. Lassú Zsuzsa

A reziliencia tényezői

Marjai Kamilla

A függőséggel terhelt test

Schmidt Judit

Visszhang: Láthatatlan árvák

Berényi András

A rendszerszemléletű terápia alkalmazása a felépülés folyamatában



Folyóiratunk, felhasználói élményt növelő elemekkel, az interneten is elérhető – maltaitanulmanyok.hu