SZOCIÁLIS ÉS GYERMEKVÉDELMI FŐIGAZGATÓSÁG

KAMASZKORI PROBLÉMÁK KEZELÉSE (FÜGGŐSÉG, ENGEDÉLY NÉLKÜLI ELTÁVOZÁS)

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és
VEKOP-7.5.1-16-2016-00001
kiemelt projektek
Cím: 1071 Budapest, Peterdy u. 15.
E-mail: efop382@szgyf.gov.hu
E-mail: vekop751@szgyf.gov.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Kamaszkori problémák kezelése (függőség, engedély nélküli eltávozás)

HALLGATÓI TANANYAG

Szerzők

Dr. Bede Nóra

Reményi Csaba

Sitkei Péter Attila

Szakmai lektor

Szikulai István

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú,
Szociális humán erőforrás fejlesztése című
kiemelt projekt

Az EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú,
Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt az Európai Unió támogatásával,
az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

A kiadvány a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001

azonosítószámú,

Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt keretében

készült

Kiadja a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

1132 Budapest, Visegrádi utca 49.

Telefon: +36 1 769 1704

www.szgyf.gov.hu

Felelős kiadó Benedek István Zsolt főigazgató

Budapest, 2020.

Tartalom

Előszó 5

1. A szenvedélybetegség jelensége - helyzetkép 6

1.1. Addiktológiai alapfogalmak 8
1.2. Szenvedélybetegség 11

2. A szenvedélybetegségek háttértényezői 13

3. Szenvedélybetegség, függőség serdülőkorban 18

4. Szenvedélybetegség/függőség megelőzésének és kezelésének lehetőségei 21

4.1. Az addiktológiai ellátórendszer bemutatása 29
4.2. Jó gyakorlatok 34

5. A serdülőkor személyiség-lélektani jellemzői az engedély nélküli eltávozások tükrében 44

5.1. A serdülőkori deviancia és a beilleszkedési zavarok a gyermekvédelemben 49
5.2. A gyermekvédelmi ellátásban részesülő fiatalok kötődésrendszerének és nevelőikkel kialakult kapcsolatának elemzése 53

6. A beilleszkedés segítése, elfogadás, befogadás, hazagondozás 59

6.1. Befogadás 59
6.2. Hazagondozás 67

7. Szerepkonfliktusok a gyermek- és ifjúságvédelemben 69

7.1. Szerepzavarok, szerepkonfliktusok 71
7.2. Szerepkonfliktusok a gyermek- és ifjúságvédelemben 75

Felhasznált szakirodalom 79

Ajánlott magyar nyelvű irodalom 83

Előszó

Köszöntjük a 30 tanórás **„*Kamaszkori problémák kezelése (függőség, engedély nélküli eltávozás)*”** c. szakmai tanfolyam típusú továbbképzés Hallgatójaként!

Mit ad Önnek az „*Kamaszkori problémák kezelése (függőség, engedély nélküli eltávozás)*” c. továbbképzés, milyen kompetenciákkal bővül szakmai tudása?

A továbbképzés célja, hogy erősödjön a résztvevők szenvedélybetegséggel/függőséggel kapcsolatos prevenciós tevékenységének hatékonysága, megalapozott ismereteket szerezzenek, ismerjék meg kompetenciahatáraikat, ismerjenek meg saját szolgálati helyükön is alkalmazható megelőzési modelleket, szerezzenek tudomást a problémamegoldásban igénybe vehető egyéb szolgálatok tevékenységéről, a velük való kapcsolatfelvétel módjáról, valamint kapjanak módszertani segítséget az engedély nélküli eltávozások megelőzése, illetve csökkentése érdekében végezhető feladatokhoz.

Hogyan épül fel a „*Kamaszkori problémák kezelése (függőség, engedély nélküli eltávozás)*” c. továbbképzés?

Tananyagegység	Óraszám	Forma
1. Továbbképzési nap	10 tanóra	jelenléti
2. Továbbképzési nap	10 tanóra	jelenléti
3. Továbbképzési nap	10 tanóra	jelenléti

1. A szenvedélybetegség jelensége - helyzetkép

Összefoglalás: A szenvedélybetegségek kialakulása, megelőzése és kezelése jelentős mértékű társadalmi probléma. Ez kiemelten igaz a serdülőkre. Az új szerek megjelenése új megközelítési módokat és beavatkozásokat kíván, mind a prevenció, mind pedig a kezelés tekintetében. A függőségek kialakulásának háttértényezői jelentősen befolyásolják a megelőzés és a kezelés hatékonyságát.
A kamasz kor kiemelten fontos életkor a függőségek kialakulása tekintetében. Ehhez az életkorhoz igazodva a beavatkozások módja és jellege is különösen fontos.

Cél: A gyermekvédelmi szakellátásban dolgozó szakemberek általános képet kapjanak a szenvedélybetegségek megelőzése, kialakulása, valamint kezelése tekintetében. Ezzel párhuzamosan olyan ismeretekre tegyenek szert, amelyek elsősorban a megelőzés tekintetében használható, alkalmazható tudást jelentenek számukra a mindennapi munkájuk során.

Kulcsszavak: Addikció, függőség, megelőzés, kezelés, alternatívák, háttér tényezők, jó gyakorlatok

Tanulást segítő kérdések: Mit jelent az addikció, hogyan jellemezhetjük a kémiai és a viselkedési addikciókat? Milyen veszélyeztető, illetve védő tényezők befolyásolják a drogfogyasztó magatartást? Milyen lehetőségei vannak a szenvedélybetegségek megelőzésének, kezelésének serdülőkorban? Hogyan épül fel az addiktológiai ellátórendszer? Mutassa be a Portage modell működését!

Helyzetkép

A hazai kábítószer probléma becslését kutatási adatok segítik elő. Az alábbi adatok egy, a felnőtt lakosság körében készített országos felmérés (Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról – OLAAP, 2015), egy iskoláskorúak körében készített felmérés (Európai Iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztásról – ESPAD, 2015), valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont (EMCDDA számára készített) éves jelentéséből származnak.

A kutatások alapján külön rendelkezünk adatokkal az iskoláskorú (9-10. évfolyamos), a fiatal felnőtt (18-34 éves), valamint a felnőtt lakosságra (18-64 éves) nézve.

Megkülönböztetünk életprevalencia (élete során fogyasztott-e az adott szerek közül), éves prevalencia (a lekérdezést megelőző évben fogyasztott-e) valamint havi prevalencia (a lekérdezést megelőző hónapban fogyasztott-e) értéket.

A kutatási adatok alapján a 18-64 éves népességben minden tizedik (9,9%), a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban csaknem minden ötödik személy (17,7%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot. A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát vagy hasist próbáltak (7,4%), illetve közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy (4%) életprevalencia értéke. A két legnépszerűbb szert – azoktól jelentősen elmaradva – követik a szintetikus kannabinoidok (1,9%), az amfetamin (1,7%) és a dizájner stimulánsok (1,3%). A fiatal felnőtt népesség szerpreferencia sorrendje megegyezik a felnőtt lakosságéval. A tiltott drogok éves prevalencia értéke a felnőtt népességben (18-64 éves kor között) 2,3%, a fiatal felnőtt népességben (18-34 éves kor között) pedig 5,3%.

A szintetikus kannabinoidok és a dizájner stimulánsok fontossága a közelmúltbeli droghasználat alapján még inkább megmutatkozik: az elmúlt havi prevalencia értékek alapján a szintetikus kannabinoidok a második, a stimulánsok pedig a negyedik helyen szerepelnek.

Az iskoláskorúak körében az életprevalencia értékek alapján a legelterjedtebb kábítószer 2015-ben (is) a marihuána volt a 9-10. évfolyamon. Az ezt követő drogok sorra legális, vagy részben legális szerek. A második helyen új pszichoaktív szer áll, a 2015-ben először kérdezett szintetikus kannabinoidok szercsoport, majd az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók, ezek alkohollal történő együttes fogyasztása következik.

A szintén először kérdezett, hangulatjavító szándékkal bevett fájdalomcsillapítók is hasonlóan népszerűek a tanulók körében. Hatodik helyen a szerves oldószerek belélegzése szerepel. A következő kábítószer az amfetamin, amely így a hetedik helyre került. Hasonlóan elterjedt még az ecstasy, a kokain és az LSD fogyasztása. A többi kérdezett szer életprevalencia értéke 2% körüli.

A dizájner drogok másik nagy csoportjának, a szintetikus katinonoknak a fogyasztása kevéssé elterjedt a középiskolások körében. (Elekes, 2016). Összességében elmondható, hogy az új pszichoaktív szerek megjelenése jelentősen átformálta a hazai kábítószer helyzetet. A dizájner drogok 2010 óta vannak jelen a piacon. A rekreációs szerhasználati mintázatokban a kannabisz mellett egyre inkább megjelentek a szintetikus kannabinoidok, a stimulánsok között elsősorban a katinonok, illetve újfajta amfetamin származékok. Az új pszichoaktív anyagok népszerűségének hátterében az alacsony ár, a könnyű hozzáférés és a használatával összefüggő alacsonyabb észlelt kockázat feltételezhető. (Drog Fókuszpont, 2018)

Intravénás szerhasználat

Az új pszichoaktív szerek megjelenésének következtében átalakult az intravénás szerhasználat is. Míg a tűcsere programok kliensei 2010 előtt mintegy fele-fele arányban injektáltak heroint vagy amfetamint, addig 2015-ben már 80%-uk elsődlegesen valamilyen új pszichoaktív szert injektált. Az adatok alapján mind a heroin-, mind az amfetaminfogyasztók körében tetten érhető volt a szerváltás. Az új anyagok hatása az elmondások szerint rövidebb ideig tart, ezért gyakrabban injektálják azokat. (Drog Fókuszpont, 2018)

Egészségügyi következmények

Az addiktológiai kezelések okaként leggyakrabban megnevezett szer Magyarországon a kannabisz, használói aránya különösen magas a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe (elterelésbe) lépők körében (akik az összes kezelt 64,7%-át adják). A második legjellemzőbb, kezelést indokló szerhasználati probléma a stimulánsfogyasztás. Bár a kezelési adatok csak közvetetten, egyéb források közvetlenebb módon megerősítik a szintetikus kannabinoidok, valamint a szintetikus katinonok használatából eredő kezelési igény jellemzővé válását is, mely mértékében vetekszik a klasszikus kábítószerekhez kapcsolódó kezelési igénnyel.

Megnövekedett a dizájner szerek – kannabinoidok és stimulánsok - miatti kezelési igények száma. Ezekhez a szerekhez köthető kezelési igények számának növekedését a kezelési adatok és több felmérés is igazolta. A kezelési adatok szerint ezen szerek használata intenzívebb, és a használók életkora is lefelé tolódott. A kezelési adatok mellett több kutatás is igazolta a dizájner szerek miatt hamarabb kialakuló kezelési igényt. Az addiktológiai problémák mellett a sürgősségi/klinikai toxikológiai és a pszichiátriai kezelési igények száma is növekedést mutatott az elmúlt években a beszámolók szerint.

Az elsődlegesen új pszichoaktív szereket injektálók körében jellemzően magas az injektáló eszközök megosztásának előfordulási gyakorisága, illetve a HCV prevalenciája. (Drog Fókuszpont, 2018)

Polidrog használat

A felnőtt korú népességben végzett legutóbbi vizsgálat eredményei szerint a 18-64 éves népességben a valaha használók egyharmada (32%) a vizsgált 14 féle drog közül csak egyfélét használt. Másik egyharmaduk (33,5%) kettő, egyötödük (20,5%) azonban háromnál is több féle droggal próbálkozott eddigi élete során. (Drog Fókuszpont, 2018)

1.1. Addiktológiai alapfogalmak

Addikció/függőség

Az addikció fogalma függőséget jelent, amikor függés alakul ki valamely anyaghoz, szerhez, de egyben olyan viselkedést is jelent, amelynek lényege, hogy a függőség „uralkodik" az illető személyiségén. Függőség létrejöhet alkoholtól, drogoktól, és a jelenség világszerte egyre súlyosabb problémát okoz. Sokféle egészségügyi és szociális probléma keletkezik: családok széthullása, a bűnözés növekedése. Másfajta addiktív viselkedés a vásárlási láz, vagy a játékszenvedély, ezek inkább szociális, mint pszichológiai jellegű problémák. Az alkohol- vagy szerfogyasztó emberek viselkedése komoly zavart szenved, személyiségükön eluralkodik a függőség, a családi kapcsolatok háttérbe szorulnak, a szociális gátakat áttörő viselkedésformák bűnözésbe torkollhatnak. Az addikció lehet testi, amikor az „anyag" elvonása testi tüneteket okoz (hasmenés, hányás stb.), de lehet pszichés, amikor igen erős sóvárgás, izgatottság alakul ki, ha az illető nem juthat az adott anyaghoz, szerhez. Az addikció a drogokkal, az alkohollal, illetve ezek kombinációjának fogyasztásával függ össze leggyakrabban.

A függőség fogalomköre az utóbbi pár évtizedben jelentősen megváltozott, kibővült, a hagyományosnak számító pszichoaktív anyagfüggőség mellett bizonyos magatartás és viselkedés ciklikus ismétlésén alapuló formákkal. Ezek akkor tekinthetők rendellenességnek vagy betegségnek, ha az egyénre vagy a környezetére nézve hátrányosak, azaz maladaptívak. Ez utóbbi kórképeket nevezzük viselkedési addikcióknak, szemben az anyaghasználaton alapuló kémiai addikciókkal (Rácz, 2004).

A függőség kialakulása

A függőség kialakulása az ismételt szerfogyasztással (viselkedéssel) kezdődik, amely kezdetben fokozza az átélt eufória erősségét, de minden eufórikus állapotot egyre erősebb negatív élmény (elvonási tünet) követ. Később az eufória egyre gyengébb lesz, majd a kezdeti "semleges" érzelmi szintet sem éri el, ugyanakkor a drogos egyre erősebb diszfóriás (nyugtalan, elégedetlen, szorongó hangulat) állapotokat él át. Ekkor a szerhasználatra (viselkedés végzésére) már csak azért van szüksége, hogy az egyre rosszabb diszfóriás állapotoktól -- ideiglenesen -- megszabaduljon. A kiindulási (a szerhasználatot/túlzásba vitt viselkedést megelőző) állapot nagyon nehezen áll vissza; a szerhasználat/viselkedés abbahagyását követően is még sokáig fennáll a veszélye annak, hogy akár egyszeri szerhasználatot (viselkedést) fokozott eufória, majd fokozott diszfória kövessen -- amit megint csak drogszedéssel tud csak az egyén ellensúlyozni. Ez az egyik magyarázata a visszaesés nagy kockázatának (Rácz, 2005).

Kémiai függőség
A drog definíciójának fogalmi elemei:

A drog olyan kémiai anyag,

- amely megváltoztatja a központi idegrendszer működését (ez a legismertebb definíció),
- fogyasztása pozitív és negatív megerősítést nyer különböző biológiai mechanizmusok révén,
- rendszeres használata hozzászokást (toleranciát), függőséget (dependenciát), szenzitizációt (fordított toleranciát) együttesen: addikciót okoz,
- abuzív módon, azaz az uralkodó normáktól eltérően fogyasztható,
- rövidtávon kevés averzív hatása van, hosszabb távon az averzív hatás egyre jelentősebb (ezért vannak a drogkarriernek „mézeshetei"),
- nem csak magát helyettesíti,
- a természetes megerősítőket kiválóan helyettesíti, sőt, hosszabb távon a természetes megerősítők jutalmazó, pozitív megerősítő hatását megszünteti. A drogok lehetnek legálisak (alkohol, nikotin, gyógyszerek), vagy illegálisak (kannabiszok, kokain, heroin, speed, extasy stb.). Az illegális drogokat nevezzük kábítószernek. A kábítószer kifejezés tehát nem a drog hatására utal, hanem büntetőjogi kategória. Kábítószernek minősülnek azok a természetes vagy mesterséges anyagok, amelyet a jogszabály kábítószernek minősít.

A droghatások típusai:

1. **Megerősítés:** a drogok használata kellemes állapotot idéz elő (pl. eufória), vagy megszüntet kellemetlen állapotokat (pl. szorongás). Az előbbi esetben pozitív, az utóbbi esetben negatív megerősítőkről van szó.
2. **Averzív hatás:** a drogok használata kellemetlen állapotot okoz. A rövid távú averzív hatásra hamar alakul ki tolerancia, a megerősítő hatásra sokkal lassabban.
3. **Diszkriminatív droghatás:** a drogok képesek arra, hogy hatásuk alapján használójuk a többi drog közül válassza ki a legmegfelelőbbet.
4. **Kondicionálódás:** a droghatás környezeti (külső) és belső ingerekre kondicionálódik. Ilyenkor semleges események, tárgyak, helyzetek is kiválthatják a drogéhséget. Az ilyen ingerek hatása ellentétes a droghatással. Ez azt jelenti, hogy megszokott környezetben az ugyanolyan dózisú drog hatása gyengébb, mint ismeretlen környezetben. Ez a jelenség magyarázza a túladagolásnak látszó hirtelen haláleseteket olyankor, amikor nem történt dózisemelés.

Az addikció:

A kémiai megerősítők igazi veszélye abban áll, hogy az idő előrehaladásával fokozatosan kiszorítják a fogyasztó életéből a természetes megerősítőket. A rendszeres fogyasztás következtében csökken az igény a sportolásra, műélvezetre, vagy éppen a szexuális aktivitásra. Az élettevékenység teljesen beszűkülhet a drog megszerzésére és fogyasztására. Ha a drog beszerzésére és elfogyasztására szánt idő uralja az ébren töltött idő jelentős részét, addikcióval, azaz hozzászokás kialakulásával számolhatunk. Az addikció rendszerint toleranciával, szenzitizációval és dependenciával (a szoros értelemben vett függőség) járhat együtt.

A tolerancia:

Szó szerint tűrőképességet jelent, az addiktológiában azonban jelentése: hatásgyengülés. A drogok folyamatos használata közben azok hatása fokozatosan csökken, azaz ugyanannak a hatásnak az eléréséhez egyre nagyobb adagokra, vagy intenzívebb szerhasználatra van szükség. Az azonos hatás eléréséhez a drogfogyasztónak a függőség súlyosbodásával

- emelnie kell az adagot (dózist),
- hatékonyabb használati módra kell áttérnie (pl. szájon át való szedésről, illetve orron át való szippantásról az intravénás injekciós használatra),
- enyhébb hatású drog helyett át kell állnia erősebb hatásúra (pl. marihuánáról a hasisra),
- csökkentenie kell a két drogfogyasztás között eltelt időt.

A hasonló hatású szerek között kereszttolerancia alakulhat ki. Ilyenkor az egyik drog (pl. a heroin) iránt kifejlődött tolerancia a másik droggal (pl. a metadon) is megmutatkozik. A szenzitizáció (érzékenyebbé válás) a drog hatásának növekedését jelenti ismételt adagolás következtében. „Fordított toleranciának" is nevezik.

Bár a tolerancia és a szenzitizáció ellentétesen hatnak a szervezetre, mindkét jelenség a drogfogyasztás növekedéséhez vezethet. A dependencia a szertől való kényelmetlen (olykor az elviselhetetlenségig fokozódó fájdalommal járó) megválást, azaz szerfüggőséget jelent. Két formáját különböztetjük meg:

1. **Pszichés (pszichológiai, lelki, érzelmi) függőség:** a pszichés függőség a drogkereső magatartásban, a szer megszerzésére irányuló kényszerítő vágyban, sóvárgásban jut kifejezésre. A sóvárgás (drogéhség, craving) erős, kóros vágy a drog iránt. A drog iránti sóvárgás olyan erős lehet, hogy az egyén élettere teljesen beszűkül a drog megszerzésére és fogyasztására. A lelki függőség ismérve, hogy a használó drog nélkül képtelen jól érezni magát, a drog-hatás szükséges a jó közérzet fenntartásához. Intenzitása változó: az enyhe vágyódástól a kínzó drog-éhségig terjedhet.
2. **Fizikai (fiziológiai, testi) függőség:** testi függőségről akkor beszélünk, ha a drog megvonását követően hosszabb-rövidebb időn belül elvonási tünetek jelennek meg.

A fizikai függőség általában akkor lép fel, ha a szert hosszú ideig alkalmazzák. A különböző szerek hosszabb-rövidebb idő alatt alakítanak ki függőséget, mivel nem azonos az addiktív potenciáljuk, „megkötöző erejük". A pszichés függőség a legtöbb esetben megelőzi a testi függőséget, de nem szükségszerűen vezet el ahhoz.

Az addikciók lefolyásának szabályszerűségei:

Az alkohol vagy drog révén az ember képes szabályozni közérzetét, hangulatát, érzelmeit. A szerhasználat kezdetén ez a hatás alkalomszerű, eseti és jó érzéseket okoz. A szer kiürülése után a hangulat visszaáll a kiindulási pontra. A droghatás árnyoldala még nem jelentkezik (I. fázis). Később a drogfogyasztás periodikussá válik, az elvonási tünetek miatt a hangulat átlendül a negatív tartományba. A szerhasználónak folyamatosan kell a szert a szervezetébe bevinnie, hogy csökkentse az elvonási tüneteket, rossz közérzetet. A szer átveszi az uralmat használója felett (II. fázis). A drogkarrier előrehaladtával a szer nem a jókedv, sőt nem is normális közérzet elérésének eszköze, hanem csupán abban segít, hogy a szerhasználó kevésbé érezze rosszul magát, vagy ne legyen elviselhetetlen helyzetben. (III. fázis). A droghatások miatt ez a folyamat mindaddig halad előre, sőt egyre gyorsuló módon halad előre, amíg a beteg segítséget nem kap, hogy megtörje az ördögi kört.

A drogok fajtái és csoportosítása:

A drogokat, vagy más szóval a pszichoaktív anyagokat a jog, és ennek megfelelően a rendőrség, bíróság, valamint az orvostudomány másképpen osztályozza. Jogi szempontból megkülönböztetnek illegális szereket, ezek a kábítószerek és az ún. veszélyes pszichotróp anyagok, melyek előállítását, forgalmazását, terjesztését és használatát a törvény tiltja. A legális, azaz jogilag nem tiltott, a társadalom, az adott kultúra által elfogadott drogok az alkohol, a nikotin (a cigaretta hatóanyaga), a koffein (a kávé hatóanyaga) és a nyugtató, altató hatású és fájdalomcsillapító gyógyszerek (orvosi alkalmazás keretében használva!). Az orvostudományi megkülönböztetés a legális és az illegális szerek közé nem húz éles határvonalat, mert a

legális szerekkel kapcsolatban is kialakulhat súlyos függőség, addikció és minden olyan jelenség, ami a kábítószerek hatására jellemző (gondoljunk csak az alkoholizmusra vagy a gyógyszerfüggőségre). Ezért a drogokat az orvostudomány egységes szemléleti keretben tárgyalja, és gyógyszertani-pszichológiai hatásuk alapján csoportosítja őket.

Az alábbiakban e szempont szerint történik a drogok csoportosítás:

a) **ópiátok:** morfin-származékok, a mák kémiai anyagaira visszavezethető szerkezetű szerek;
b) **lassítók:** a központi idegrendszer működését lassító, tompító szerek (depresszánsok). Ide altatókat, nyugtatókat, szorongás-csillapítókat sorolunk. Hatását tekintve ebbe a csoportba sorolható az alkohol is;
c) **gyorsítók:** a központi idegrendszer működését serkentik, élénkítik, stimulálják. A kokain (és származékai) és az amfetaminok tartoznak ebbe a csoportba. Néha ezt a két csoportot külön szerepeltetik;
d) nikotin (a dohány hatóanyaga): stimuláns hatásai miatt ebben a csoportban is szerepeltetjük, de szokás önálló csoportként feltüntetni;
e) koffein (a kávé hatóanyaga): stimuláns hatásai miatt ebben a csoportban is szerepeltethetjük, de szokás önálló csoportként is feltüntetni;
f) **hallucinogének:** hallucináció (külső tárgy nélküli észlelet) és a tudatállapot, elsősorban az érzékelés és az észlelés sajátos megváltozását idézik elő. Ide soroljuk az LSD-ket, egyes gombák, és más növények speciális hatóanyagait;
g) kannabisz-származékok: az indiai kenderből (Cannabis sativa) előállított anyagok. A marihuánát és a hasist a hallucinogének közé sorolják, de sok egyéb jellegzetességük miatt külön csoportban is szokás szerepeltetni őket;
h) szerves oldószerek: a „szipuzás” során használt anyagok tartoznak ide, ezeket szokták külön csoportban is szerepeltetni;
i) egyéb szerek: kéjgáz („lufizás”), nitritek stb.

1.2. Szenvedélybetegség

A szenvedélybetegség azt jelenti, hogy egy hétköznapokban elterjedt, normálisnak tűnő vagy csak enyhén deviánsnak látszó viselkedésmód elszabadul, dominánssá válik (Buda, 1992).

A szenvedélybetegség felismerése nehéz feladat. A hosszútávú szerhasználat biológiai következményei, a személyiség fejlődését gátló vagy elterelő hatásának a viselkedésben megnyilvánuló jelei gyakran összemosódnak a köznyelvben. Hajlamosak vagyunk a szerhasználó személyeknek azonnal erős személyiségtorzulást és fizikai függőséget tulajdonítani.

Segítőként leginkább az nyújthat segítséget, ha megvizsgáljuk a kliens jelenlegi állapotát, vagyis, hogy a kliens szerhasználata hogyan változott az élete során; milyen az érzelmi kapcsolata az általa használt szerekkel; a fontos életterületek hogyan változtak a szerhasználat alatt: fizikai és mentális egészség, emberi kapcsolatok, munka, hobbik, büntetőügyek. A felsorolt életterületeken tapasztalható megrekedés vagy romlás, az emberi kapcsolatok minőségének hanyatlása, a szerhasználat fokozódó mértéke, a kontroll megtartására való képtelenség, a problémamegoldó vagy öngyógyító szerhasználat jól előre jelzi, hogy a kliens szenvedélybetegségben szenved, vagy magas a szenvedélybetegség kialakulásának kockázata.

A szenvedélybetegség gyógyítása

A szenvedélybetegségből való gyógyulást felépülésnek nevezzük. A felépülés az önsegítő csoportok (USA-ban, az 1930-as években megjelent 12 lépéses programok) által köznyelvbe hozott kifejezés. Az önsegítő mozgalmak szemlélete alapján “aki függő, mindig függő”, tehát ez a betegség, más krónikus betegségekhez hasonlóan élethosszig tartó figyelmet és sokszor kezelést igényel (pl. önsegítő csoportok látogatása). Az önsegítő mozgalom fő üzenete, hogy a szenvedélybeteg személy, a betegsége ellenére, és azzal együtt képes teljes életet élni, visszailleszkedni a társadalomba és annak teljes jogú tagjaként értelmet adó életet élni. (Terry & Cardwell, 2015).

Viselkedési addikciók

A szerfüggőség és viselkedési függőség közös tulajdonságai:

1. ismételt késztetés egy viselkedési sztereotípia véghezvitelére (sajátossága, hogy nem produktív);
2. a viselkedés-sor befejezéséig emelkedik az egyén belső feszültsége;
3. a viselkedés-sor befejezése után átmeneti és gyors feszültségcsökkenés következik be, ez közvetlen viselkedés-megerősítésként hat, ami a legfontosabb tényező a függőség fennmaradásában;
4. a késztetés fokozatosan, órák, napok alatt visszatér, miközben az egyén negatív következményeket él át (melyek lehetnek fizikai, társas vagy az önértékeléssel kapcsolatosak), aminek következménye az ismétlési kényszer, a függőségi ciklus újra indulása.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság és a WHO meghatározásai szerint, mindkét típusú függőség négy fő jellegzetessége:

1. kontrollvesztés;
2. ingerhez kötöttség (a kontrollvesztés akkor a legerősebb, ha a droghasználó olyan körülményekkel találkozik, ahol lehetősége van a droghasználatra, vagy „felhívó” ingerek veszik körül);
3. nehézség a droghasználat (vagy egyéb viselkedési függőség) szabályozásában;
4. a használat (viselkedés) sztereotipizált mintája, a droghasználati repertoár beszűkül (pl. az egyik napi ivás, ugyanolyan, mint egy másik napié).

2. A szenvedélybetegségek háttértényezői

Összefoglalás: A fejezet bemutatja a az addikciók kialakulásának és fennmaradásának, lefolyásának oki tényezőt: pszicho- biológiai okok, hatótényezők, kulturális hatások.

Cél: A résztvevők legyenek képesek az ismereteanyag gyakorlatban történő alkalazására: az addikciók kialakulási okainak feltárására az egyes esetekben, valamint tüneteinek felismerésére.

Kulcsszavak: drogfogyasztó, családi háttér, kortárs, társadalmi kontextus, öngyógyító, élménykeresés protektív tényező, pubertás, tiktott szer

Tanulást segítő kérdések: Alapvetően mi miatt alakulhat ki függőség? Mely bilógiai és lélektani változások a legfontosabbak? Milyen főbb hazai statisztikai adatok jellemzőek?

A drogok sajátosságai

A droghasználat motivációi között jelentős szerepet játszik az általa kifejtett, eleinte pozitív élményt nyújtó, és a hozzászokást kiváltó hatása, valamint az egyes drogok (különösen az új pszichoaktív szerek) könnyű elérhetősége, a megnövekedett kínálat és az elérhető, viszonylag olcsó (többi droghoz viszonyított) ár.

A drogfogyasztó jellemzői

Meghatározóak lehetnek a használó ismeretei és elvárásai a szerekre és a fogyasztásra vonatkozóan. A korábbi tapasztalatok éppen annyira közrejátszanak a drogok újbóli használatában, mint a téves ismeretek (például az, hogy a biofű, vagy herbál névvel illetett új pszichoaktív szer nem káros, hiszen növényi, bio, vagy, hogy legálisnak vélik az adott anyagot).

A droghasználó pszichológiai adottságai is jelentősen befolyásolhatják a függőség kialakulását. Az örömszerzésre irányuló vágy, a fokozott inger és kockázatkereső magatartás, valamint a stresszel való megküzdés alacsony színvonala, a negatív mentális tényezők, mint a szorongás, a depresszió vagy a düh, mind egyfajta öngyógyító viselkedésre, droghasználatra sarkalhatja az egyént.

A különböző pszichoszociális fejlődési elmaradás szintén a problémamegoldó és stressztűrőképesség alacsony szintjét eredményezheti, így hajlamosító tényezőként azonosítható a droghasználat kialakulásában. Ilyenek lehetnek az élet különböző területein elvárt szerepek elkülönülésének hiánya, a realitás téves észlelése, a gyerekkor után is fennmaradó egocentrikus világnézet, a konfrontáció kerülése, ennek következtében az érdekérvényesítő asszertív képességek hiánya. Mindezeket erősíti a labilis vagy irreális önértékelés. Az egyén elmagányosodása, izolálódása környezetétől, valamint a tényleges leválás hiánya a szülőkről szintén veszélyeztető tényező.

Családi háttér

A legtöbb vizsgálat talán a családi háttér és a droghasználat összefüggésében készült, amelyek szerint a diszfunkcionálisan működő családok, ahol jellemző a szülők egymás közötti és a szülő-gyerek(ek) közötti érzelmek hiánya, a destruktív kommunikáció, a családi szerepek felcserélődése (a gyerek gondoskodik az esetleg szenvedélybeteg szülőről), a családtagok közötti pszichológiai határok elmosódása vagy túl merev szétválasztása, egyértelműen veszélyeztető tényező a droghasználat kialakulása szempontjából.

A droghasználat kialakulásában szerepet játszik a családszerkezet rendezetlensége, könnyű átjárhatósága (amikor nem egyértelmű a család határa: ki tartozik bele, ki nem, illetve, ha gyakran történik partnerváltás, vagy ez a váltás nem rendezett, sok bizonytalanságot tartalmaz). A szülők szélsőséges nevelési stílusa (túlságosan megengedő vagy tekintélyelvű), a nevelésben a jutalmazás túlzott mértéke vagy destruktív szerepe is befolyásoló hatású. Szintén veszélyeztető tényezőként azonosítható egyik vagy mindkét szülő alkohol- vagy droghasználata, illetve az ezzel kapcsolatos elfogadó attitűdje. A szülők elvesztésére és/vagy súlyos megbetegedésére, valamint az érzelmi, fizikai vagy szexuális bántalmazásra és az ebből fakadó traumákra is gyakran válasz a droghasználat kialakulása. Ezeknél talán kevésbé egyértelmű, de jelentős tényezők a család generációkon átívelő különböző traumái, melyek lehetnek különböző családi titkok: kitelepítés, börtön, súlyos betegség, örökbefogadás. A szülők saját átélt és feldolgozatlan traumatikus élményei, valamint az ebből fakadó személyiségtorzulásuk alapvetően meghatározza a gyereknevelési attitűdjüket, illetve a szülői kompetenciáikat, viselkedésüket. Ez azonban a gyerekben szintén személyiség hiátust vagy traumát okozhat. A generációkon át öröklődő ilyen típusú működés megszakítása többnyire egyéni és/vagy családi terápiával lehetséges és alapvető fontosságú a megelőzés tekintetében. (Hoyer, 2005)

Kortárs hatás

Talán kissé túlértékelt, de a droghasználat rizikófaktorai között mindenképpen megemlítendő a kortárs hatások szerepe. Fontos a kortárs csoportok alkohol- és droghasználata és az ezzel kapcsolatos elfogadó vagy elutasító attitűdje. Ez akkor tud erőssé válni, ha a kortársak által nyújtott identitás, illetve a környezet negatív megbélyegzésének, leértékelésének elkerülése fontos az egyén számára. Azonban fontos leszögezni és tudatosítani magunkban, hogy az alkohol és drogkipróbálás nem egyértelműen kóros jelenség, hanem sokkal inkább tekinthető normatív serdülőkori folyamatnak. (Rácz, 2007)

Társadalmi kontextus

A droghasználat kialakulását az egyéni okok mellett jelentősen befolyásolja a társadalmi környezet is. A különböző társadalmi változások és az ezzel együtt járó anómiás állapotok egyéni kríziseket okozhatnak (lásd rendszerváltáskori vagy később, a gazdasági válságból fakadó elszegényedés és munkanélküliség). Nagy jelentősége van a jogi szabályozásnak is, ugyanis a törvények a rögzített normákkal, szabályokkal és ezek szankcionálásával értékeket közvetítenek, a pszichoaktív szerekkel kapcsolatban is állást foglalnak. További befolyásoló tényező a reklám és tömegkommunikáció, a fogyasztói társadalom, a társadalomban a fogyasztás kultuszának erőssége és a társadalom viszonya az alkohol- és droghasználathoz. A fiataloknak fontos viszonyítási alap a felnőtt társadalom értékrendje és ebben felfedezhető ellentmondások: ha a felnőttek egyes szereket elutasítanak, míg más szerek használatát eltűrik, sőt aktívan fogyasztják, kevésbé hiteles a még annyira jószándékú óvásuk, tiltásuk is.

A droghasználat alapvetően tehát vagy egy jutalmazó, illetve fájdalomelkerülő (pszichés is!) „öngyógyító” mechanizmus következtében vagy élménykeresés miatt alakulhat ki (Komáromi, 2005).

Protektív (védő) tényezők

A veszélyeztető tényezők ismerete a prevenciós és kezelési beavatkozások esetében is elengedhetetlen, azonban szerencsésebb mindkét esetben a protektív tényezők erősítése, mely inkább tud megfelelő, hatékony kimenetet biztosítani. Az egyik ilyen védő faktor lehet a reális önértékelés, ha az egyén tisztában van a pozitív tulajdonságaival, erősségeivel. A másik ilyen tényező az „én-hatékonyság” (Rutter, 1990), melynek kialakulását leginkább segítő tényezők a biztonságos és támogató személyes kapcsolatok léte, a feladatteljesítés az iskolában, otthon vagy más környezetben. A személyes fordulópontok pozitív felhasználása, a problémákkal való megbirkózás, illetve a kurdarcokból való tanulás szintén erősíti azt a

tudatot, hogy hatással van az egyén a saját életére. Ne feledkezzünk meg azonban arról, hogy az erősségek kibontakozásához megfelelő lehetőségek szükségesek, melyekhez a hozzáférés meghatározó a tehetség felismerésében és kibontakoztatásában.

Mindezek mellett természetesen egyértelműen védő faktornak minősülnek a veszélyeztető tényezők hatásának csökkentésére irányuló beavatkozások is.

Mérei Ferenc pszichológus testi-lelki forradalomhoz hasonlította ezt az időszakot. Vekerdi Tamás - elsősorban a lelki folyamatokra gondolva - előadásaiban és írásaiban egyaránt második születésként említi. Ráadásul ez a születés is fájdalmas, de ha tudjuk, hogy az élet része, könnyebb elviselni. Tekintsük át a legfontosabb változásokat, amelyeken mi is átmentünk, de akkor annyira benne voltunk, hogy szülőként szinte már el is felejtjük. A prepubertás, a kiskamasz-kor a 10–13 év közötti időszak. A pubertás, amit tulajdonképpen kamaszkornak, serdülőkornak nevezünk, a 12–18 év között zajlik. A posztpubertás, ifjúkor időszakát 17–24 év közé teszi a szakirodalom. A változás és az átmenet határait az egyéni fejlődés, és nem a becsült évhatárok alakítják. Van, aki korán kamaszodik, de vannak, akik nem akarnak (vagy nem tudnak) felnőni, még a húszas éveik végén sem.

A változás több síkon zajlik egyszerre. Ezek közül a legfontosabbak:

Biológiai változások:

- A változást, fejlődést az agyalapi mirigy (hipotalamusz, hipofízis) által termelt hormonok indítják el.
- Kialakul az elsődleges és másodlagos nemi jelleg: lányoknál a mellek, fiúknál a bajusz, szakáll, mindkét nemnél a szeméremszőrzet.
- A nemi hormonok a lányokat fogantatásra, a fiúkat megtermékenyítésre képessé alakítják.
- Lányoknál jelentkezik a menstruáció, fiúknál a pollúció (éjszakai magömlés).
- Az alkat is jelentős változáson megy keresztül, miközben a testhossz folyamatosan nő.

Lélektani változások:

- Befejeződik a pszichoszexuális fejlődés, elindul a partner keresése. (Képesség a szerelemre, együtt járás, a nemi szerep gyakorlása, testi kapcsolatok kezdete.)
- Megváltozik a környezethez való viszony.
- Megnő a kortársak, a kortárscsoportok jelentősége, fontossága.
- Megkezdődik a szülőkről való érzelmi leválás.
- Elindul az intim, személyes kapcsolatok elsajátítása, nagy csalódásokkal, felfokozott örömérzettel, rajongással.
- A konfliktusok megoldása egyre gyakorlottabban megy, egyéni technikák is kialakulhatnak.
- Előtérbe kerül a fantázia, az alkotóképesség, az igazságérzet.
- Az intellektuális érdeklődés mélyül, szeretné a fiatal megérteni vagy éppen tagadni az „egész világot”.
- Képessé válnak a több szempontú gondolkodásra.

A pubertáskornak három alapvető feladata van:

- Le kell válnia, érzelmileg függetlenednie kell a szülőktől, szülőtől, tudnia kell a családon kívül is kapcsolatokat építeni.
- Azonosulnia kell a nemi szereppel, a szexuális szerepet be kell építenie személyiségébe.
- Vállalnia kell a felnőtt társadalomban a szerepét: pályaválasztás, társadalmi normák beépítése a személyiségbe, döntések meghozatala, jogi felelősség.

Közhelyszerű, áthagyományozódó nézet, mondhatni tévhit, hogy a serdülőkor elkerülhetetlenül a személyes belső zűrzavar korszaka, valamint, hogy a serdülők és a szüleik között generációs szakadék húzódik, mely viharos szülő-gyermek kapcsolatokban mutatkozik meg. Ezt tudva és gondolva sok szülő félve várja a pubertás, a kamaszodás időszakát. E generációs szakadékra a kutatások nem találtak tudományos bizonyítékot, hanem egy – sokak számára meglepő –körülményt tártak fel. (E tudományos eredményt fogadják támogatásul!) A kutatók ugyanis megállapították, hogy a kamaszok értékvilága és érzelmi viszonyulása jobban hasonlít a szüleikére, mint a barátaikéra. A legfontosabb kérdésekben inkább egyetértenek a szülőkkel. Ennek ellenére a családi konfliktusok, veszekedések gyakoribbak a serdülőkorban, mint a fejlődés bármely más korszakában, mert meg kell oldódnia a szülőkről való fokozatos érzelmi leválásnak, a függetlenedésnek és az elszakadásnak. Szülői részről két nagy hibalehetőséget ismerünk. Az egyik a túlzott szigor, a mindent előíró, beszabályozó, kontrolláló hozzáállás, a féltés, a folyamatos és látványos aggódás. Sokszor ebben a tehetetlenség érzése és a gyerekkori kapcsolat állandósulása is közrejátszik. A másik hibaforrás a túlzott engedékenység. Brémában sok közintézményben függött sokáig egy plakát, amely a szülőket, elsősorban az engedékeny szülőket szólította meg.

Tizenkét végzetes tanács szülőknek:

1. Adj meg gyermekednek mindent, amit csak akar! Így arra a meggyőződésre jut majd, hogy övé az egész világ.
2. Ha gyermeked trágár, illetlen kifejezéseket használ, csak nevess rajta, hogy így magát annál érdekesebbnek tartsa.
3. Semmiféle vallásos nevelésben ne részesítsd. Majd 18 éves korában ő maga választhat, miben higgyen.
4. Gyermekednek sohase mondd, hogy „Az nem jó.”, „Nem helyes”! Azáltal ugyanis bűntudata támadhat.
5. Minden rendetlenségét, hazugságát hozd helyette rendbe, így gyermeked bizonyossá lesz abban, hogy a saját vétségéért mindig mások felelősek.
6. Hadd olvasson, amit csak akar. Evőeszközét viszont gondosan sterilizáld, fertőtlenítsd!
7. Házasságotok viszálykodásait hadd hallja ő is. Így később, ha elváltok, gyermeketek legalább nem fog rajta csodálkozni.
8. Mindenre adj neki pénzt, amit csak megkíván, mert ugye borzasztó, ha egyszer rádöbben: a pénzért meg is kell dolgoznia.
9. Gondoskodj arról, hogy gyermeked minden lehetséges ételt, italt, luxust, szórakozást megkapjon, különben a sok reklám láttán még depresszióba eshet.
10. Adj neki mindenben igazat. Mert hiszen a szomszédok, a tanár és mindenki más csak bosszantani akarják, kárát okozzák.
11. Ha így gyermekedből végül egy haszontalan csibész lesz, mondd el mindenkinek: te nem tehetsz róla, hiszen te mindent megtettél érte.
12. Készülj fel időben egy rögös, tövises életre. A fentiek betartása esetén feltétlen részed lesz benne. Nehéz a leválás, pedig ezt a feladatot a szülőknek és a serdülőnek közösen kell végig dolgoznia. A folyamatos konfliktusok és örömteli pillanatok kimeríthetetlen tárháza ez az időszak.

A szülők gyakran két kihívás között őrlődnek. Egyfelől a család létfenntartásának biztosítása, másfelől pedig, hogy minél nagyobb szabadságot engedjenek gyermeküknek saját viselkedése szabályozásában. A serdülők viszont két világ között, a szülőtől, körülményektől való függőség és a felelősség világa között egyensúlyoznak. Hatalmat szeretnének, hogy maguk dönthessenek saját dolgaikban, de az már nem biztos, hogy a felelősséget is akarják, amely a felnőttséggel jár. Mi lehet az ideális egyensúly? A szülőknek és a serdülőnek ki kell alakítaniuk a kölcsönös egymásra utaltság olyan új formáját, amely a serdülőnek

nagyobb önállóságot (autonómiát), a családi döntésekben egyenlőbb szerepet, valamint több felelősséget is biztosít.

Ha ez a kapcsolatforma nem kezd el működni a tizenéves kor elején, és nem fejlődik fokozatosan, akkor gyakori a viharos kamaszodás, az esetleges serdülőkori krízis megjelenése, állandósulása, ami majd egyszer, később abbamarad és lecseng. A kortársak szerepe kiemelten fontos a serdülés feladatainak megvalósítása közben, hiszen ők a felnőtté válás fontos segítői: Gyakran az érdeklődési körök szerint kerülnek kapcsolatba egymással a fiatalok, illetve újabb és újabb érdeklődési körök felkínálói is egymás számára. Ebben jelentős szerepet játszhat a kölcsönös rokonszenv, azonosulás, vonzalom. A társak közti viszony tulajdonképpen leképezi a felnőtt társadalom kapcsolati mintáit (gyermektársadalom), de annál nyitottabb, színesebb, nagyobb mozgásteret ad. A barátságok kialakulása, fennmaradása az egyik legfontosabb stabilizáló erő. Érzelmi támaszt, azonosulási mintát nyújtanak, gyakran egész életre kötődnek. A barátságok egyben érzelmi előkészítői a partnerkapcsolatoknak is. A kortársak jelentősen befolyásolják a tanuláshoz való viszony alakulását, a tanulási kedvet, a pályaválasztást, a beilleszkedést, de a negatív jelenségeket, devianciákat is. Európában a tizenhat évesekkel felvett összehasonlító adatok a negatív jelenségekkel, a legális és illegális drogokkal kapcsolatosan egyaránt komoly figyelmeztető jelek. A kutatások a régebbi folyamatok súlyosbodása mellett új jelenségek megjelenését is mutatják.

Néhány hazánkra vonatkozó tény:

- Minden negyedik 16 éves naponta rágyújt.
- A diákok 60%-a volt már részeg életében, a nagyivás, amit rohamivásként is említenek a diákok 45%-nál fordul elő havonta legalább egyszer. Ebben az élvezeti formában cél a gyors lerészegedés.
- A diákok ötöde használt már tiltott szert, általában marihuánát.
- A harmadik leggyakrabban használt visszaélési forma a szipuzás.
- A gyógyszerek és alkohol kombinációjának használata hazánkban az európai átlag kétszeresére nőtt.

Van egy kedvezőnek tűnő hír is: a Budapesten tanuló fiatalok körében megállt a tiltott szerekkel való visszaélés növekedése. (Ugyanakkor a vidéki településeken nőtt a szerhasználat.) Napjaink szociológiai tanulmányaiban egyre gyakrabban jelenik meg két fogalom: a „lerészegedés új kultúrája”, illetve a „pszichoaktív forradalom”. Ezek nem jelentenek egyebet, mint a veszélyes fogyasztási formák elterjedését. Ez mivel magyarázható? Megnőtt a szabadidő és a szabadidő kitüntetett jelentőségűvé vált mind az egyén, mind a csoportok számára („buli van…”). A fogyasztás okozta öröm egyre meghatározóbbá válik az egyén önmegvalósításában. Az ifjúsági korszakváltást, az úgynevezett posztadoleszcencia (elhúzódó kamaszkor) jelenségét a hatvanas években írták le, napjainkban ez hazánkban is jól tanulmányozható. A közép és felsőfokú oktatásba egyrészt többen kerültek be, mint korábban, másrészt egyre hosszabb ideig is maradtak az oktatási rendszerben. Ez az ifjúsági életszakasz jelentős meghosszabbodásához vezetett, az önálló keresővé válás viszont egyre későbbre tolódott. A meghosszabbodott ifjúsági szakasz meghosszabbodott bizonytalanságot is jelent. Az ifjúság szocializációjának fő színtere az ifjúsági kultúra lett. A normalizáció jelenségét is megfigyelhetjük, különösen a rekreációs droghasználatban. Mit is jelent ez? A droghasználat a korábbi deviáns (nem szabálykövető) viselkedésből egyre elfogadottabb viselkedéssé vált. Ennek több oka is van. Jelentősen megnőtt a tiltott szerekhez való hozzáférés; a rekreációs droghasználat a fiatalok elfogadott szabadidő eltöltési formájává válik; emelkedik a drogot kipróbálók és a rendszeresen használók aránya; a droghasználat egyre szélesebb körben válik elfogadottá az absztinensek és a volt használók között is. Egyre inkább terjed a hedonista vagy rohamivás, amire kettős magyarázat is van. Ez egyrészt a felnőtt társadalomba való szimbolikus belépést, másrészt pedig a felnőtti megszokások és korlátok elleni tiltakozást is jelenthet. Jelenleg gazdasági, pénzügyi válság van, nemcsak Európában, hanem a világon szinte mindenütt. Ez vajon hogyan hat a fiatalokra, kábítószer használatukra? Hogyan hat a családokra? Az ezzel kapcsolatos kutatások vélhetően hamarosan megjelennek.

3. Szenvedélybetegség, függőség serdülőkorban

Összefoglalás: A fejezet ismertetni a korai felismerést (mikor még teljes mértékben kezelhető és irányítható a kiforratlan függőség), a jó döntéshozatalt, a kommunikáció tés kooperációt.

Cél: A résztvevők képesek legyenek felismerni, detektálni a problémát és a változásokat, melyek devianciára utalnak.

Kulcsszavak: szerhaználat, stresszhatás, alacsony önértékelés,megelőzés, kockázatvállalás, szorongás, depresszió, személyiségjegyek, labilis, elhanyagolt, deviáns életszemlélet

Tanulást segítő kérdések: Mi a szülői támasz? Személyiségjegyek és beállítódások tekintetében mely fiatalok drogfogyasztásra való veszélyeztetettsége magasabb? Mely fiatalok esetében a megelőzési szempontú fokozott támogatás?

A számos környezeti hatás, illetve a család, mint intézmény jelentős átalakulása ellenére a felnövekvő gyermekekre leginkább családjuk viszonyrendszere, működésmódja van kihatással.

Ennek következtében elsősorban a szülői példának és nevelési stílusnak van meghatározó jelentősége.

A szülők drog- (nikotin-, alkohol-, esetleg kábítószer-) fogyasztása jelentősen növeli gyermekük szerhasználatának valószínűségét. Az olyan szélsőséges nevelési stílusok, mint a durva, agresszív bánásmód, illetve a gyermekkel való törődés, az odafigyelés elhanyagolása szintén ebbe az irányba hat. Különösen nagy kockázatot rejt magában, ha a család belső életét, hétköznapjait alakító szabályok nem világosak, gyakran és kiszámíthatatlanul változnak.

A serdülőkorban szükségképpen jelentkező stresszhatásokkal való megküzdésben a szülői támogatás önmagában is jelentős, egyúttal a szerhasználattal szemben is védő erőforrás. A „szülői támogatás" elsősorban lelki támaszt, a gyermektől elvárt magatartás jutalmazását, a tényleges teljesítmény elismerését és általában is a gyermek személyiségének megerősítését jelenti. Hozzátéve, hogy mindezt a szülőknek megfelelő módon, a gyermekük számára is világosan, érthetően kell közvetíteniük, kifejezniük.

A serdülőkor kezdetétől a fiatalok egyre több időt töltenek együtt azonos életkorú társaikkal. A kortárscsoportok közege olyan „laboratórium", amelyben a különböző életfelfogások, értékek, szerepek, önazonossági elemek, kommunikációs stílusok a család és az iskola közegéhez képest általában csekélyebb kockázattal próbálhatók ki. A későbbi szerhasználat szempontjából igen nagy jelentősége van, hogy az adott serdülő számára fontos kortárscsoportokban jelen van-e a drogfogyasztás mintája, illetve, ha az előfordul, arra a csoport hogyan reagál.

A minta előfordulása és pozitív megerősítése igen erős kockázati tényezőt jelent. Ugyanis azt a meggyőződést alakíthatja ki, hogy a szerhasználat megkönnyíti a csoporthoz tartozást. Ez sokszor valóban így van, mivel a szerhasználat a csoport tagjai iránti konkrét elvárássá válhat. A kortárscsoport kockázatnövelő hatása még kifejezettebb, ha a csoportban deviáns életvezetésű fiatalok is vannak.

Az iskolai tapasztalatokhoz kapcsolódó alacsony önértékelés többszörösére növelheti a droghasználat kockázatát. Az iskola világával elégedetlen tanulók nagyobb valószínűséggel mutatnak valamilyen

rizikómagatartást. Egyes hazai vizsgálatokban a dohányzással, az alkoholfogyasztással és a lerészegedéssel kapcsolatban a tanulók iskola iránti viszonyulása mutatta a legerősebb összefüggést.

Számos kutatás támasztja alá, hogy a vallásosság, illetve a vallásgyakorlás erősíti a lelki jól-létet, lelki egészséget. Ugyanakkor az ateizmus a dohányzás, az alkohol- és kábítószerfogyasztás előfordulásának valószínűségét egyaránt növelheti. A spiritualitás védő hatását tekintve úgy tűnik, hogy elsősorban nem a felekezeti hovatartozásnak, hanem az imádkozásnak és a templomba járásnak van jelentősége, főleg a fiúk esetében.

A gyermekek különböző beilleszkedési, illetve magatartási problémái is növelhetik a droghasználat valószínűségét. E szempontból az agresszív viselkedés, az antiszociális magatartás és a hiperaktivitás kockázatnövelő szerepe emelhető ki.

A szorosabb értelemben vett személyiségjellemzők közül a droghasználattal összefüggésben a fokozottan élménykereső, kockázatvállaló beállítódás, valamint a szorongás és depresszió iránti nagyobb fogékonyság tekinthető kockázati tényezőnek. Ugyancsak fontos szerepe van annak, hogy az adott személy milyen módon próbál megküzdeni a hétköznapi élet különböző szokványos vagy váratlan kihívásaival, nehézségeivel. Erős összefüggés mutatkozik a hangsúlyosan érzelemközpontú megküzdési mód és a drogfogyasztás között. E problémakezelési stílus alkalmazásakor elsősorban nem az adott konkrét probléma valamilyen megoldása, hanem az érzelmi következmények, terhek enyhítésére irányuló törekvés áll előtérben. Ezzel szemben a problémák tényleges megoldását (vagy az azt kiváltó helyzetek sikeres elkerülését) célzó megküzdési mód erősíti az önértékelést és az önbizalmat, hozzájárul az én-hatékonyság megéléséhez és így a droghasználat kockázatának csökkenéséhez. Vannak olyan, életvezetésben, életmódban megnyilvánuló jellemzők is, melyek megléte vagy hiánya ugyancsak kihatással van a droghasználat valószínűségére. A jövőre irányultsággal, proszocialitással, önelfogadással, kapcsolat-központúsággal jellemezhető értékszemlélet általában védő hatású. Az „egészség” kitüntetett helye a személyes értékrendben, az életvezetés egészségtudatossága – a megfelelő táplálkozás, testmozgás, sportolás révén – közvetve ugyancsak mérsékelik a szerhasználat kockázatát. Másfelől a fizikai és/vagy mentális teljesítmény fokozásának szándéka sok esetben éppenséggel droghasználó magatartáshoz vezet.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kezdeményezett, nemzetközi programba ágyazódó „*Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*” című kutatás egészségi állapotra, illetve az ezeket befolyásoló háttértényezők feltérképezésére irányuló adatfelvétele 4 évente ismétlődik. A program nemzetközi standardok alapján számos országban zajlik, így a különböző országokban kapott eredmények összevetésére is lehetőség van. A hazai és külföldi felmérések adatai a nyilvánosság számára egyaránt elérhetőek.

A vizsgálat során felvett adatok elemzése alapján megállapítható, hogy a szerhasználat szempontjából legfontosabb körülménynek valamennyi korcsoportban a következők bizonyultak: deviáns megnyilvánulások előfordulása, a tanuló és környezete szerhasználat iránti viszonyulásának és szerfogyasztó magatartásának jellemzői, bizonyos személyiségjegyek (extraverzió, neuroticizmus, élménykeresés), valamint a szülői támasz és a másik nem iránti viszony.

Úgy tűnik, hogy a különböző drogok fogyasztására leginkább a kötődési zavarral küzdő, elhanyagolt, gyengén tanuló gyermekek hajlamosak, akik egyébként a drogfogyasztás mellett könnyen válnak bántalmazóvá, deviáns magatartásúvá. Bizonyosra vehető, hogy minél több kockázati tényező van jelen a gyermek környezetében, annál valószínűbb, hogy sor kerül az intenzív és ismétlődő szerfogyasztásra.

A drogfogyasztás különböző formái általában együtt járnak: ha egy fiatal dohányzik, annál valószínűbb az is, hogy alkoholt és/vagy kábítószert is használni fog. Másfelől pedig minél inkább elutasítja valamely szer fogyasztását, annál valószínűbb, hogy egyéb szerek használatától is tartózkodni fog.

Személyiségjegyek és beállítódások tekintetében a drogfogyasztásra való veszélyeztetettség elsősorban a labilis, felelősséget nem vállaló, elhanyagolt fiatalok esetében a leginkább jellemző. Ugyancsak fontos kockázati tényezők az egészséggel kapcsolatos szokások és attitűdök, illetve a fokozott élménykeresés és indulatosság, valamint az iskola iránti érdeklődés hiánya.

A szabadidő-eltöltést tekintve elsősorban nem annyira a szórakozóhely típusa, hanem a szórakozás intenzitása jelent kockázatot; szinte minden gyermek eljut a kocsmába, de – a droghasználat szempontjából legalábbis – nem mindegy, hogy mennyi időt tölt ott. A szerfogyasztás tekintetében főként nem a tágabb környezet mintái hatnak, hanem a közvetlen családtagok és barátok. A kábítószer-használat tekintetében különösen erős a környezeti modellek hatása. Amennyiben a gyermek környezetében nem találkozik kábítószert fogyasztókkal vagy más szerfüggőkkel, sokkal kevésbé valószínű, hogy egyáltalán kipróbálja vagy tartósan fogyasztja majd a különböző szereket.

A megelőzés érdekében elsősorban a gyenge tanulmányi eredményű, magatartási problémákkal jellemezhető, indulatos, bántalmazó, hiperaktív tanulók, a gyengén kötődő, családi problémákkal küzdő gyermekek és azon fiatalok esetében szükséges fokozott törődés és támogatás, akik nagyon sok időt töltenek szórakozással.

Eredményeink tükrében tehát elsősorban olyan programokra van szükség, amelyek

- szülőkre, családokra a szülő-gyermek kapcsolatok erősítésére irányulnak (serdülőkortól, illetve már a serdülőkor előtt),
- tanárok és szülők bevonásával (az indulatos magatartás, deviancia, bántalmazás kapcsán) elsősorban az egyéni és családi megelőzésre, szemléletformálásra és másodsorban a kezelésre, a magatartási problémákkal küzdő serdülők integrálására irányulnak,
- támogatják a gyenge tanulók iskolai beilleszkedését, felzárkózását és pályaválasztását,
- erősítik az iskolai közösséget,
- támogatják a pályaválasztást és a konstruktív szabadidős elfoglaltságokat,
- felelősségvállalásra és megfelelő stresszkezelésre nevelnek, valamint
- a deviáns életszemlélet alternatíváját jelentő értékeket közvetítenek.

4. Szenvedélybetegség/függőség megelőzésének és kezelésének lehetőségei

Összefoglalás: A fejezet ismerteti a felismerés jelenségét, a figyelmeztető jelzéseket, megoldási stratégiákat, valamint az addiktológiai ellátórendszert.

Cél: A résztvevők sajátítsák el a korai felismeréshez szükséges tudásanyagot, ismerjék a megoldási lehetőségeket, valamint az addiktológiai ellátó rendszer felépítését, működését.

Kulcsszavak: elterelés, korai felismerés, megelőzés, kezelés, motivációs interjú, segítő folyamat, jelzések, ellátórendszer.

Tanulást segítő kérdések: Mi a szakember feladata a változás egyes szakaszaiban? Mik a figyelmeztető jelzések? Mely a magatartásszabályozás négy szemléletmódja?

A kábítószerekkel kapcsolatos fogyasztói típusú (birtoklás, fogyasztás) bűncselekmények esetében az elkövetőnek lehetősége van felvilágosító-megelőző beavatkozásokban való részvétellel a büntetőeljárást elkerülni, amennyiben megfelel az alábbi feltételeknek:

- csekély mennyiségű kábítószert saját használatra termeszt, előállít, megszerez, tart vagy fogyaszt;
- a bűncselekmény elkövetését beismeri;
- nem állapították meg büntetőjogi felelősségét kábítószer birtoklás vagy - kereskedelem kapcsán a megelőző két évben;
- nem vett részt elterelésben a megelőző két évben. (Btk. 180. §)

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba – mely inkább javallott prevenciós beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe. A kezelési beavatkozások tartalma nem meghatározott, azokat az addiktológiai járó- vagy fekvőbeteg intézmények (pl.: drogambulanciák, pszichiátriai és addiktológiai gondozók) keretében biztosítják az egészségügyi szolgáltatók. A megelőző vagy kezelési programban 6 hónapon át legalább kéthetente 1,5 órában szükséges részt vennie az elkövetőnek a teljesítési igazolás kiállításához.

Hogyan épül fel az elterelés?

A szolgáltatás működését a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet szabályozza, mely alapvetően a szolgáltatás kereteit érinti. A szakmai tartalom a különböző szolgáltatóknál eltérő lehet.

Az elterelés leginkább egyéni esetvitelben zajlik, de gyakori a csoportos forma is. A másfél óra alatt az elterelést vezető szakember és az elterelésbe járó kliens különböző témákat dolgoznak fel segítői beszélgetés keretében, ami lehet szabad segítői beszélgetés, vagy irányított önismereti gyakorlat.

Az elterelés alkalmaira vonatkozóan nincsen egy elfogadott tematika, ezt minden szervezet és szakember a saját szakmai belátása szerint végzi. Ennek oka, hogy az elterelésbe kerülők rendkívül széles skálán mozognak nem csak a szerfogyasztásukat illetően, de a koruk, iskolai végzettségük, motiváltságuk terén is.

A segítő feladata, hogy az első interjú alkalmával felmérje a kliens szerhasználati szokásait, mértékét, valamint a változáshoz szükséges motivációkat. A segítők az első interjút követően készítenek egy „gondozási tervet", melyben a későbbi alkalmak, témák kerülnek megfogalmazásra.

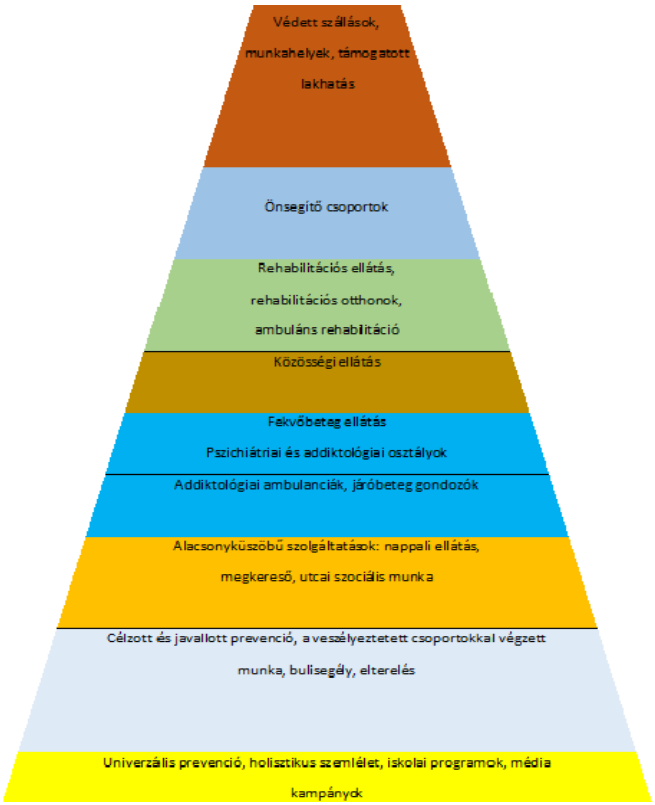
A segítő fontosabb céljai lehetnek az elterelés során:

- felébressze a kliensben a változás igényét,
- segítse a klienst, hogy változtasson a szerhasználathoz kapcsolódó attitűdjén,
- azonosítsa a kliens örömteli céljait és a kapcsolódó erőforrásait,
- a kliens csökkentse a szerfogyasztás mértékét, mennyiségét, gyakoriságát, melynek lehetséges kimenetele a teljes absztinencia elérése,
- segítse a klienst az élet egyéb területén jelentkező elakadásaiban (családi, párkapcsolati, munkahelyi, tanulmányi stb.).

Célcsoport-specifikus kihívások, lehetőségek

A következőkben röviden a szenvedélybeteg személyek ellátásának lehetőségeit mutatjuk be, hogyan tud az ellátórendszer reagálni a függőséggel küzdők (gyakran) speciális és összetett igényeire, és annak megfelelően, hogy milyen ellátási formákat vehetnek igénybe a célcsoport tagjai.

A szenvedélybeteg kliensek megjelenése a szociális alap- és szakellátásban



1. sz. ábra: Az addiktológiai ellátás piramisa[1]

[1] Felvinczi Katalin: Az integrált addiktológiai ellátás fejlesztési modell kialakításának lehetőségei az Új Magyarország Fejlesztési Terv keretében, NDI https://slideplayer.hu/slide/11385141/ alapján saját szerkesztés

A szenvedélybetegek ellátórendszere a droghasználat különböző szakaszaiban felmerülő szükségletekre igyekszik választ adni. A komplex, egymásra épülő lépcsőzetes rendszerben nagyon fontos a kliens korai kezelésbe vétele és a továbblépés biztosítása, ennek elengedhetetlen feltétele a szakemberek közötti együttműködés..

Az univerzális, célzott és javallott prevencióról a prevenciós programok között már volt szó, az utóbbi kettőre a kezelés szempontjából is tekinthetünk.

Az európai drogpolitikában a kereslet és kínálat csökkentés mellett, a 80'-as évektől teret nyerő szemlélet az ártalomcsökkentés. Ennek lényege éppen abban a szakaszban adhat nekünk segítséget és eligazodást, amikor a szerhasználó nem elég motivált a változásra és nekünk sincsenek igazán eszközeink ennek segítésére. Az ártalomcsökkentés lényege, hogy elfogadja, hogy nincs drogmentes társadalom, és a szemlélet a droghasználattal kapcsolatos társadalmi költségek csökkentését tűzi ki célul, elsősorban a beszerzési bűnözést, a bűnüldözés költségeit, a bíróságok, börtönök fenntartásából származó terheket. Emellett elismeri, hogy a droghasználó aktív döntéshozó (ezzel egyébként a felépülésben nagy szerepet játszó felelősség visszaadása történik meg). Az aktív droghasználóknak is joguk van az élethez és az egészséghez, így a droghasználat fizikai, lelki és szociális ártalmainak csökkentését tűzi ki célul. A fertőzések (Hepatitis, HIV) megelőzése, az életminőség javítása és a társadalmi integráció elősegítése a legfontosabb feladata, ennek során a szolgáltatások elérhetővé tételét segíti. Célja az élet megóvása (a túladagolásból származó halálesetek csökkentése), valamint a fogyasztó ártalom és kockázat csökkentése, az állapot romlás megakadályozása, alapvető emberi szükségletek kielégítése, biztonságosabb életvitel elérése. A kapcsolat kialakításakor reális célokat határoz meg, melyeket a veszélyesség szempontjából hierarchizál. Egy segítő kapcsolatban nem kizárólag a teljes absztinencia elérése lehet cél, hanem az injekciós droghasználat helyett egyéb beviteli módra vagy egy orvos-biológiailag, társadalmilag veszélyesebb szerről egy kevésbé kockázatos szer használatára történő áttérés is. (Demetrovics, 2009)

Lehetséges megoldási stratégiák

A szociális ellátásban dolgozó szakemberek szerepe a szenvedélybeteg ellátás területén elsősorban a korai kezelésbevétel, az átirányítás területén határozható meg. Emellett azonban a nem addiktológiai profilú szociális intézményekben is sokat tehetünk a szenvedélyproblémák kezelése tekintetében.

A következőkben egy rövid intervenciós technikát mutatunk be, melynek egyszerű lépéseit követve elősegíthetjük a szenvedélyproblémákkal küzdő kliensünk magatartásváltozását.

Rövid intervenciós módszerek - FRAMES

- F: feedback – visszajelzés az állapotfelmérés eredményei alapján,
- R: responsibility – a kliens felelősségének hangsúlyozása, a változásra történő elköteleződése rendkívül fontos.
- A: advice – tanács, ami konkrét és egyértelmű: „hagyja abba az ivást" vagy csökkentse azt.
- M: - menu – különböző alternatívák felajánlása a célokban és eszközökben, pl.: önsegítő csoport, szakrendelés, gyógyszeres terápia.
- E: empathy – a megértés kifejezése, empátiás légkör teremtése,
- S: self efficacy – hatékonyság, mind a kliens, mind a szakember bízik a változásban.

A Prochaska-DiClemente felépülési-modelljének (Prochaska-DiClemente, 1982, 2009) egyes stádiumaiban a segítőnek más-más feladata van. A felépülés és a segítő teendői szorosan összekapcsolódnak. Az alábbi táblázat azt foglalja össze, hogy a változás során az egyes szakaszokban milyen beavatkozások alkalmazhatóak.

A kliens stádiuma	A szakember feladata
elszánás előtt	kételkedés felkeltése: növelni a kliens kockázatészlelését és a jelenlegi viselkedésével kapcsolatos problémáit
elszánás	az egyensúly megingatása: hangsúlyozni a változáshoz szükséges okokat, a nem-változás kockázatait, megerősíteni a kliens jelenlegi viselkedésével kapcsolatos változtatási képességét
előkészületi döntés	segíteni a klienst abban, hogy a számára legmegfelelőbb terápiás beavatkozást válassza ki a változás-keresése során
akció	segíteni a klienst, hogy a változás irányában lépéseket tegyen
fenntartás	segíteni a klienst, hogy meghatározzon és használjon olyan stratégiákat, melyek megelőzik a visszaesést
megcsúszás, visszaesés	segíteni a klienst, hogy újrakezdje a kontemplációt, a döntést és az akciót, anélkül, hogy „beragadna” valamelyik stádiumba vagy demoralizálódna a relapszus miatt[2]

2. sz. ábra: A felépülés és a segítő teendői

A motiváció felkeltése és fenntartása

A szerhasználat abbahagyása, a továbbutalás, az addiktológiai szakemberhez járás, mind feltételezi, hogy az adott személy elkötelezett a változás iránt és motivált, hogy rendszeres kapcsolatban maradjon a szakemberekkel, eljárjon a függőkkel foglalkozó szakemberekhez.

A motiváció kialakítása és fenntartása kiemelkedő jelentőségű a sikeres felépülés és a szenvedélybetegek hatékony segítése során. A kliens motivációja – mint más területeken is – folyamatosan változik, hullámzik. A motivációt lehet, sőt kell is fokozni, mert támogatás hiányában, vagy az idő múlásával lecsökkenhet, elmúlhat. Ilyenkor a motiváció újbóli növelése már nehezebb. A motiváció tehát változó, sokszor az adott szakember személyéhez is kapcsolódik. De mégis, a motiváció fokozása az az út, amelyen keresztül valakit a segítő kapcsolatban lehet tartani, illetve tovább lehet utalni a számára jobb ellátást (addiktológiai kezelést) nyújtó szakemberhez.

[2] Prochaska Diclemente, 2009 alapján

A motivációs interjú (Miller, Rollnick, 1991)

1. Empátia kifejezése: az elfogadás elősegíti a változást, az ambivalencia normális, alapvető a kliens képzett módon végzett, reflektív meghallgatása.
2. Diszkrepancia kifejezése: Fontos a következmények tudatosítása, Jelen viselkedés és a fontos célok közötti diszkrepancia motiválhat a változásra! A kliens mondja ki a változás mellett szóló érveket.
3. A vitatkozás elkerülése: a vitatkozás fokozza a kliens ellenállását, az ellenállás annak a jelzése, hogy válts stratégiát! A kliensnek nem kell vállalni a „Beteg szerepet" vagy „függőséget" - ez a címkézés a változtatni tudás erejétől foszthatja meg.
4. Tánc az ellenállással - megváltoztatni az értelmezési keretet, a kliens értékes forrás a problémák megoldásában, nem eszköz, hanem cél a konfrontáció.
5. A kliens önbizalmának támogatása: a változásba vetett hit fontos motiváló tényező, a kliens a felelős, hogy válaszon és a változást végrehajtsa, mindig van remény, mindig van alternatív lehetőség.

A segítő folyamat

Az egyéni esetmunka, illetve az addiktológiai konzultáció az állapotfelméréssel indul. Ehhez a szerhasználóval először vagy az „első időkben" találkozó, őt ismerő szakember is fontos: olyan információkat tud az addikciókkal foglalkozó szakembernek átadni, amit ő csak hosszabb idő után tudna meg. Itt fontos a titoktartás, illetve a szerhasználó beleegyezése, hogy ezek az információk átadhatók a szakembernek. Ha nincs a közelben addiktológiai problémákat ellátó intézmény, az állapotfelmérésre akkor is szükség van. Az állapotfelmérés során a problémákról inkább beszélgetünk a szerhasználóval, akik a személyes, bizalmi kapcsolat kialakítása után, szívesen beszélnek a szerhasználat élményeiről, jó és rossz hatásairól, a többszörös szerhasználatról. Viszonyulhatunk úgy a szerhasználóhoz, hogy a szerhasználatának ő a „szakértője": tehát nem kell ismernünk a különböző, sokszor változó szerek pontos hatásait, nem kell járatosnak lennünk abban a szlengben, amiben a szerhasználó beszél. Ha sikerül kialakítani azt az érzést, hogy a szerhasználó „szakértőként" beszél ezekről, akkor sokszor tapasztalhatjuk, hogy ezt szívesen teszi. A kliensoktatás, edukáció célja ebben a szakaszban a szerhasználattal kapcsolatos ártalmak csökkentése: azaz, mikor okoz a használt szer vészhelyzeteket, hogyan lehet ezeket megelőzni, hogyan lehet elkerülni a több szerhasználatot egyidőben, a szexuális fertőzések kialakulását (szexuális kapcsolat korlátozása a szerhasználat idején, óvszerhasználat). Mindezt nem elég elmondani: többször is kell olyan beszélgetéseket kezdeményezni, ahol ezekről a témákról szó van.

A szerhasználattal kapcsolatban sok a bizonytalanság magukban a használókban is: néha ugyanaz a szer rosszullétet okoz, nem tudja kiszámolni, mi történik akkor, ha többféle szert használ, mi a szerhasználata későbbi következménye, milyen testi-lelki szövődményekkel kell számolni, befolyásolja-e a szerhasználat a gyermekvállalást, milyen hatása van a magzatra, vagy a már megszületett gyerekre. Az információadás egyben a személyes kapcsolat kialakítását is lehetővé teszi.

Visszaesés megelőzés

Az addikciók kezelésében a relapszus prevenció középponti kérdés és kiemelt figyelmet érdemel. A módszer célja, hogy segítse az egyéneket a kívánt viselkedésváltozás fenntartásában, egyrészt igyekszik megelőzni a visszaesést, illetve arra is megoldásokat kínál, ha megtörtént az, és segíti a szerhasználót a megbirkózásban, a teljes visszaesés megelőzésében. A módszer ugyanakkor jól használható akkor is, ha a szerhasználó viselkedés nem teljes feladásáról, hanem csak mérsékléséről van szó, illetve akkor is, ha a társuló negatív következményeket akarjuk csökkenteni (ártalomcsökkentés).

Fontos tisztázni, hogy az absztinens időszakban megtörténő droghasználatot „megcsúszásként" értelmezzük, ami nem egyenlő a visszaeséssel. A „visszaesés" a korábbi teljes kontrollvesztett használatot

és a vele együtt járó életforma, gondolkodásmód visszarendeződését jelenti. A droghasználót abban kell segíteni, hogy a (szinte mindig) bekövetkező megcsúszásokat így értelmezze, valamint felismerje és kezelje azokat a helyzeteket, ahol a „megcsúszás" előfordulhat, illetve megtanulja kezelni magát a „megcsúszást" is - hogy az ne alakuljon „visszaeséssé".

Megcsúszásra, relapszusra hajlamosítanak a nagy kockázatú helyzetek, valamint megfigyelhetők bizonyos figyelmeztető jelzések is, melyek megelőzik a relapszust.

Nagy kockázatú helyzetek:

Minden olyan külső vagy belső körülmény, amelyek veszélyeztetik az egyén kontrollérzését és növelik a relapszus lehetőségét. Ezek három típusát különíthetjük el:

- Negatív emocionális állapotok (az összes relapszus 35%-a): frusztráció, düh, szorongás, depresszió, unalom.
- Interperszonális konfliktus (az összes relapszus 16%-a): párkapcsolat és házasság, barátság, munkavállaló-munkaadó kapcsolat zavara.
- Szociális presszió (az összes relapszus 20%-a): ez lehetett direkt (pl. szóbeli rábeszélés) vagy indirekt (pl. jelen lenni olyanok között, akik drogot használnak).

Figyelmeztető jelzések:

Ide sorolhatók az automatikus gondolatok és addiktív hiedelmek, melyek szerhasználathoz vezethetnek. Ezek előre jelezhetik a szerhasználatot és a visszaesést, például:

1. Minden vagy semmi gondolkodás -„Ha nem lehetek a legjobb, nincs értelme akár egy próbát is tenni."
2. Túláltalánosítás (ha valami rosszra fordult, mindig úgy marad) - "Visszaestem öt év absztinencia után, ezután már soha nem leszek képes drog nélkül élni."
3. Mentális szűrő (az egyén csak a negatív dolgokat veszi észre) - „Soha nem felejtem el, ahogy akkor elbántak velem!"
4. A pozitív negatívba fordítása (a pozitív dolgok „nem számítanak" ezért vagy azért).
5. Eljutni negatív következtetéshez (anélkül, hogy erre megfelelő bizonyíték lenne) - „Gondolatolvasás": „A barátom kétszer félbeszakított. Biztos, hogy egy unalmas alaknak tart, akire nem érdemes figyelni."

   „Jövendőmondó hiba" (biztos lenni abban, hogy a dolgok rosszra fordulnak, amihez elég ennek puszta tudata): „Úgysem fognak megkedvelni, miért is próbáljak meg közeledni hozzájuk?" „Soha nem leszek képes megváltoztatni az ivásom."

6. Katasztrófává alakítás (ha valami rosszra fordul, biztos, hogy totális katasztrófa lesz belőle) - „Ha vágyat érzek arra, hogy igyak, biztos, hogy nem bírom ki."
7. „Kell" és „muszáj" megállapítások (ha a személy felé irányul, bűntudat alakul ki, ha más felé, akkor frusztráció, düh és neheztelés) - „Nem lehetek mérges." „Mindig pontosan kell érkeznie."

Törekedjünk az együttműködésre az addiktológiai szolgáltatók alacsony-küszöbű vagy közösségi ellátásában dolgozókkal, utcai szociális munkásaikkal. Az addiktológiai gondozók, drogambulanciák az egészségügyi ellátások mellett szociális ellátásokat is nyújtanak. Egy-egy kliens kapcsán az addiktológiai szakemberekkel való rendszeres konzultáció és a beavatkozás irányának egyeztetése hatékonyabbá teheti a munkát. A felépülést úgy segíthetjük a legjobban, ha az addiktológiai intézményekben dolgozó szakemberek munkáját támogatjuk.

Minden helyi közösségi kezdeményezés, tanoda, működő önkormányzat vagy kisebbségi önkormányzat, lelkész, működő gyülekezet, működő szociális ellátás növeli a szerhasználattal foglalkozó szakemberek kapcsolódását a kliensekhez (első lépésben), majd pedig a minimál-szintű beavatkozást: ártalomcsökkentés információnyújtással, beszélgetésekkel. Csak mindezek után következhet a változás-célú motiválás, amire alapozva kerülhet szóba az elvonás vagy a felépülés, a szakintézményben folyó felépülési munka.

Annak érdekében, hogy az egészségfejlesztési programokkal eredményeket tudjunk elérni, együtt kell működnünk különböző partnerintézményekkel és szolgáltatókkal.

Az egészségfejlesztési programok fontos színterét képezik az óvodai-, és iskolai intézmények, melyek másodlagos szocializációs szintérként lehetőséget adnak az egészséges életmód készségeinek kialakítására és begyakorlására, valamint a szülők bevonására, attitűdformálására is.

Köznevelési intézményekhez kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása;
- iskola-egészségügyi ellátást végző iskolaorvossal, védőnővel és iskolapszichológussal való együttműködés;
- iskolai egészségfejlesztő programok megvalósulásának segítése;
- iskolai szűrővizsgálatok megvalósításában való részvétel;
- iskolai egészségterv megtervezésében, illetve megvalósításában való együttműködés.

A településen illetékes gyermekjóléti szolgálat feladata a működési területén élő gyermekek testi és lelki egészségének és a családban történő nevelésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése, illetve a kialakult veszélyeztetettség megszüntetése, valamint a gyermek családjából történő kiemelésének megelőzése.

Gyermekjóléti alapellátáshoz kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása család- és gyermekjóléti alapellátás szakembereivel;
- családon belül érzékelt gyermek veszélyeztetettségének felismerése esetén a családok irányítása a család- és gyermekjóléti alapellátáshoz;
- a család- és gyermekjóléti alapellátás szolgáltatásának elérhetővé tétele a településen élők körében.

Kisebb településeken, ahol hiányos a gyermekorvosi szolgáltatás, felnőtt-, és gyermekorvosi feladatokat a háziorvos, nagyobb településeken a házi gyermekorvos, a védőnői feladatokat a területileg illetékes védőnő (védőnők) látja (látják) el.

A védőnő segíti és támogatja a család, az anya és gyermeke egészségének védelmét, a jelenlétével és munkájával a folyamatos elérhetőséget, támogatást biztosítja. A családvédelmi szolgálat (CSVSZ) védőnője többek között tájékoztatást ad a családtervezésről, a fogamzásgátlásról és a terhesség-megszakítás menetéről.

Egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása (például a háziorvossal, védőnővel);
- családok motiválása az egészségügyi ellátórendszer nyújtotta szolgáltatásokon való részvételre;
- primer-, szekunder prevenció megvalósításában való segítségnyújtás;
- életkorhoz kötött és lakossági szűrővizsgálatok megvalósulásában együttműködés.

Az egészségfejlesztés szempontjából az egészségügyi szakellátást igénylő esetekben a területileg illetékes kórházak és intézmények jelentik a segítő-támogató kapcsolatok színterét. Az egészségügyi intézmények, azon belül is különösen az egészségfejlesztési munkatársak, az ifjúság-, és területi védőnők segítséget jelenthetnek az egészségfejlesztési munkában.

Kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása (az egészségügyi ellátás szempontjából érintett egészségügyi szakembereken keresztül) a járási, szükség esetén megyei népegészségügyi intézetekkel;
- lakossági szűrővizsgálatok megvalósításában együttműködés;
- családok motiválása a szervezett szűréseken való részvételre;
- az egészségügyi intézmények egészségfejlesztési programjaiban való részvétel, segítségnyújtás a programok lebonyolításában, lakosság bevonásában.

Az Egészség Fejlesztési Iroda (EFI) járásonként működő TAJ kártya nélkül is ingyenesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat biztosít. Az EFI-k 6 pilot helyszínen - Balatonföldváron, Hatvanban, Csongrádon, Szendrőn, Szentgotthárdon és Baktalórántházán - Lelki Egészség Központok funkcióval bővültek (LEK).

A Lelki Egészség Központok feladatai, hogy feltérképezzék az adott járásban a lelki egészséget érintő legfontosabb problémákat, összegezzék, és értékeljék a mentális problémák megelőzésével, fel- és megismerésével, kezelésével kapcsolatos jó gyakorlatokat, valamint képzésekkel, és a preventív-integratív szemléletmód terjesztésével erősítse a szakemberek és segítők együttműködését.

Az EFI és LEK intézményeihez kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása a járási intézményekkel;
- családok motiválása a szolgáltatásokon való részvételre;
- az intézmények egészségfejlesztési programjaiban való részvétel, segítségnyújtás a programok lebonyolításában, lakosság bevonásában.

Az együttműködések során minden esetben figyelnünk kell a kompetenciahatárokra, hogy a segítés valóban hatékonyan tudjon megvalósulni.

A legfontosabb feladatok az szenvedélybetegekkel végzett munka során

- megkereső tevékenység megszervezése,
- ha valaki használ valamilyen szert, törekedjünk arra, hogy minél kevésbé kockázatos módszert használjon a szerhasználat során (információ átadás, tűcsere program),
- bizalom kialakítása,
- egyéni beszélgetések kezdeményezése, a motiváció kialakítása,
- segítés abban, hogy a kliens bejusson és bennmaradjon az addiktológiai ellátás intézményeiben,
- a motiváció fenntartása,
- a szermentesek visszaesésének megakadályozása,
- önsegítő csoportok létrehozása, azok támogatása, részt vehet nyitott üléseken,
- maga is kezdeményezhet, vezethet csoportot: didaktikus, edukációs, készségfejlesztő, rehabilitációs, szocializációs, konzultációs,
- szervezeti igényeket szolgáló bizottságok, adminisztratív csoportok, képviseleti testületek munkájában való részvétel,
- javaslatok készítése a szolgáltatások bővítéséhez,

- klienseket szolgáló team megbeszéléseken, esetkezelő konferencián való részvétel,
- társadalmi környezet megváltoztatására törekvő akciócsoportokban való részvétel.

4.1. Az addiktológiai ellátórendszer bemutatása

Alacsonyküszöbű szolgáltatások

Nem támasztanak magas követelményeket a kliensek felé, általában anonim módon, térítés nélkül igénybe vehető szolgáltatások. Továbbá nem absztinencia-orientáltak, hanem a szerhasználat / szerfüggés / viselkedéses problémák ártalmait csökkentő, és pszichoszociális támogatást, életviteli tanácsadást nyújtó programok, szolgáltatások. Célja tehát az addiktológiai problémával küzdők és közvetlen környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak csökkentése, a változás elindítása és segítése. Alacsonyküszöbű tevékenységi formák: pszicho-szociális intervenciók, információs, valamint felvilágosító szolgáltatások, telefonos, információs vonal fenntartása, nappali ellátás (drop-in), megkereső munka (utcai munka és party service szolgáltatások), tű- és fecskendőcsere szolgáltatások, szűrések. alacsonyküszöbű ellátás a szervezett megkereső programokon felül biztosítja az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat és a kríziskezelést.

Nappali ellátás[3]

A szenvedélybetegek részére biztosított nappali ellátás a saját otthonukban élő, tizenhatodik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő szenvedélybetegek számára nyújt önkéntes alapon igénybe vehető, szociális, egészségügyi és mentális állapotuknak megfelelő alapszolgáltatásokat, valamint, nyitott formában, az ellátotti kör és a lakosság által egyaránt elérhető lehetőségeket. A nappali megnevezés arra utal, hogy adott helyiségben, meghatározott napközbeni nyitva tartás mellett különféle szolgáltatásokat nyújt szenvedélybetegek és hozzátartozóik részére. Egyéni konzultációs és csoportos foglalkozásokat biztosít, lehetőséget ad a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, higiénés szükségletek kielégítésére, étkeztetésre, és a helyi igényeknek megfelelő közösségi programokat szervez, valamint helyet biztosít a közösségi szervezésű programoknak, önsegítő csoportoknak. A nappali ellátási forma fontos eleme a szolgáltatás preventív hatása, hiszen az egyéni szükségletekre alapozott hosszabb távú szociális és mentális gondozással, az életvitel, életvezetés segítésével, a személyiség fejlesztésével, a közösség erejével megelőzhető, hogy a problémával küzdő egyén egyre inkább izolálódjon, állapota rosszabbodjon. A nappali alapellátás keretében biztosítani kell: a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában, a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését, a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését, a bio-pszicho-szociális rehabilitációt, a szociális és a mentális gondozást, a szolgáltatások igénybevételére ösztönzést.

A közösségi ellátás

Célja a szenvedélybetegek támogatása saját lakókörnyezetükben az önálló életvitelük fenntartásában, valamint további gyógyulásuk és rehabilitációjuk elősegítése. A szerhasználók saját lakókörnyezetükben történő elérése érdekében a közösségi programok segítségével megkereső tevékenységet szervezhetnek. A közösségi ellátások keretében biztosítani kell: a meglévő képességek megtartását és fejlesztését, pszicho-szociális rehabilitációt, szociális és mentális gondozást a szenvedélybetegek saját otthonában,

[3]Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2018: Szakmai ajánlás – Nappali ellátás szenvedélybetegek részére (http://kozossegiellatasok.hu/doc/SzenvedelybetegNappaliAjanlas.pdf)

tartózkodási helyén. Segítséget nyújt a szenvedélybetegek számára egészségi és pszichés állapotuk javításában; meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében; a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásában és problémáik megoldásában; a szociális és mentális gondozásukban, és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásukban. A közösségi ellátás akkor hatékony, ha átfogó, tehát nem csak szigetszerűen épül ki, és integrált a többi addiktológiai szolgáltatással. További feladat a házi- és kezelőorvossal való kapcsolattartás révén az ügyfél állapotának figyelemmel kísérése, illetve egészségügyi, terápiás szolgáltatásokon, szűrővizsgálaton való részvételének ösztönzése.

Járóbeteg ellátás

Drogambulancia, egészségügyi, addiktológiai ambuláns ellátás, TÁMASZ ambulanciák, területi ideggondozók – olyan ellátásokat nyújtanak, melyek elsősorban a függőségi problémákkal küzdőket látja el. Tevékenységi körük és alkalmazott módszerek közé tartozik az állapotfelmérés, információ szolgáltatás, addiktológiai konzultáció, krízisintervenció, kezelés, gyógyszeres fenntartó kezelés, elterelés, egyéni és csoportos pszichoterápiás módszerek, önismeret, kommunikációs technikák fejlesztése.

Kórházi fekvőbeteg ellátás

A problémás és függőségben szenvedő alkohol és kábítószerfogyasztók, valamint viselkedési függőségekkel küzdők kórházi ellátásának kétféle oka lehet. Egyik a drogtúladagolás következtében életveszélyes vagy mérgezéses állapotba került szerhasználó sürgősségi ellátása. A másik esetben a drogbeteg maga kéri felvételét az addiktológiai vagy pszichiátriai osztályra, mely jelentkezés célja a szermentesség elérése. Ez általában 2-6 hétig tartó terápiás folyamat. A szerről való fokozatos leszokást, különböző gyógyszeres kezeléssel (pl. Metadon) és más terápiák (egyéni, csoportos pszichoterápia) együttes alkalmazásával segítik.

Rehabilitáció

A rehabilitációs folyamat célja, hogy a szenvedélybetegséggel küzdő személy megtanuljon szermentesen élni, megtalálja saját szerepét a társadalomba, ahova visszailleszkedve, annak teljes jogú tagjaként éljen. A rehabilitáció általában fél – egy évig tart (általában ennyi időt töltenek a rehabilitációs otthonban). A folyamat önkéntes, azonban általában egyetlen szenvedélybeteg sem választ önként, hanem a kezelésbe, az elvonási tünetek előli menekülésbe való belefáradás, a teljes anyagi, egzisztenciális ellehetetlenülés, a fizikai és szellemi lepusztulás, hozzátartozók ultimátumai vagy akár bírósági határozat miatt jelentkeznek. A rehabilitáció akkor sikeres, ha nem csupán a szermentességre tanítja meg a személyt, hanem elindítja őt a felépülés útján. A felépülési folyamat célja, hogy az egyén megtalálja életének értelmét (kialakítsa azokat a kapcsolatokat, tevékenységeket, amelyek nem kapcsolódnak a szerhasználathoz), amelyhez nagy segítséget nyújt a terápiás közösség, önsegítő csoport és a hozzátartozók támogatása (tehát a felépülési folyamat túlmutat a rehabilitáción töltött időn). A felépülés hosszadalmas (gyakran azt mondják, hogy élethosszig tartó), többlépcsős folyamat, amelyben a sikertelen próbálkozásoknak is helye van, de minden próbálkozás a változást segíti elő.

Támogatott lakhatás

Ez a szociális szolgáltatási forma 2013-tól került be a jogi szabályozásba. Az addig tartós bentlakásos szociális intézményben élő szenvedélybetegek részére biztosít intézményen kívüli lakhatási szolgáltatást az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően. Az egyén önálló életvitelének segítése érdekében – a lakhatás mellett – biztosítja a mentálhigiénés, a szociális munka körébe tartozó és egyéb támogató technikák alkalmazásával végzett esetvitelt. A támogatott lakhatás szolgáltatási elemei: felügyelet, étkeztetés, gondozás, készségfejlesztés, tanácsadás, pedagógiai, gyógypedagógiai segítségnyújtás, háztartási segítségnyújtás.

Önsegítő csoportok

Önsegítés és önsegítő csoportok működtetésének katalizálása és kapcsolattartás. Az önsegítő csoportok – melyek nem kizárólag az NA, AA csoportokat jelentik, – segítenek a tünetek kezelésében és a nehézségek megélésében. A szenvedélybetegek önsegítő csoportjaiban a felépülésben lévő szerhasználók találkoznak, hogy segítsék egymást az absztinencia megtartásában. Javítják az életminőséget, a mindennapi funkcionalitást, bővítik a szociális hálót és csökkentik az egészségügyi és terápiás kezelések számát és hosszát Az önsegítő csoportok sok esetben sikeres alternatívái vagy kiegészítői a professzionális ellátásnak. Ide tartoznak a hozzátartozói csoportok is, ahol a családtagok felismerik, hogy problémáikkal nincsenek egyedül, a szenvedélybeteg hozzátartozóval kapcsolatban mások is hasonló problémákat és érzéseket élnek meg. Emellett tapasztalataikkal és visszajelzéseikkel egymást tudják segíteni a továbblépések keresésében. Az önsegítő csoportok működésének elősegítése kiemelkedő feladata lehet a terepen dolgozó szakembereknek.

A felépülés folyamata – a segítő szemszögéből

A szenvedélybetegség gyakran rejtőzködő állapot. Ennek egyik oka, hogy a szenvedélybetegekkel kapcsolatban sok előítélet van jelen a társadalomban. A másik fontos jellemző, hogy a szenvedélyek irányítása, vagy a szerről/viselkedésről való lemondás, annak kontroll alatt tartása gyakran egy életen át tartó folyamat, amely sok változást igényel a klienstől. Képzelje csak el, hogy elhatározta, hogy minden reggel fél órával korábban kel fel, azért, hogy egy rövid testmozgással kezdje a napot. Logikusan hangzik, azonban a legtöbbünk nem jut el sem az elhatározásig, vagy ha igen, az első reggel inkább a hosszabb alvást választja. Vagyis minden viselkedésváltoztatás nehéz, ezért a motivációt az egészséges józan élet iránt mindig fenn kell tartani. Ez azonban sokszor találkozik szembe ellenállással vagy a probléma tagadásával.

A szenvedélybetegséggel küzdő személyekkel történő kapcsolatfelvétel közül a szerhasználókkal való kapcsolatfelvételt emeljük ki. Ennek egyik első eleme a megkereső, utcai szociális munka. Ezekben az úgynevezett alacsonyküszöbű programokban a kliensnek semmilyen feltételnek nem kell megfelelni ahhoz, hogy segítséget kapjon. Egy ilyen tipikus példa az utcai tűcsere tevékenység. A kliensek itt a nevük vagy bármely más adat megadása nélkül, a józanságra törekvés elhatározása nélkül kapnak steril fecskendőket, annak érdekében, hogy meg tudjuk előzni egyes fertőzések (Hepatitis C és HIV) fecskendő megosztáson keresztül történő továbbadását. De ide tartoznak az úgynevezett party service programok is, ahol parti helyeken adnak a klienseknek vizet, vitaminokat és óvszert. Ezen szolgáltatások célja a jelenleg is szerhasználó kliensek elérése és a szerhasználat ártalmainak csökkentése. Ez egy első kapu, amelyen keresztül a jelenleg a változásra nem nyitott kliensek mégis elérhetők a szakemberek számára.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások mellett az önsegítő csoportok is végeznek megkereső munkát, amely nem csupán szerhasználók, de más, pl. viselkedésfüggőséggel küzdők esetében is hatékony lehet. Ilyenkor, jellemzően kórházi ellátáson belül (pszichiátriai osztályok, addiktológiai osztályok) veszik fel a kapcsolatot a kliensekkel. Itt már kifejezett cél a kliensek változásra való motiválása.

Határterület az alacsonyküszöbű szolgáltatások és motivációt elősegíteni kívánó szolgáltatások között az online konzultáció. Ezek jellemzően alapítványok honlapján keresztül elérhető levelező vagy chat felületek. Az online konzultáció általában anonim szolgáltatás és bárki igénybe veheti és a szenvedélybetegség valamennyi formája esetében hatékony lehet. Ebben az értelemben véve tehát alacsonyküszöbű szolgáltatás. A szakemberekkel történő levelezés azonban már magába foglalja a motiváció felkeltésének lehetőségét is. Természetesen az ártalomcsökkentő és a felépülés megkezdésére motiváló szolgáltatások nem különülnek el egymástól ilyen élesen, a tűcsere programokban dolgozó segítők is végeznek motivációs munkát, azonban a hangsúly eltérő.

Mivel a szerhasználat egy általában rejtőzködő jelenség, a kapcsolat felvételnek empatikusnak és ítélkezés mentesnek kell lennie. A kezdeti bizalom kiépítése rendkívül fontos.

Bármilyen ellátáson belül is történik a kapcsolatfelvétel, a segítő kapcsolatokban leginkább a segítő személy, vagyis a saját attitűdünk az, amelyet tudatosan alkalmazhatunk a mély és őszinte kapcsolat kialakítására. Nem az alkalmazott kérdőívekben rejlik a megoldás, nincsenek biztos módszerek, amelyek garantálják a sikerességet, leginkább saját hozzáállásunk és magatartásunk tudatos használatában rejlik a saját felelősségünk. A hatékonyság attól függ, hogy a segítő mennyire képes optimális feltételeket biztosítani az egyén erőforrásainak kibontakozásához.

A segítő kapcsolatokban általában 3 fő attitűd fontosságát hangsúlyozzák. Ezek közül az első, az empátiás megértés (együttérzés, a kliens világának megértése). Ez azt jelenti, hogy a segítő arra törekszik, hogy a kliensre figyeljen, hogy az ő érzéseit értse meg. Sokszor nehéz elkülöníteni, hogy a kliens érzéseit értjük-e meg, vagy azt képzeljük el, hogy a vele történtek ránk milyen hatással lennének. A segítő arra törekszik, hogy ne beleképzelje magát a kliens helyzetébe, ne elképzelje, hogy ő maga hogyan élné át azt a helyzetet, amit a kliens elmond, hanem arra koncentrál, hogy a kliens hogyan meséli el a történetet, a felépülőnek milyen érzései vannak, amikor a történetről beszél. Ennek egyik eszköze a visszatükrözés. Ilyenkor a segítő újra fogalmazza és sűríti azt, amit a kliens mondandójából megértett.

A másik fontos attitűd a felépülő feltétel nélküli elfogadása. Ez a feladat nehezebb, mint gondolnánk. A felépülő gyakran teljesen más érzéseket él át, mint amiket mi élnénk át hasonló helyzetekben. Előfordulhat, hogy egy olyan történetet mondd el, amelyben mi hálát élnénk át, a kliens azonban dühöt. Emiatt sokszor nehéz nem ítélkezni a kliens felett. Példa: Aktív szerhasználó arra panaszkodik, hogy a szülei nem támogatják eléggé anyagilag, ha nem korlátoznák ennyire, hanem megértenék, a szülei akkor nem használna ennyit. Ilyenkor jogosan érezhet a segítő dühöt. A kliens elfogadása azt jelenti, hogy a felépülő érzelmeit fogadjuk el, azonban nem jelenti azt, hogy tetteit helyeseljük. Együtt érezhetünk a felépülővel abban, hogy feszültséget él át szorult anyagi helyzete miatt, azonban nem kell a kliens mellé állni abban, hogy szerhasználatához szülei erőforrásait használja fel. A saját érzéseink, főképp, ha erősek, megnehezíthetik az empátiás megértést. Nehéz a kliensre figyelni, amikor saját dühünk van az előtérben.

Ehhez kapcsolódik a harmadik fontos attitűd, a hitelesség, vagyis kongruencia. Ez azt takarja, hogy a segítő nem mond mást, mint amit érez. A segítő őszinte, képes kifejezni saját érzéseit is, de képes arra, hogy megkülönböztesse saját és a felépülő érzéseit, továbbá ellenáll a kísértésnek, hogy önmagával foglalkozzon, helyette arra törekszik, hogy a felépülő érzéseire koncentráljon. (Rogers, 2008)

A motivációs interjú fontossága

Prochaska és Di Clemente modell szerint a felépülő 7 fázis között mozog.

1. a kliens nem szeretne változni
2. bizonytalan abban, hogy változni szeretne
3. gondolatban igen, de érzelmeiben kevésbé elszánt a változásra
4. megkezdi a változást, aktívan tesz a változásért
5. fenntartja a bevezetett változásokat
6. visszaesés, újbóli szerhasználat
7. a változás újra stabil, hosszú időn át megtartja azt

(Prochaska - Di Clemente 2009).

A felépülés valójában új önismeret, új szokások és új minőségű kapcsolatok kialakítását jelenti. Ebben a folyamatban a kliens újból és újból nehézségekkel kerül szembe és a megküzdésre való motivációja

állandóan változik. A kliens motivációjának segítésére az egyik leggyakrabban használt módszer a motivációs interjú.

A technikát Miller és Rollnick (Miller - Rollnick 1991) dolgozta ki a viselkedésváltoztatás ösztönzésére, főképp akkor használják, mikor a kliens nem szeretne változni vagy a kliens bizonytalan benne. A motivációs interjúban kifejezzük a kliens jogát arra, hogy változtasson az életén, azonban annak személyes felelősségét is hangsúlyozzuk. A motivációs interjú elemei:

1. **Empátia:** A kliens szerhasználatát és az általa említett okokat elfogadjuk, azonban ez nem jelenti azt, hogy egyetértünk a szerhasználat helyességével. Fontos kifejezni, hogy átérezzük, mennyire nehéz lehet számára a változás.
2. **Belső ellentét kialakítása:** Az elérendő célok és a jelenlegi magatartás egymással ütközik, ezt az ütközést szeretnénk kihangosítani. Emellett azt is, hogy a felépülő nem egyenlő a szerhasználattal, ő jóval több annál.
3. **Szerhasználattal kapcsolatos bizonytalanság erősítés**: Szinte minden szenvedélybeteg megpróbálta már csökkenteni a használt szer mennyiségét, vagy megpróbált már józan maradni, ez azt is jelenti, hogy a szerhasználat előnyei és hátrányai ütköznek egymással a kliens gondolkodásában is. A motivációs interjú célja, hogy megerősítse a szerhasználat abbahagyása mellett szóló érveket.
4. **Konfrontáció elkerülése:** A vita inkább növeli az ellenállást és így a szerhasználat mellett szóló érveket erősítheti.
5. **A kliens kísérése:** Ha ellenállással, vitával találkozunk, váltsunk módszert és inkább az együttérzésre koncentráljunk.
6. **Változás képességének erősítés:** A pozitív támogató hozzáállás segíti a kliensben a remény feléledését.

A motivációs interjú során kerüljük a direkt kinyilatkoztatásokat. Igyekezzük inkább megértőek lenni, nyitott kérdéseket feltenni, megerősíteni az előremutató elképzeléseket. Hasznos lehet a kliens érzéseinek visszatükrözése, az általa elmondottak összefoglalása, kifejezetten a probléma elfogadására, a szerhasználattal kapcsolatos aggodalmakra, a változás vágyára fókuszáló kijelentések esetén. Ezáltal a változás mellett elhangzó érveket erősíthetjük meg.

Amennyiben a kliens nem tűnik motiválhatónak, jó módszer lehet az állapotfelmérésben tapasztaltak visszatükrözése (egészségügyi problémák, büntető ügyek, társas kapcsolatok megromlása) és a szerhasználat ártalmairól való tájékoztatás (pszichoedukáció).

Minden viselkedés változtatás nehéz, ezért a felépülés során végig fontos a kellő motiváció fenntartása azonban szenvedélybetegek esetében gyakori a probléma tagadása és a motiváció időszakos felbukkanása és gyors eltűnése, valamint ezen állapotok váltakozása. A motiváció ilyen váltakozása a felépülés része, ezért nem érdemes lemondani az éppen motiválatlan kliensről, ekkor a motiváció újbóli felkeltése kell, hogy a célunk legyen.

4.2. Jó gyakorlatok

Különböző felépülési modellek bemutatása

Resztoratív:

A resztoratív gondolkodás az amerikai navajo indiánok és az újzélandi maorik hagyományaira épül. Ezek a népek a normasértő személyt nem büntetik, és nem zárják ki a problémamegoldás folyamatából, hanem az érintettek közösen dolgozzák fel a sérelmeiket. Az alternatív vitarendezési eljárásokat, ezen belül a resztoratív technikákat világszerte megannyi pedagógus alkalmazza.

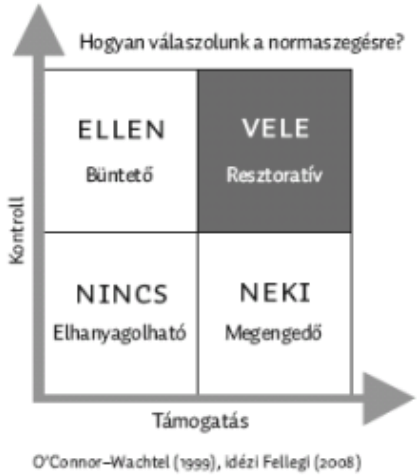
Az iskolákban megjelenő, és egyre több problémát okozó erőszak nagy kihívások elé állítja a tanárokat. Megfigyelhető, hogy az utóbbi években a resztoratív szemlélet gyakorlati alkalmazása az iskolai erőszak leküzdésében is egyre nagyobb népszerűségnek örvend. Ez a szemlélet az iskolai életben azt az újdonságot nyújtja, hogy normasértés esetén a következményekről, a büntetésről az érintettek, főként a felnőttek, nem a gyerek feje fölött döntenek, nem felülről próbálják meg rákényszeríteni a szabályokat, hanem a diákokat bevonva, közösen oldják meg a felmerülő problémákat. Eközben az érintettek egyaránt magas szintű kontrollban, komoly érzelmi támogatásban részesülnek.

A szociális fegyelmezési séma

A magatartásszabályozás négy ismert és használt szemléletmódját mutatja be a szociális fegyelmezési séma ábrája. Azt szemléleti, hogyan reagálunk a normaszegésre.

- A **büntető szemléletre** jellemző a magatartás magas kontrollja és a támogatás alacsony foka.
- A **megengedő szemléletre** jellemző, hogy a felnőttek nem alakítanak ki a gyerekek számára határozott kereteket, és megbocsátják, elnézik helytelen magatartásukat.
- Az **elhanyagoló magatartásra** jellemző, hogy a felnőttek teljesen magukra hagyják a gyerekeket, akik emiatt gyakran társadalom problémás tagjává válnak.
- A **helyreállító szemléletre** jellemző, hogy a felnőttek egyszerre alkalmaznak magas kontrollt és támogatást, a helytelen viselkedést elutasítják.

A négyféle szemlélet kulcs szavai: nem tenni**,** ellene tenni**,** vele tenni**,** érte tenni.



3. sz. ábra: Hogyan válaszolunk a normaszegésre?[4]

[4]Forrás: Konfliktuskezelés/A resztoratív gyakorlatok elméleti háttere

A resztoratív eljárások fogalma

A resztoratív eljárások fogalma Magyarországon nem ismeretlen, legfőképpen a **jog területén** használatos. A gyakorlatban szerzett tapasztalatait elemezve Wachtel (1997) szerint resztoratív eljárások azok, amelyek az egyént visszavezetik a közösségbe, és segítségével a közösségek visszanyerik összetartó és gondoskodó erejüket.

Fontos

A helyreállító szemlélet a mediációtól eltérően nem az érdekvitákból, hanem a szabályszegés jelenségéből indul ki. Magát a szabályszegést tekinti konfliktusnak az elkövető és a közösség között. Célja nem a büntetés, hanem az egyén és közösség viszonyának helyreállítása úgy, hogy a kárt okozó személy vállaljon felelősséget a tettért, s tegye jóvá a közösségnek okozott kárt. Ezzel helyreállítható az elkövető és a közösség közötti, a károkozást megelőző viszony, akár magasabb szinten is. A resztoratív eljárás alapfilozófiája az, hogy az ember többnyire képes pozitívan változtatni viselkedésén, ha azok, akik az életében fontos szerepet játszanak, vele együtt cselekszenek, és nem helyette, vagy ellene.

A resztoratív eljárások bevezetése a napi iskolai gyakorlatban elősegíti, hogy a résztvevők közösségként kezdjenek viselkedni. Olyan attitűd és szemlélet alakulhat ki, amely a saját, és a környezet iránti felelősségérzet fejlődését eredményezheti.

Amikor egy egész osztály vagy csoport alkalmazza a jóvátételi gyakorlatokat, az egyéni kapcsolatok fejlődése és hangsúlyozása halmozottan segíti a közösség élményének átélését.

Az iskolákban alkalmazott resztoratív eljárás jellemzői

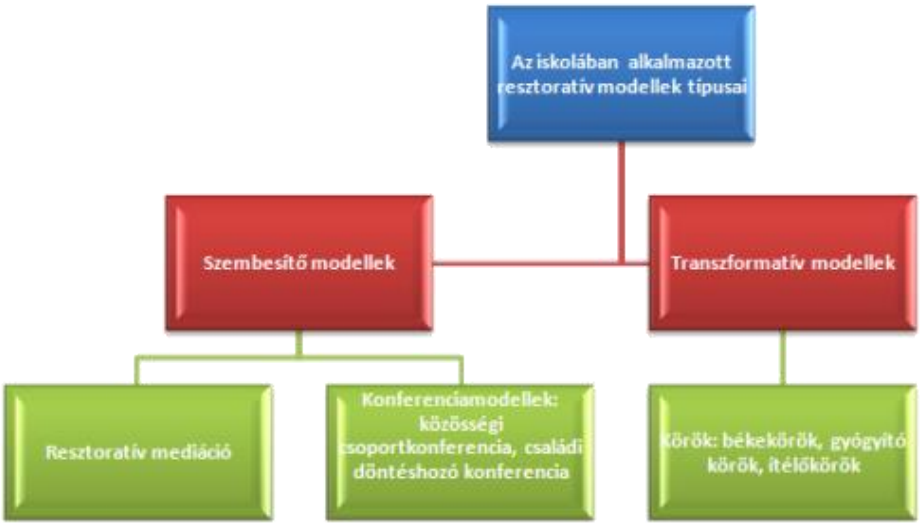
Az iskolában alkalmazott resztoratív eljárás jellemzően az érintettek szükségleteiből indul ki. Alapvető emberi, közösségi szükséglet, hogy a károkozás, a normaszegés ne maradjon szó nélkül, ellenkező esetben a közösség könnyen felbomlik. A resztoratív folyamat során nem az ember, nem az elkövető, hanem a tett megítélése történik. A tettet nem pusztán az áldozat, de a közösség is értelmezi, feldolgozza, és részt vesz a jóvátételről szóló döntésben is. A normasértést elkövető személy (pl. agresszív diák) beismerése és felelősségvállalása elengedhetetlen az eljárás során. Emellett fontos az okozott kár helyreállítása. A jóvátételt az áldozat, az elkövető és az érintett személyek közösen dolgozzák ki, így lehetőség nyílik arra, hogy a résztvevők megosszák egymással érzéseiket. Az eljárás végén – lehetőség szerint –megállapodás születik a jóvátétel tartalmáról, módjáról, menetéről, amit minden érintett jelenlevő aláír. Az eljárás egyik fő eleme az, hogy a normasértő visszakerüljön a közösségbe.

A resztoratív eljárások szakaszai

1. A resztoratív eljárások szakaszai:
2. A keretek ismertetése
3. A tények átbeszélése
4. A cselekmény hatásainak felismerése, megértése, érzelmek kifejezése
5. A jóvátétel kidolgozása
6. A jövőbeni helyes magatartásokban való megállapodás
7. Lezárás

https://konszenzus.org/wp-content/uploads/AVR/lecke6_lap1.html

Az iskolában alkalmazott resztoratív modellek típusai



4. *sz. ábra: Resztoratív modellek az iskolában*[5]

A szembesítő modellek

A szembesítő modellek célja a bocsánatkérés és a megbocsátás, valamint a sértett kárának valamilyen, mindenki számára elfogadható formában történő megtérítése. Iskolai normasértések esetében fontos, hogy az elkövető a tettét elismerje, bocsánatot kérjen, majd az okozott kárt megtérítse. Lényeges, hogy az áldozat az elkövető bocsánatkérését elfogadja.

A szembesítő modellek formái:

- resztoratív mediáció,
- konferencia modell (közösségi csoportkonferencia, családi döntéshozó konferencia).

A transzformatív modellek

A transzformatív modellek célja a közösség együttélésének megalapozása, a kialakult sérelmek vagy igazságtalanságok orvoslásának lehetősége és a közösség további együttélésének biztosítása.

- **A transzformatív modellek formái:** A resztoratív gyakorlatok lehetnek formálisak és informálisak.
- **A resztoratív eljárások folyamata:** A resztoratív gyakorlatok folyamatábráján az informális gyakorlatok magukban foglalják az affektív kijelentéseket és az affektív kérdéseket.

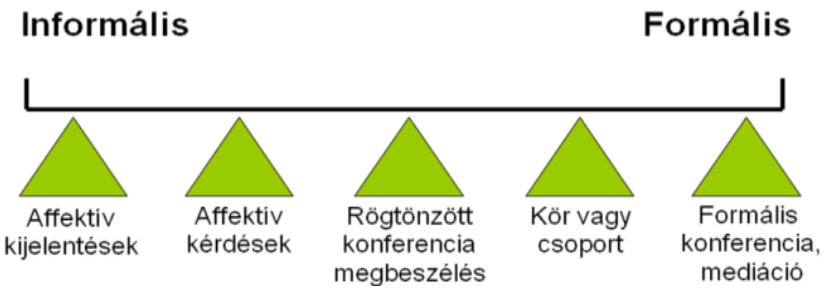
Affektív kijelentések	Affektív kérdések
Nagyon rosszul esett, amikor te..., mert úgy éreztem, hogy...	Mi volt a legnehezebb ebben a helyzetben?

5. sz. ábra: Affektív kommunikáció 1.[6]

[5]Forrás: Konfliktuskezelés/A resztoratív gyakorlatok elméleti háttere
https://konszenzus.org/wp-content/uploads/AVR/lecke6_lap1.html
[6] Forrás: Konfliktuskezelés/A resztoratív gyakorlatok elméleti háttere

A resztoratív gyakorlatok skálája

A resztoratív gyakorlatok skálája széles, informális és formális formát egyaránt ölthetnek. A skálán balról az első helyen az affektív kijelentések szerepelnek, amelyek a résztvevők érzelmeinek kifejezésére szolgálnak. A második helyen a resztoratív kérdések állnak, amelyek segítségével a lehetőség nyílik reagálni egymás érzelmeire. A rögtönzött resztoratív konferenciák, csoportok és körök valamivel strukturáltabbak, mint a formális konferenciák, de nem igényelnek olyan alapos előkészítést. Ha balról jobbra haladunk a skálán, ahogy a helyreállító gyakorlatok – a körök és csoportok, a formális konferencia és a mediáció következik a sorban – egyre formálisabbá, strukturáltabbá válnak, egyre többen vesznek részt bennük, több előkészületet és időt igényelnek.



6. sz. ábra: Affektív kommunikáció 2.[7]

A retributív és a resztoratív kérdések közötti különbségek

Hagyományos iskolai környezetben a felnőttek szabályokat, büntetési és jutalmazási módokat dolgoznak ki. Ha egy diák megsért valamilyen szabályt, akkor a pedagógus a következő kérdést teszi fel: Ki követte el a normasértést, és miért? A felelős megtalálását követően többnyire a büntetés következik. Bár a büntetés abban a pillanatban elégtételt hozhat, hosszú távú alkalmazása leggyakrabban eredménytelen.

Retributív kérdések

- Milyen szabályszegés történt?
- Ki tette?
- Miért tette?
- Mit érdemel?

Resztoratív kérdezési mód használata iskolai környezetben a továbblépés lehetőségét kínálja és a konfliktusok megoldásorientált feldolgozásához vezet.

Resztoratív kérdések

- Mi történt?
- Kit érintett?
- Hogyan érintette?
- Mit kell tenni, hogy a dolgok rendbe jöjjenek?

---

https://konszenzus.org/wp-content/uploads/AVR/lecke6_lap1.html

[7] Forrás: Konfliktuskezelés/A resztoratív gyakorlatok elméleti háttere https://konszenzus.org/wp-content/uploads/AVR/lecke6_lap1.html

A felépülés, egyike a szenvedélybetegek segítésében használt leggyakoribb kifejezéseknek. A szó eredeti jelentése visszaszerezni, megmenteni. Vagyis egy korábbi, feltehetően jobb élethelyzetbe való visszatérésre utal. Akkoriban ez a tünetek megszüntetését jelentette. Tehát, mindaddig, amíg a kliensnek voltak tünetei, nem számított felépülőnek. (Knupp Jr. 2013, idézi: Merriam-Webster, 1991).

A szenvedélybetegek ellátásában a kifejezés a 20-as, 30-as években kezdett elterjedni. Számtalan önsegítő csoport indult, ami a segítést a kórházi körülmények közül közösségi terekbe helyezte. A kritikusok fő meglátásai a következők voltak:

1. A kliens tüneteinek kezelése és a felépülőt körülvevő környezet megváltoztatása egyenlően fontosak. (Mental Health Comission, 2011, idézi: Tuke. 1813).
2. A szenvedélybetegség egy krónikus, élethosszig tartó, gyógyíthatatlan betegség, csakúgy, mint a cukorbetegség. Emiatt a felépülés, a szakellátás vagy a sorstárs segítés is egy életen át tarthat.
3. A legtöbb terápia pár hétig, maximum hónapokig tart. Mivel a visszaesés a felépülési folyamat része, sok felépülő körbe-körbe jár az egészségügyi rendszerben. Annak ellenére, hogy a szenvedélybetegség egy hosszú időn át tartó állapot, mégis rövid időtartamot ölel fel az ellátás. Ez olyan, mintha egy cukorbeteg személynek csak és kizárólag az életveszélyes, cukorsokkos állapotára adnának kezelést, az életmódváltásban, amely a teljes élet eléréséhez szükséges, (táplálkozás, testmozgás) azonban magára hagynánk.

A felépülés itt már nem csak a teljes szermentesség elérését, hanem egy új élet kialakítását is jelentette. (Kelly et al., 2009).

A 12 lépéses Minnesota modell

A Minnesota modell egy teljes szermentesség (absztinencia) orientált, a függőség betegség elvét közvetítő megközelítés, amely támogatja a felépülést, de nem tartja lehetségesnek a gyógyulást.

A 19. században a szenvedélybeteget gyakran cselekvésképtelen, a társadalomra káros egyénként kezelték. A sorstárs közösségek ezt a megközelítést szerették volna lecserélni a betegségtől szenvedő, segítséget, támogatást és szeretetet érdemlő ember képére. Az új ember képhez új szakmai előírások is párosultak. Ezek közül az egyik legnépszerűbb a William G. Wilson által közzétett tizenkét lépéses program. Az első intézményt, amely kifejezetten a leírt 12 lépést alkalmazta, négy A.A tag (anonim alkoholista csoport) alapította a Minnesota állami Hazeldenben. A kizárólag sorstárs segítőkből álló csoporthoz később szakemberek is csatlakoztak, így jött létre az első absztinencia centrikus, sorstársakat és szakembereket is foglalkoztató munkacsoportban dolgozó kezelőhely. (Molnár, 2012)

A Minnesota modell filozófiája négy pontban foglalható össze:

1. Hit abban, hogy a szerhasználattal kapcsolatos gondolatok, elvárások és a viselkedés megváltoztatható. A változás hiteles képviselete reményt ad a változás előtt állóknak.
2. A függőség egy betegség. Egyes személyek a drogok hatására érzékenyebbek. A függőség több rétegű, annak fizikai, pszichológiai, társas és spirituális aspektusai is vannak. A betegség egyik fő jellemzője a kontroll képességének sérülése. Ennek következménye a mértéktelen szerfogyasztás. A függőség krónikus, romló tendenciát mutató, gyakran halálos kimenetelű betegség. A függőség nem egy más probléma következménye, hanem önálló betegség.
3. A kezelés célja az absztinencia elérése és az életstílus megváltoztatása. Az absztinencia önmagában nem biztos, hogy elégséges. Új és tartalmas élet kialakítása is fontos. A függőség kezelhető, de nem gyógyítható.

4. A felépülőnek 12 lépesen kell átmennie. A lépések fontos eleme a hit, a spiritualitás, a társas kapcsolatok átalakítása és a sorstársak segítése.

A program általában egy bentlakásos intézménybe való felvétellel kezdődik, ahol a felépülő 3-8 hétig, egyes kezelőhelyek esetén akár több hónapig tartózkodik.

Az elsődleges kezelés 12 elemből áll:

1. Csoportterápia: a függő személy érzelmileg éretlen, ezért nehezen alakít ki tartalmas kapcsolatokat másokkal. A csoport egy olyan közeget nyújt, ahol a felépülő megtapasztalhatja az őszinte kapcsolódás okozta pozitív érzelmeket. A csoport nem a múlt megértésére törekszik, hanem arra, hogy motiválja a felépülőt új minőségű kapcsolatok kialakítására.
2. Előadások: a 12 lépés megismertetése, személyes történetek, a betegség jellemzői, a megküzdés technikái.
3. Sorstársak, mint tanácsadók: minden felépülőt egy mentor támogat, aki maga is felépülő. A mentorság feltétele, hogy a segítő két éve józan életet éljen.
4. Multiprofesszionális személyzet: a kezelői team több szakterület képviselőiből áll, pap, orvos, pszichológus, szociális munkás is a kezelői team része.
5. Terápiás közösség: a felépülés közösségben zajlik, a felépülő a közösség egyenrangú tagja. Mindenki részt vesz a közösségért végzett munkában.
6. Munkamegosztás: a napirend általában strukturált és minél többféle csoportot és foglalkozást tartalmaz (megbeszélések, edukációs csoport, egyéni tanácsadás, csoportterápia, élettörténetek, vallásgyakorlás).
7. Családi tanácsadás: a függőség egy családi betegség. A családtagok gyakran cinkosak abban, hogy korábban tagadták vagy csökkentették a függőség jelentőségét, esetleg ellenálltak a változásnak. Emiatt gyakori, hogy a felépülőnek és a családtagoknak nagy megbocsátással kell egymás felé fordulniuk és nyitottnak kell lenniük a korábbi viselkedésük megváltoztatására.
8. 12 lépéses program: a felépülő motiválása a lépések megtételére.
9. Olvasó csoportok: az A.A és az N.A lépéseinek és hagyományainak olvasása.
10. 1Élettörténet: a saját életút és a függőség írásban történő rögzítése.
11. A.A és N.A csoportok látogatása: sorstárs csoportokon való részvétel.
12. Kikapcsolódás: a felépülés fontos eleme, hogy új örömteli cselekedetekbe kezdjen a függő pl.: testmozgás, túrázás, festés és más kreatív hobbik.

Az intézeti elbocsátás után javasolják az utógondozásban való részvételt, ami leggyakrabban A.A és N.A csoportok rendszeres látogatását jelenti. Ezeket a csoportokat sorstársak alkotják, akik megosztják egymással a tapasztalataikat és támogatják egymást a felépülésben. A tagság feltétele nem az absztinencia, hanem az absztinenciára törekvés vágya. (Cook, 1988)

Az Anonim Alkoholisták 12 lépése

1. Beismertük, hogy tehetetlenek vagyunk az alkohollal szemben – hogy életünk irányíthatatlanná vált.
2. Eljutottunk arra a hitre, hogy egy nálunk hatalmasabb Erő helyreállíthatja lelki egészségünket.
3. Elhatároztuk, hogy akaratunkat és életünket a saját felfogásunk szerinti Isten gondviselésére bízzuk.
4. Félelem nélkül mélyreható erkölcsi leltárt készítettünk magunkról.
5. Beismertük Istennek, magunknak és egy embertársunknak hibáink valódi természetét.
7. Teljességgel készen álltunk arra, hogy Isten megszabadítson bennünket mindezektől a jellemhibáktól.
8. Alázatosan kértük őt hiányosságaink felszámolására.
9. Listát készítettünk mindazokról, akiknek valaha kárára voltunk, és hajlandóvá váltunk mindnyájuknak jóvátételt nyújtani.

10. Közvetlen jóvátételt nyújtottunk nekik, ahol lehetséges volt, kivéve, ha ez sérelmes lett volna rájuk, vagy másokra nézve.
11. Folytattuk a személyes leltár készítését, és haladéktalanul beismertük, amikor hibáztunk.
12. Igyekeztünk ima és meditáció útján elmélyíteni tudatos kapcsolatunkat a saját felfogásunk szerinti Istennel, csak azért imádkoztunk, hogy felismerjük velünk kapcsolatos akaratát, és hogy legyen erőnk a teljesítéséhez.
13. E lépések eredményeként spirituális ébredést éltünk át, megpróbáltuk ezt az üzenetet alkoholistákhoz eljuttatni, és ezeket az elveket életünk minden dolgában érvényre juttatni.

Az Anonim Alkoholisták 12 hagyománya

1. Közös boldogulásunk álljon az első helyen, személyes felépülésünk az A.A. egységétől függ.
2. Csoportügyekben egyetlen abszolút tekintély létezik – egy szerető Isten –, aki csoporttudatunkban megnyilvánulhat. Vezetőink csupán bizalmunkat élvező szolgálattevők, nem pedig irányítók.
3. Az A.A.-tagság egyetlen feltétele az ivással való felhagyás vágya.
4. Legyen minden csoport független, kivéve azokat az ügyeket, amelyek más csoportokat, vagy az A.A. egészét érintik.
5. Minden csoport egyetlen, elsődleges célja az, hogy eljuttassa üzenetét a még szenvedő alkoholistához.
6. Egy A.A.-csoport soha ne adja pénzét, nevét vagy támogatását semmilyen kapcsolódó intézménynek vagy külső vállalkozásnak, nehogy a pénzzel, tulajdonnal és presztízzsel kapcsolatos problémák eltérítsék elsődleges céljától.
7. Minden A.A.-csoport legyen teljesen önfenntartó, hárítsa el a külső hozzájárulásokat.
8. Az Anonim Alkoholisták Közössége maradjon mindig nemhivatásos, bár szolgálati központjaink alkalmazhatnak hivatásos szakembereket.
9. Az A.A. maga soha ne szerveződjék, de alakíthatunk szolgálati testületeket vagy bizottságokat, amelyek közvetlen felelősséggel tartoznak azoknak, akiket szolgálnak.
10. Az Anonim Alkoholisták Közösségének nincs véleménye külső ügyekről, ezért az A.A. név soha ne legyen bevonható nyilvános vitába.
11. A nyilvánossághoz való viszonyunk alapja elsősorban a vonzerő, nem a reklám. Személyes névtelenségünket mindig meg kell őriznünk a sajtóban, a rádióban és a filmekben.
12. Hagyományaink spirituális alapja, a névtelenség mindig emlékeztet bennünket arra, hogy az elvek előbbre valók az egyes személyeknél.

(https://www.anonimalkoholistak.hu/index.php/bemutatkozas/tevekenysegunk)

A Portage modell

A kanadai Portage modell 1970-ben született, néhány helyi lakos munkája által. Mára több országban működik a modell alapján szerveződő terápiás közösség, Magyarországon 2000-ben került sor az első képzésre.

Hasonlóan a Minnesota modellhez a teljes absztinenciára, a közösségekben zajló felépülésre és a változás lépcsőzetességére épül, azonban több ponton különbözik attól. A felépülő előrehaladását a hierarchikusan felépülő közösség szabályozza. A közösség támogatása mellett a felépülők egy személyes segítővel is kapcsolatot tartanak. A Portage modell erősen táplálkozik a pozitív pszichológiából, amely kiemeli az egyéni képességek fontosságát és a felépülő aktív szerepét saját élete irányításában.

Minden felépülő azonos fázisokon megy keresztül a segítői folyamatban.

1. Állapot felmérés: a fontos életterületek értékelése a bekerülésnek megfelelő állapotban
2. Bentlakásos kezelés: beilleszkedés a terápiás közösségbe, új képességek lépcsőzetes elsajátítása
3. Beilleszkedés a társadalomba és utánkövetés: a felépülés nem ér véget az új képességek terápiás közegben történő tanulásával, azok gyakorlatba ültetése ugyanolyan fontos, a közösség tovább segíti a tagokat.

A felépülés 6 lépcsőfokból áll. A felépülő csak a közösség és a személyes segítője jóváhagyásával léphet a következő szintre. Az első három szint a meglévő és a szükséges új képességek (kompetenciák) azonosítására és a függőség kialakulásának okaira koncentrál. A következő három lépésben a felépülő egyre több felelősséggel járó feladatot kap a terápiás közösség életében, cél, hogy végül mások mentorává váljon és önállóan irányítsa életét.

A modellben a közösség támogatásának a saját életünk feletti kontroll visszaszerzésében rendkívül fontos szerepe van. A közösség ösztönző erőt ad a nehézségekkel való szembenézéshez és önfejlesztéshez.

A kezelési terv egy, a felépülő és személyes segítője által közösen alkotott jövőre vonatkozó elképzelés. Azt sűríti, hogy a kliens az élete mely területein, milyen változásokat szeretne elérni és ehhez milyen konkrét, reálisan megvalósítható tettek szükségesek. A kezelési terv általában a következő életterületekre vonatkozik: Szerhasználat, fizikai és lelki egészség, a személyes kapcsolatok minősége (család és más fontos személyek), társas készségek, személyes fejlődés és önismeret, szülői készségek, társadalomba való beilleszkedés, munkavállalás.

A program erősen koncentrál különböző, jól meghatározott kompetenciák mindennapos fejlesztésére, amelyek a kezelési tervben meghatározott célok elérését és az akadályok leküzdését segítik. A terápia fontos része a különböző tevékenységékben való részvétel, az önismereti és az önbizalom növelő eszközök, önismereti kérdőívek és feladatok használata. A segítő folyamat tehát egy zárt, hierarchikusan felépülő közösségben kezdődik meg. A közösség segít felismerni a felépülőnek, hogy mely életterületeken kell változást elérni, továbbá segítséget nyújt, hogy a felépülő az ehhez szükséges új képességekre tegyen szert, majd a terápiás közösségen kívül is segítséget nyújt abban, hogy a meglévő és az új képességeit tudatosan használja a társadalomban (Molnár, 2012).

A brit Felépülés-központú modell

A brit Felépülés-központú modell a Minnesota és a Portage modellre is építve jelent meg. A megközelítés alapelvei:

1. 1, A szenvedélybeteg élhet teljes életet a szenvedélye megmaradásával. Egy táplálkozási zavarral élő személytől sem várjuk el, hogy tartózkodjon az evéstől, nem is lehetséges. Vagyis, a felépülés nem szükségszerűen jelenti a teljes önmegtartóztatást.
2. 2, A szenvedélybeteg sokszor magatehetetlen, a saját életéért harcolni képtelen személyként jelenik meg. A modell a hiányok és kontroll elvesztésének elfogadása helyett a reményre és képességekre koncentrál. Az egyedülálló, hatékony emberképet igyekszik erősíteni.
3. 3, A felépülés nem egy lépcsőzetes folyamat, nem lehet előre megállapítani, hogy pontosan milyen képességeket kell elsajátítani ahhoz, hogy a felépülő változni tudjon. Ahány ember, annyiféle felépülés létezik. A felépülés az önmagunkról alkotott képünk folyamatos, krízisről-krízisre történő újra értelmezése. A folyamatban nincs előrehaladás, nem egy cél felé halad, inkább a folyamatos változás fontosságát hangoztatja.
4. 4, A felépülés nem csak az egyén és a közeli közössége, hanem a társadalom szintjén kell, hogy megtörténjen. A szenvedélybetegséggel kapcsolatos társadalmi stigmák ledöntése nagyobb

hangsúlyt kap ebben a mozgalomban. Az egész társadalmunk felelőssége, hogy olyan környezetet alkossunk magunknak, amikben az egyének épülni tudnak. Emiatt az ellátásban is hangsúlyozza a hierarchia csökkentését, a szakember és a felépülő egyenlő felekként történő kezelését.

(Mental Health Commission of New Zealand, 2011)

A felépülés-központú modell

- a reményre, erősségekre és lehetőségekre fókuszál, valamint arra irányuló nyelvezetet használ,
- autonómiára és önrendelkezésre bátorít,
- a társadalommal szemben is támogatja a felépülő részvételét saját érdekérvényesítésében,
- támogatja a felépülőt érdeklődésében, hogy megbecsült társadalmi szerepet vállalhasson,
- személyre szabott és a spiritualitást is magába foglaló segítségnyújtásra törekszik,
- a segítség és a kezelési lehetőségek széles tárházát biztosítja,
- bevonja a felépülőt és a számára fontos személyeket az ellátás szervezésébe és kiértékelésébe,
- segíti a különböző közösségek közti kapcsolatok létrejöttét,
- elfogadja a sokszínűséget,
- elkötelezett az önreflexió és a tanulás iránt.

(Department of Health, 2011)

A felépülés azt az utat jelenti, amely során a kliens új önismeretet szerez, új énképet alakít ki magáról, új és építő jellegű emberi kapcsolatokba, hobbikba és tevékenységekbe kezd, és aktívan tesz azért, hogy az őt körülvevő környezet megváltozzon. Mindehhez nem szükséges, hogy a tünetek végérvényesen megszűnjenek. Sok pszichiátriai probléma egy életen át feladattal látja el a felépülőket, a szenvedélybetegséggel küzdők nagyrésze többször újra szert kezd használni és a fogyatékkal élő személyek sem képesek végérvényesen megváltoztatni helyzetüket, azonban ez nem jelenti azt, hogy ne élhetnének teljes életet, tüneteik meglétével együtt. (Frese et al., 2001)

Prochaska és DiClemente féle felépülési modell:

1982-ben megalkották a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljét. Ez az integratív, folyamatorientált modell többek között azért alkalmazható sikeresen a viselkedésváltozás megértésében, mert mindenkire érvényes. Fő komponense*: a motiváció, ami a változásra való hajlandóság, készenlét állapota.*

Helyzetről helyzetre változik, tehát nem egy állandó személyiségvonás, hanem egy állapot, amire képes az ember hatni. Elképzelésüket hat egymásra épülő, de átjárható szakaszban írták le.

- Töprengés előtti szakasz:
  Az első szakaszra jellemző, hogy a személy ilyenkor még nem ismeri fel, hogy bármi probléma lenne. Így tagadja a magatartásváltozás szükségességét is. Gyakran magyarázkodik, ürügyeket gyárt, ezzel elhárítva a felelősségvállalás terhét. Ebben a szakaszban úgy érezhetjük, hogy a személy az előrelátható jövőben nem áll készen a viselkedése megváltoztatására.

- Töprengés:
  A második szakaszba érve már kezdi sejteni, érezni, hogy valami nincs rendjén. Jellemzően ilyenkor már felismeri a problémát és gondolkodik is róla. Azonban még halogatja az aktív cselekvést. Erre a szakaszra alapvetően jellemző az ambivalencia a változtatásra irányuló vágy és a még élő belső ellenállás között.

- Előkészület:
  Az előkészület szakaszába érve a személy eljut arra a pontra, hogy úgy gondolja: a változás szükséges, lehetséges és számára előnyös. A folyamat eredményeként átértékelődik a személy önmagához és a problémához való viszonya. Megjelenik a hit, ami fokozza az énerő és énhatékonyság érzését is a személyben. Ugyanakkor e szakaszhoz érve fontos, hogy felhívjuk a figyelmet a visszaesések lehetőségére. Mivel a viselkedésváltozás egy körfolyamat, figyelnünk kell a visszaesések megakadályozására. Továbbá érdemes tudatosítani, hogy ez a változás nagyon gyakori és természetes velejárója.

- Cselekvés:
  Ezek után elérünk a cselekvést jelentő szakaszba. A személy aktívan tesz viselkedése megváltoztatásáért, de ekkor még hat hónapnál kevesebb ideje áll fenn ez a változás. Fontos, hogy a személy környezete észlelje a változást és arra figyelemmel legyen. A legkifizetődőbb az, ha jutalmazzuk is a változást. Ezzel elősegíthetjük a további aktív cselekvést, és egyúttal erősíthetjük a következő szakasz feladatát is, a fenntartást.

- Fenntartás:
  Az utolsó előtti szakaszban már többszörösen összetett a cél. Egyrészt a visszaesések megelőzése, másrészt pedig a már megszilárdult és tartósnak mondható életmódváltozás támogatása. A már hat hónapnál régebben fennálló változásnak köszönhetően a személy jelentős önbizalom-növekedést élhet meg, ami tovább erősíti az új, egészségesebb életforma fenntartását.

- Befejezés:
  Végül a befejezés szakaszába érve elmondható, hogy lezajlott a viselkedésváltozás. A korábbi problémaviselkedést – függetlenül a személy bármilyen hangulati állapotától – már nem kívánatosnak éli meg. A kezdetekben még instabil önkontroll funkciók stabilizálódtak és megtartottak. Így a személy ténylegesen azt éli meg, hogy az ő kezében van saját élete irányítása, már semminek sem a „rabja”.

A változás egy hosszú folyamat, melyhez rögös út vezet. Az elsődleges cél a motivált viselkedésváltozás elérése. Mindezt nemcsak az emberi személyiség jellemzői, hanem a környezeti tényezők és a szociális támogatottság is befolyásolja. A fentiek segítségével tisztábban láthatjuk az egyes stádiumok alakulását, ami hozzásegíthet bennünket ahhoz, hogy képesek legyünk együttérezni a nehézséggel küzdőkkel.

5. A serdülőkor személyiség-lélektani jellemzői az engedély nélküli eltávozások tükrében

Összefoglalás: A serdülő többnyire mélyen átérzi, hogy fejlődésének egy nehéz szakaszába érkezett, megéli azt a feszültséget, amit egyfelől a biológiai érés, másfelől a társadalmi, környezeti elvárásoknak való megfelelés, s ezek időnkénti szembekerülése hív elő. Az érettséget a serdülőkori kihívások eredményes megvalósítása jelenti: döntések a pálya, a társaság, a fontos értékek, a partner kérdését illetően.

Cél: Az engedély nélküli eltávozások hátterében meghúzódó okok, személyiség-lélektani jellemzők feltárása.

Kulcsszavak: a serdüléskori fiatalok kötődései, kötődési mintázatok, kötődési rendellenességek, személyiségzavarok, gyermekvédelem, gyermekotthon

Tanulást segítő kérdések: Mit tudunk a kötődéselméletekről? Mi jellemző a serdülő fiatal kötődéseire? Hogyan befolyásolja a családi és kortárs kötődés a gyermekvédelmi ellátást?

A személyiség fejlődését meghatározó tényezők

A személyiség fejlődése olyan minőségi változást jelent, amely során korábban létezett struktúrák differenciálódása megy végbe. Az érés és a tanulás folyamatos kölcsönhatása egyre magasabb szerveződési szinten irreverzibilis állapotot idéz elő. (Mönks-Knoers, 1998)

Az ember társadalmi-kulturális környezettel kialakított viszonyának vizsgálatából származó eredmények szintén hozzájárulnak a fejlődés pontosabb megértéséhez.

Bronfenbrenner (1986) értelmezése szerint a fejlődésben szerepet játszó társadalmi hatások rendszerében a következő elemeket azonosíthatjuk:

- a gyermek közvetlen környezete (családi közösség, lakókörnyezet, iskolai környezet és a kortárscsoport);
- a közvetlen környezet szereplőinek interakciója, a szociális kapcsolati háló;
- az intézmények (pl.: szülők munkahelye, önkormányzat, a település jellege, a tömegkommunikáció, az oktatás és nevelés társadalmi intézményei);
- kulturális nézetek és hiedelmek összessége (pl.: a gyerekszerep tartalma, a gyereknevelésről és az oktatásról vallott felfogás).

Ebben a komplex modellben egyszerre jelennek meg az individuális életkörülmények és a kulturális hatások. Kifejezésre jut az egyén fejlődését determináló, egyén fölött álló társadalmi rendszerek befolyásoló ereje. Ugyanakkor az eltérő kultúrák történelmileg is más-más életmód, fejlődési lehetőség feltételeit teremtik meg, például az eltérő nevelési szokásokkal. A szocializációs színterek áttekintésével kiemelhetjük a fejlődést alakító tényezők jelentőségét.

A személyiség fejlődése két elválaszthatatlan, egymást kölcsönösen kiegészítő összetevője a perszonalizáció és a szocializáció. A fejlődés legmeghatározóbb szocializációs színterei: a család, majd pedig a nevelés és oktatás különböző intézményei.

A szocializáció visszatérő kapcsolatok rendszerében történik. A pedagógiai tevékenységek ugyancsak interakciók révén valósulnak meg. A kapcsolatok gyakorisága, mélysége és további kötődési jellemzői együttesen alakítják a növekvő gyerekek személyiségét.

Az elsődleges szocializáció életünk legmeghatározóbb éveit öleli fel. A családban a felnőttek fontos közvetítő funkciót töltenek be, általuk közvetítődik a nyelv, a világnézet, a szociális élet normarendszere, és alapvető beállítódások és érzelmi viszonyulások kerülnek átadásra. Ezek a korai tapasztalatok interiorizálódnak és az alakuló identitás alapjául szolgálnak. Az elsődleges szocializáció legfőbb tanulási mechanizmusa az azonosulás, amely a gyermek és a szignifikáns személyek között létrejött érzelmi kötődésen nyugszik.

A másodlagos szocializációs környezetben egyre inkább az egyén által választott személyek, társak, csoportok szolgálják az ismeretek bővülését. Az iskolában a gyerekek tapasztalatokat szereznek a közösségi életről, összevethetik saját tulajdonságaikat, képességeiket a csoporttagok tulajdonságaival, a társas visszajelzések pedig formálják önmagukról alkotott képét.

Az életkori szakaszok személyiségfejlődési sajátosságai más-más követelményeket támasztanak a környezet számára.

Erikson (2002) pszichoszociális fejlődéselmélete nemcsak biológiai késztetésekről beszél, hanem a társas-társadalmi tényezők szerepét szintén fontosnak tartja. Továbbá egész életen át tartó fejlődési programot határoz meg. Az emberi identitás alakulását jól körvonalazható életciklusokra bontva képzeli el, és az egyes korokhoz más-más célt rendel. Az egyénnek a testi-biológiai változásokkal párhuzamosan a környezet felől érkező elvárásoknak megfelelve kell eredményesen megoldania az adott időszak krízishelyzetét. Eredményes kimenetelnél teljes energiáit a következő életszakaszban jelentkező konfliktussal való megküzdésre fordíthatja. Az egyes életciklusokban olyan érzések megtapasztalására nyílik lehetőség, mint a bizalom, az akaraterő, a célirányosság, a kompetencia, a hűség, a szeretet, a gondoskodás és a bölcsesség.

Erik Erikson elmélete szemlélteti legjobban azt a megközelítési irányt, hogy a növekvő gyerekek fejlődését csak komplex módon érthetjük meg, a testi, értelmi, lelki és társas változásokat együttesen figyelembevevő rendszerezéssel. A háttérben különböző tényezők kölcsönös függése, összefonódó egymásra hatása fedezhető fel.

A személyiség fejlődésében megnyilvánuló jelenségeket a biológiai tényezők, a pszichikus komponensek, a szociális összetevők, valamint a társadalmi-kulturális jellemzők együttesen befolyásolják, amelyben az örökletes sajátosságok, a környezeti hatások és az egyéni alkalmazkodással szerzett tapasztalatok lényeges szerepet játszanak. Az örökletes adottságokon túl tehát legalább annyira fontosak a környezeti tényezők, és az eltérő egyéni alkalmazkodással formálódó környezethez igazodással átélt tapasztalatok. Nyilván ezeknek a hatásrendszere nem bontható szét, sőt ezek a hatótényezők folyamatosan egymást át-meg átszőve eredményezhetik az egészséges személyiség integrált, folyamatos és harmonikus fejlődését.

Mindazonáltal kijelenthetjük azt is, hogy a szociális környezeti tényezőknek a figyelembevétele kihagyhatatlan a különböző befolyásoló összetevők hatásrendszerének elemzésében. Ebben a hatásrendszerben a személyes kapcsolatok élményei sorsdöntő szerepet töltenek be. A legfontosabb interperszonális kapcsolatok közül az elsődleges gondozó személye, az anya és a gyermeke közötti viszony, a kettejük között bontakozó érzelmi kötődés tekinthető a legelső személyiségfejlődésben meghatározó jelentőségű szociális tapasztalati forrásnak.

Az interperszonális kapcsolatok szerveződésében lényeges fordulópontokat különíthetünk el. Ezek a periódusok a családi kapcsolatokat követően a bölcsődébe, óvodába és az iskolába kerülés időpontjai. De fontos kiemelni a pubertáskor időszakát is, amikor a gyerek-szülő kapcsolat átalakulásával párhuzamosan

a gyermek életében egyre fontosabbá váló új személyek megjelenésével a teljes társas kapcsolati rendszer jelentősebb módosulása figyelhető meg. A serdülőkort követően további fontos eseményekre kerül sor. A fiatal felnőttek boldogulása, továbbtanulása, majdani munkahelyi karrierje és önálló családi élete ugyancsak függ a rendelkezésre álló társkapcsolati hálótól. A családi közösségben kialakult érzelmi kötődések egész életünk alakulására hatással vannak. A személyes kapcsolatok megléte vagy elégtelensége lényegesen befolyásolja szociális magatartásunkat, életminőségünket. A perszonális kapcsolatok szerveződésében jelentős módosulást idéz elő a család hiánya, a családot kiegészítő vagy az olykor teljesen helyettesítő, eltérő szocializációs környezet, amikor a gyerekek szegényesebb, bizonytalanabb kötődésekkel, kötődési rendellenességekkel, társas viselkedésbeli problémákkal rendelkezhetnek. Ilyen sajátos kiegészítő szocializációs környezetnek tekinthetők a gyermekvédelmi gondoskodás bentlakásos intézményrendszerének szervezeti formái: a gyermekotthonok és a lakásotthonok.

A kötődésekről, mint háttértényezőkről

Az intrauterin kötődés

A születést követő kötődési viselkedés tanulmányozása mellett újabb és újabb kutatások tárgyalják a méhen belüli tapasztalatok és a születést követő viselkedés közötti szoros kapcsolat fontosságát, az intrauterin életkor személyiségfejlődésre gyakorolt hatását. Nemcsak a születés utáni kötődési viselkedés értelmezhető, hanem egyre pontosabban részletezhetők a prenatális fejlődés történései. Szakemberek érvelnek amellett, hogy meghatározó jelentőségű a korai időszakban létrejött kontaktus anya és magzata között, és az anyaméh olyan kétszemélyes interaktív környezetként fogható fel, amelynek alakulására a gyermeket körülvevő teljes interperszonális hálórendszer kifejti hatását (Hidas-Raffai-Vollner, 2002).

Az anyaméhben fejlődő magzatra különféle összetevők hatnak. A genetikai örökség, a biológiai feltételek, a méhen belüli környezet mellett kiemelhetjük a szülők társadalmi-kulturális, pszichés-szociális helyzetének befolyásoló szerepét. Ezek a tényezők már a fogantatás előtt jelen vannak, sőt egyes megállapítások szerint a szülők életén is túlmutatva legalább két generációra visszavezethetők azok a külső hatások, amelyek determinálják a vállalt gyermek esélyeit (Hidas-Raffai-Vollner, 2002).

Életünk valamennyi fejlődési fázisa szerves egységet alkot. A méhen belüli biológiai-fizikai és lelki fejlődés az élet folyamatának olyan lényeges kezdeti szakasza, amely nem választható el a következő életszakaszok eseményeitől, azokkal szoros kapcsolatban áll. Az intrauterin kor kedvező érzelmi élményei pozitívan befolyásolhatják a megszületett gyermek emocionális és kognitív érését (Raffai, 2000).

Másrészről pedig az is igaz, hogy a teratogén ártalmak olyan prenatális fejlődési anomáliákat okozhatnak, amelyek a teljes élettartamra súlyos következményeket idézhetnek elő (Mönks-Knoers, 1998).

Csak a közelmúlt célirányos tudományos érdeklődésének köszönhetően került a kutatások homlokterébe a prenatális fejlődés és az intrauterin kötődés tanulmányozása. Számtalan vizsgálati adat ismert a külvilág és a méhen belüli élet interakciójának létjogosultságának igazolására. A nagyon korai időszaktól regisztrálható belső indíttatású mozgások mellett a méhen belüli élet tizedik-tizenötödik hetétől kezdve megjelennek a kívülről előidézett magzatmozgások. Megfigyelték például, hogy az anya nevetésére vagy köhögésére a baba erőteljes mozgással válaszol. A terhesség második harmadának közepétől pedig óvatos mozgásos interakciós játékot is lehet játszani vele. Ugyanebben az időszakban a hangokat is jól hallják már. Az anya szervezetének zajai mellett a külső zajok, hangok ugyancsak mozgást indukálhatnak. De spectográfiai vizsgálatok azt is feltárták, hogy már a 26 hetes magzatok megőrzik édesanyjuk hangjának jellegzetességeit. Sőt az apa hangját is preferálják az idegen férfiak kommunikációjával szemben. Több kísérletben is sikerült magzatokat zenére kondicionálni. Az anyaméhben rendszeresen hallott dallamra a születést követően az újszülöttek megnyugodtak, elcsendesedtek és jobban aludtak. A zene mellett mesék

és más szövegek felismerésének képességét szintén tudták igazolni. (Cole-Cole, 2003; Raffai, 2000; Hidas-Raffai-Vollner, 2002)

A kapcsolatok személyiségformáló szerepe a fogantatástól életünk végéig tart. Ugyanakkor az élet folyamán a kapcsolatok szereplőinek befolyásoló ereje és a kapcsolat kölcsönösségének mértéke változhat. Az anya-magzat kötődésében elsődlegesen az édesanya viszonyulása hordozza azokat a lehetőségeket, amelyek befolyásolják, alakíthatják ezt a nagyon korai vonzalmat.

John Bowlby kötődéselmélete

A tárgykapcsolatok, a szociális viszonyok személyiségfejlődésben betöltött szerepének jelentőségét hangsúlyozó elméletek mindig is központi helyet foglaltak el a pszichológiai kutatásokban. A korai személyiségfejlődésre vonatkozó pszichoanalitikus elméleti megközelítések, a gyermekkor normál és rendellenes fejlődésének tanulmányozásának eredményei meghatározó módon gazdagítják ismereteinket az interperszonális szerveződések személyiségfejlődésre gyakorolt hatásairól. A kezdeti és későbbi pszichoanalitikus fejlődéselméletek, a tárgykapcsolat-elméletek, a személyközikapcsolati elméletek, a korai kötődéselmélet vagy a mentalizációs modell eredményei egyre árnyaltabb értelmezést tesznek lehetővé (vö. Fonagy-Target, 2005). Bowlby kötődéselméleti modellje etológiai indíttatású. De az etológiai megközelítésen túl olyan tudományterületek eredményei is helyet kapnak az értelmezésben, mint a kibernetika, a kognitív pszichológia, a fejlődéspszichológia vagy a pszichoanalízis. Mindezekkel együtt azonban olyan személyiségfejlődési elméletként is értelmezhető, amelynek nevelés-lélektani, valamint a pedagógiai pszichológiához kapcsolódóan a gyermekvédelmi pedagógiai lélektani konzekvenciái is meghatározhatóak. Bowlby korai kötődéselméletének építőköveit olyan közvetlen tapasztalatok és indirekt ismeretek adják, amelyek alapvetően a következő forrásokból származtathatók:

/1/ beilleszkedési zavarral küzdő fiúk otthonában szerzett tapasztalatok,

/2/ árvaházi gyerekek gondozási-nevelési feltételrendszerének vizsgálati adatai,

/3/ kórházba került kisgyerekek megfigyeléseinek eredményei, valamint /

4/ Lorenz imprinting teóriájának és

/5/ Harlow rhesus majmokkal kapcsolatos vizsgálatainak ismeretei. (Bowlby,1969)

A kötődéselmélet részletezi a megfelelő anya-gyermek kapcsolat komponenseit, de érinti a rövidebb ideig tartó és a hosszabb ideig fennálló szülői depriváció következményeit. Az elmélet lényeges üzenete, hogy a csecsemő örökletes kötődési hajlammal jön a világra, továbbá hogy a kisgyermeket gondozó elsődleges személy megfelelő viszonyulása létfontosságú az egészséges személyiségfejlődés szempontjából.

A felnőtt viselkedésében az élettani funkciók kielégítésén túlmenően kihangsúlyozandó az újszülött emocionális, biztonság iránti igényének kielégítése. A rendezetlen családi viszonyok, a nem megfelelő anyai magatartás, az érzelmi elhanyagolás, vagy az anyától való korai elszakadás az anya-gyermek kapcsolat zavarát idézi elő, amelynek súlyosabb esetben a későbbi életkorban antiszociális viselkedés, tartós érzelmi elköteleződésre való képtelenség, és indiszkrimináns kötődési zavar is a következménye lehet. Az elsődleges személyhez történő kötődés alakulása, a kisgyermek viselkedésében manifesztálódó folyamat lényegében a következő szakaszokra osztható (Bowlby,1969/1982).

/1/ Első időszakban a csecsemő nem tud még különbséget tenni a körülötte lévő személyek között,

/2/ majd egyre inkább érzékelhető az édesanya személyének a preferálása.

/3/ Ezután fokozatosan bontakozik ki kettejük között az érzelmi kötelék, /

4/ végül pedig teljes mértékben megszilárdul ez a kapcsolat./1982, 1973, 1980).

A rendellenességekhez vezető szeparációt követő reagálási folyamatban az alábbi fázisok változásait figyelhetjük meg: /1/ a gyermek tiltakozása, /2/ kétségbeesése /3/ és a leválás (Bowlby, 1973). A kezdetben egyre erősödő érzelmi ellenállás fokozatosan alább hagy és az elsődleges kötődési személynek a végleges

elvesztéséhez kapcsolódóan megjelenik a gyász érzése. A leválást követően a gyermek új személyekhez történő kötődési folyamatát rendellenes reakciók kísérik.

A kötődési viselkedés egy másik személy közelségének a keresését és a kapcsolat fenntartásának a szándékát jelenti (Bowlby, 1969/1982). Ez a belső motivációval rendelkező alapvető túlélési viselkedés biztosítja a gondozó személlyel történő optimális fizikai távolság kialakítását. A fizikai közelségkeresés fokozatosan kiegészül a közelség átélésének az érzésével, és innentől kezdve a kötődési viselkedés pszichológiai jelentőséggel bír. Bowlby (1973, 1980) maga is az elsődleges gondozónak a „rendelkezésre állását", elérhetőségét és válaszkészségét tartotta a legfontosabbnak. A rendelkezésre állás biztosítja azt, hogy a kisgyermekben kialakuljon a fontos másik személy elérhetőségére szerveződő pozitív tapasztalatok belső reprezentációja. A kötődési élmények „belső munkamodellje" eredményezi a kötődési viselkedést. A kötődést biztosító személy kiszámítható, előrevetíthető elérhetősége, válaszkészsége, elfogadása a biztonságos kötődés kialakulásához vezet, míg a kiszámíthatatlanság, az elfogadás hiánya bizonytalan kötődéshez (Ainsworth et al., 1978). Az elfogadásra-elutasításra vonatkozó tapasztalatok a „kiegészítő munkamodell" szerveződésben realizálódnak (Bowlby, 1973). Ha a kisgyermek elfogadási igényei nem érvényesülnek, kiegészítő munkamodellt alakít ki, amely tartalmazza a kedvezőtlen viszonyulási jellemzőket. Az interiorizálódott korai interakciós élmények, a munkamodellek meghatározó jelentőségűek a későbbi kapcsolat alakulásában, illetve a más személyekhez fűződő kapcsolatok tekintetében.

A kötődési biztonság mértéke és a korai kötődési mintázatok

A kötődési biztonság mérésének kiindulását jelentő vizsgálatok Mary Ainsworth és munkatársainak a nevéhez fűződik. Az eredmények szerint a csecsemők különböző kötődési stílusokba sorolhatók. Lehetnek biztonságosan kötődők (B típusú) valamint bizonytalanul kötődők: bizonytalan elkerülők (A típusú) és bizonytalan ellenálló / bizonytalan ambivalens kötődésűek (C típusú). Mindhárom kötődési mintázat a szeparációra adott koherens viselkedési stratégiaként értelmezhető. (Ainsworth et al., 1978) A tipizálás alapjául laboratóriumi környezetben végzett megfigyelések szolgálnak, ahol pontosan feljegyzik a kisgyermekeknek az elsődleges gondozó távozására, és egy idegen személy megjelenésére adott reakcióit (Strange Situation Test). A 12-18 hónapos csecsemők és anyjuk kapcsolatának ilyen jellegű vizsgálata több epizódból áll, amely során négy különböző kategória alapján regisztrálják az anya és a gyermek együttes viselkedését: /1/ a közelségkeresés, /2/ a kapcsolat fenntartása, /3/ az elkerülés /4/ és az ellenállás.

A szenzitivitás fogalmával jellemezhető az anya gyermeke felé irányuló azon viszonyulása, amely során képes alkalmazkodni a gyermek aktuális érzelmi állapotához, ki tudja elégíteni komfort igényét, és igyekszik figyelembe venni kívánságait (Ainsworth et al., 1978). Donald Winnicott (2004) az „elég jó" anyaság fogalmával írta le azt a magatartást, amely azt eredményezheti, hogy a felnőtt nem alakít ki újabb szükségleteket a gyermekben, hanem a meglévő igényeit megfelelően kielégíti. Nem ingerel túl és nem ingerel alul, mindössze „illeszkedik" a gyermekhez. Nem árasztja el felesleges impulzusokkal, de érzékeny alkalmazkodásával reagál a jelzésekre. A biztonságosan kötődő csecsemők édesanyáinak viselkedésében a gyerekek szükségleteihez igazodás figyelhető meg, azonnal reagálnak gyermekük sírására, és gyengéden viszonyulnak hozzájuk. Az anya rövid ideig tartó eltávozásakor az ilyen gyerekeket önbizalom és nyugodtság jellemzi, míg a súlyosabb szeparációban aggodalom és félelem. Ezzel szemben a bizonytalan kötődést mutató csecsemő édesanyja inkább saját hangulata, kívánsága szerint jár el, és kevésbé érzékeny gyermeke jelzéseire. Ennek következtében a szeparációs helyzetekhez a kisgyermek reakciói kiszámíthatatlanabbak: bizonytalanság, heves függetlenedési szándék, visszahúzódás vagy ellenséges megnyilvánulás fedezhető fel. (Ainsworth et al., 1978)

Későbbi kutatások egy negyedik típusú kötődési mintázatot is azonosítottak, amit dezorganizált, dezorientált, zavarodott (desorganized, D típusú) viselkedésnek neveztek el (Ainsworth et al., 1978; Main-Solomon, 1986). Ebbe a csoportba azok a kisgyerekek tartoznak, akiknél a vizsgálati helyzetben olyan

megnyilvánulások fordulnak elő, amelyek alapján az előző kategóriák egyikébe sem sorolhatók be egyértelműen, attól eltérően: zavarodottan, ambivalensen vagy teljesen „szétesős" módon viselkednek. Jellemző rájuk, hogy visszatérő periódusokban egymással ellentétes: közelítő-elkerülő viselkedéssel élnek. Az előző három kötődési mintázattal ellentétben, itt nem fedezhető fel koherens kötődési stratégia. A korai kötődési biztonság mérésére alkalmazott „idegen helyzet" eljárással feltárt adatok egyértelműen utalnak az eltérő kulturális kontextusok hatásaira. Eltérések adódhatnak a különböző nevelési szokások miatt. A szülők eltérő módon támogatják az érzelmek kifejezését vagy a gyerekek önállósodási szándékát, de a testi érintés fontosságára vonatkozó felfogások is különbözőek lehetnek. Az amerikai vizsgálati mintában például a biztonságos kötődést mutató csecsemők előfordulási aránya 60% volt, a bizonytalan elkerülőké 20%, az ellenálló/ambivalenseké 15% (Ainsworth et al., 1978), míg Németországban csak 35% -ban voltak a biztonságosan kötődők és 52%-ban az elkerülők (Grossmann et al., 1985), Japánban pedig egyáltalán nem találtak elkerülő csecsemőket, ugyanakkor az ambivalens kötődésűeknek magasabb volt az aránya: 37% (Miyake-Chen-Campos, 1985).

A családi érzelmi környezet jellemzői és a korai intézmények gondozói-nevelői viszonyulása az adott kultúrán belül szintén változást idézhet elő. Ha a csecsemő megfelelő minőségű bölcsődei-óvodai nevelésben-gondozásban részesül, akkor az nem károsítja az anya-gyerek kapcsolat biztonságát (Vajda-Kósa, 2005). De arra is vannak bizonyítékok, hogy a 12 hónapos kor előtt bölcsődébe adott gyerekeknél megnövekszik az elkerülő kötődés kialakulásának kockázata. A kultúrközi különbségeket és a napközbeni gondozás hatásait vizsgáló kutatások tanulsága szerint mind az anya, mind pedig a csecsemő viselkedését rengeteg tényező befolyásolja, amelyek meghatározóak a köztük kialakult kapcsolat szempontjából (Cole-Cole, 2003). Már Bowlby (1973) is kihangsúlyozta, hogy az érzelmi kapcsolat alakulásában fontos szerepe van a kölcsönösségnek: a kisgyerek is alkalmazkodik a szülőhöz és a szülő is alkalmazkodik a gyermekhez. A kutatások eredményei alapján egyfelől az érzékelhető temperamentumbeli individuális különbségek jellegzetességei játszhatnak szerepet a kötődés alakulásában, másfelől viszont inkább az interakciók tartalma, a személyes kapcsolat minősége a sorsdöntő. Kiderült továbbá az is, hogy kritikus, nehéz élethelyzetek szintén befolyásolhatják a gondozóhoz való kötődést. (Cole-Cole, 2003; Gervai, 1997)

A kötődésrendszerben tehát a teljes szociális kapcsolatrendszeren belül az egyén számára az érzelmileg legfontosabb emberek helyezkednek el. A jelentős, fontos személyekké válást mindenekelőtt az alábbi tényezők befolyásolják: a találkozások gyakorisága, az együtt eltöltött idő mennyisége, a törődés minősége és az érzelmi befektetés mértéke (Cassady-Shaver, 1999). A kötődésrendszer alakulása a személyiség fejlődésével párhuzamosan, a szociális kapcsolatok fejlődési törvényszerűségeinek figyelembevételével, a különböző szocializációs területek változása mentén követhető nyomon. A családtagok után elsősorban az intézményes nevelés-oktatás színtereinek szereplői válnak a kötődési háló részévé.

5.1. A serdülőkori deviancia és a beilleszkedési zavarok a gyermekvédelemben

A serdülőkorú fiatalok kötődései

A viselkedésben kifejeződő serdülőkori változásokban szerepet játszó háttér-összetevők értelmezései között, a szexuális éréssel (pl. Freud, 1995) vagy az értelmi funkciók fejlődésével, átalakulásával magyarázható elméletekkel szemben (pl. Piaget, 1993), más megközelítések inkább az érzelmi élet változásaira fókuszálnak. Ezen változások hatásai a szociális élet átalakulásának területén is jól tetten érhetők.

Wallon (1971) és Elkonyin (1969) is a pubertás központi problémájának az intimitás átélésének kérdéskörét tartották. Szerintük a bensőséges kapcsolatok kialakítását a serdülők önálló énjük elvesztésének félelme nélkül kell tudniuk elérni. A serdülőkorban olyan további fontos feladatok teljesítése előtt állnak a fiatalok, mint a saját családtól történő érzelmi függetlenedés, a társadalmi-kulturális hatásoktól függő saját nemi

szereppel való azonosulás, valamint a felnőtt társadalmi szerep felvállalása oly módon, hogy az ne a saját identitásáról való lemondást, hanem annak beteljesülését jelentse (Vikár, 1999).

A családtól való eltávolodás gyakran heves konfliktusokhoz vezet. Ebben az időszakban a családtól származó értékek ütközhetnek a fiatalok szubkultúrájának elvárásaival. Bizonyos körülmények, például a bizonytalanul meglévő családi kapcsolatok, az egyén személyiségfejlődési rendellenességei, és a kortárs közösségek hatásai felerősíthetik az identitási krízist. Gyakori a gyerekkori magányosság, elutasítottság, amely kóros folyamatokat indukálhat. A marginális csoporthelyzet menekülést, akár deviáns csoportokhoz csatlakozást is eredményezhet. (Vikár, 1999)

A gyermekvédelmi gondoskodásba került fiataloknál lehet látni például, hogy a deviáns csoportokhoz tartozni akarás vágya mögött gyakran a düh, a harag, a szülőkkel szembeni bosszúvágy, illetve a szeretethiány, az elégedetlenség érzése húzódik meg. Ismert jelenség, hogy egyrészt a társadalmilag kedvezőtlen helyzetű fiatalok, másrészt a jómódú családok gyermekei érintettek a deviáns viselkedésben. Az előzőek az egzisztenciális bizonytalanság, kilátástalanság miatt keveredhetnek veszélyes csoportokba, míg a gazdag családok gyerekei a túlzott engedékenység, a hiányzó követelmények miatt.

A fiatalok szociális rendszerének a következő hierarchikus szintjeit különíthetjük el:

/1./ az interakciók szintje,

/2./ a kapcsolatok szintje,

/3./ a csoportok szintje,

/4./valamint a globális szociális hálózat szintje (Buhrmester idézi Furman, 1989).

A személyek közötti szorosabb kapcsolódások az interakciók történéseiből alakulnak ki. A formálódó nevelő-gyermek kapcsolat, a kölcsönös barátságok, vagy a közösségből való kirekesztés és elutasítás mögött interakciós élmények sokasága áll. A különböző formációknak, mint a családi közösségeknek, a kortárscsoportoknak, vagy az intézményi csoportoknak az elemzése lehetővé teszi a csoportviselkedés értelmezését, míg a teljes kapcsolati háló valamennyi társulásunkat rendszerezheti.

A korábbi életkorban tapasztalható spontán csoportosulások után, a pubertáskorban a csoportok a szerepek differenciálódása mentén stabilizálódnak és megjelennek a szorosabb barátságok, valamint a párkapcsolatok. Ettől az időszaktól kezdve figyelhető meg a fiatalok fokozott érdeklődése az ellenkező nemű társak iránt. A másik nemhez vonzódás hátterében a nemi érés, és a szexuális érdeklődés erősödése áll. A fiatalok több időt töltenek társaikkal, saját problémáikat inkább velük kívánják megbeszélni. Ugyanakkor igénylik, hogy a szülők, vagy például a pedagógusok mellett más felnőttekkel is kapcsolatot alakítsanak ki. De az is előfordulhat, hogy képtelenek további társulásokra.

Egy 12 és 16 évesek körében elvégzett kutatásban azt találták, hogy a kamaszok átlagosan 5-6 személyhez kötődtek szorosabban, akik között leggyakrabban a barátok és a szülők szerepeltek, viszont meglepő módon, az iskolai tanárokat csak minimális arányban választották (Zsolnai, 1998). Az életkor emelkedésével megfigyelhető volt a családi kapcsolatok gyengülése, továbbá a lányok és fiúk különbségei: a lányok mindkét életkorban együttműködőbbek, empatikusabbak, jóindulatúabbak és engedelmesebbek voltak.

Az életkor előrehaladásával a barátságok egyre fontosabbá válnak, és mint a vizsgálatok eredményei is jelzik, a külső jegyek és a közösen végzett tevékenységek alapján létrejött társulások után, a barátságok sokkal összetettebb és olykor ambivalensebb képet mutatnak. A serdülőkorba lépő gyerekek barátválasztásukat a következőkkel indokolják: kölcsönös bizalom, kölcsönös rokonszenv, segítőkészség, szolidaritás, hasonló érdeklődés és ízlés, régi ismeretség, együtt eltöltött idő. A kötődések fontossági sorrendjében a szülőkhöz kötődés után leggyakrabban a kortárskapcsolatok következnek. A testvérekhez

fűződő kapcsolatukban a szeretet, míg a társakhoz fűződő vonzalmukban a kölcsönös rokonszenv fogalmazódik meg leggyakrabban. (Zsolnai, 1987)

További empirikus kutatási eredmények szintén arról számolnak be, hogy míg a 8-9 évesek külső szempont alapján alakítják kapcsolataikat, addig a 16-17 évesek már az érzelmi támaszkeresés céljából (Vajda, 2002). Az érett barátságokban a kölcsönösség: a kölcsönös szeretet, a kölcsönös megbecsülés, a kölcsönös elismerés, a kölcsönös segítés, illetve a meghittség és a bizalom kap helyet. Serdülőkortól a kétszemélyes kapcsolatok további tartalommal telítődnek, és egyre gyakrabban találkozhatunk fiú-lány barátságokkal, amelynek alakulását mindinkább a fiatalok egymás iránti szerelmi érzése irányítja. A serdülőkori identitási krízis eredményes megoldását követően a fiatal felnőttkor leglényegesebb feladatai között szerepel a bensőséges, intim kapcsolatok kialakítása (Erikson, 2002). A fiatalok számára ebben az időszakban mindennél fontosabb lesz, hogy elköteleződjenek egy olyan társ mellett, akivel hosszabb távon is együtt tudnak majd élni.

Úgy tűnik, hogy a romantikus kapcsolatok szerveződésében a korábbi élettörténeti kapcsolatok tapasztalatai, és az aktuális partnerrel összefüggő szociális perceptuális folyamatok együttesen meghatározóak (Urbán, 1996). A felnőttkori intimitás szoros kapcsolatban áll a gyermekkorban megszerzett kötődési élménnyel. Egy megközelítés szerint a korai kötődési stílusok mintájára a felnőttek lehetnek biztonságosan kötődők, elkerülők és szorongó-ambivalens kötődésűek (Hazan-Shaver, 1987). A biztonságosan kötődőknek sokkal tartósabb kapcsolataik vannak, általában boldogabbak és szeretetteljes viszonyban élnek társukkal. Az elkerülők viszont félnek az intimitástól, kevésbé involválódnak kapcsolataikba, amely kapcsolatok csak rövid ideig tartanak. Gyakran vélekednek úgy, hogy az igazán nagy szerelem ritkán fordul elő. Végül a szorongó-ambivalens kötődésűekre az jellemző, hogy kapcsolataikat szélsőséges érzelmekkel élik át: egyfelől szeretnének közeledni a partnerhez, ugyanakkor túlérzékenységük miatt ez a vágyuk nem teljesülhet.

Egy másik rendszerező modell, a szorongás és az elkerülés mértéke alapján a felnőtt kötődések 4 formáját különíti el (Bartholomew-Horowitz, 1991):

- biztonságosan kötődők,
- belebonyolódóan kötődők,
- elutasítóan kötődők,
- félelemtelien kötődők.

A biztonságosan kötődő személyek harmonikusnak és autonómnak érzik magukat intim kapcsolataikban. A belebonyolódóakat viszont a magas mértékű szorongás és az alacsony szintű elkerülés jellemzi. Kapcsolataik miatt sokat aggódnak. Az elutasítók inkább negligálják az intimitást és a kölcsönös függést igénylő relációkat. Míg a félelemtelien kötődő személyek meglehetősen nagy mértékű szorongással élik meg bensőséges kapcsolataikat, és általában kerülik a szociális helyzeteket. A felnőtt kötődések mérésére alkalmazott eljárásoknak a hazai adaptálása folyamatban van (Nagy, 2005; Csóka és mtsai, 2007). A későbbi életszakaszban meglévő kapcsolataink stabilizálódnak, intenzitásuk ugyanakkor változik. Az aktív felnőttkor legfontosabb kötődései a családi, a szakmai és a baráti élet köré gyűjthetők.

A kötődési rendellenességek jellemzői

A kötődési rendellenességek értelmezésekor többféle megközelítéssel találkozunk a szakirodalomban. Az értelmezési szempontok különbözősége eltérő meghatározásokat eredményez. Az „idegen helyzet” próbával mérhető kötődési stílusok rendszerezési következményeinek jellegzetességeitől elkülönül a kötődési zavar jelensége. Másrészről pedig megállapítható, hogy több pszichopatológiai kórkép velejárója is lehet a kötődési zavar (Gervai, 1997). Bowlby (1969/82, 1973) kihangsúlyozta, hogy a korai életkorban elszenvedett jelentős szeparációs helyzet, illetve deprivációs hatás idézheti elő a személyiségfejlődési

anomáliát, így a korai kötődési zavarnak a későbbi életkorokban súlyos pszichopatológiai következményei lehetnek. Bagdy Emőke (1977) az anya-gyermek kapcsolatának zavarai között a következőket sorolja fel: a gyermek teljes mértékű elutasítása, az anyai szerepre való éretlenség, a túlzott mértékű aggódás, valamint a nagyon ambivalens nevelési viszonyulás.

A DSM-IV (1995) klinikai diagnosztikai kritériumrendszer a szociális interakciókban visszatérően észlelhető fejlődésileg nem adekvát viselkedés alapján, az 5 éves kor előtt jelentkező tünetek figyelembevételével a reaktív kötődési zavar két alcsoportját különbözteti meg: a gátolt és nem gátolt formát. A túlzottan gátolt gyerekek szélsőségesen elkerülők, illetve ellentmondásos módon viszonyulnak társaikhoz vagy a felnőttekhez. A gátlástalanul viselkedő gyerekeknél a válogatás nélküli ragaszkodás és a tartós elköteleződés hiánya figyelhető meg.

Zsolnai Anikó (2001) a leggyakrabban előforduló kötődési rendellenességek között a szorongásos kötődést és a dependens kötődést említi meg. Az anya hiánya szorongásos kötődést eredményezhet, míg az anya elérhetetlensége és túlságosan védőóvó attitűdje függőség kialakulását. A szorongóan kötődő személyek kapcsolataikban, tárgyválasztásaikban bizonytalanok, a túlságosan dependens személyek pedig önállótlanabbak, az átlagosnál nagyobb mértékben függnek másoktól.

Gervai Judit (1997) kiemeli, hogy a kötődési zavar „a kisgyermek biztonságérzetének általános és mélyreható” zavara, amelynek előidézői a súlyos elhanyagolás, a durva bánásmód, illetve a gondozók gyakori cserélődése. Ezt a diagnózist fontos elkülöníteni, más hasonló tüneteket is mutató betegségektől. Három típusa írható le a kötődési anomáliáknak:

/1/ a kötődés teljes hiánya,

/2/ az indiszkriminánsz kötődés,

/3/ valamint a gondozó és gyermek szerepcseréje.

Első esetben erős stresszorra, szeparációra sem váltódik ki a kötődési készség, a kisgyermek visszahúzódó, nem közeledik az ismerős személy felé. Az indiszkriminánsz viselkedésnek legfontosabb sajátossága a szelektivitás hiánya, amikor a kisgyermek rendszeresen elhagyja a felnőttet, elkóborol és veszélyes helyzetekbe sodorja magát, gyakran testi épségét veszélyeztetve ezzel. Szociális viselkedésére egyfajta gátlástalanság jellemző, válogatás nélkül barátkozik, akár teljesen idegen emberekkel is.

A harmadik típusú kötődési rendellenesség olyan családban fordul elő, ahol felcserélődnek a szerepek és a gyermekre hárulnak az alapvető szülői feladatok. Ilyen esetben a gyermek gondoskodik a felnőttről, vagy éppen ellenkezőleg: ő követel, parancsol, és irányítja a felnőttek életét, de az is előfordul, hogy a szülők saját gyermeküktől várják a vigasztalást.

Zilberstein (2006) átfogó jellegű rendszerezése szerint a kötődési zavarok etiológiájában olyan tényezők találhatók meg, mint a helytelen szülői bánásmód (elhanyagolás, bántalmazás, szenzitivitás hiánya), a szülő patológiája (pszichés megbetegedések), a gyermek személyisége és fejlődési eltérése (temperamentum, bizonyos személyiségjegyek, éretlenség), valamint az elégtelen családi környezet (korai depriváció, adoptálás, intézményes nevelés). Megállapításait az alábbi forrásokból származó adatok alapozták meg: /1/ örökbefogadott, nevelőszülőkhöz került árvaházi gyerekek életútját követő vizsgálatok eredményei, /2/ kapcsolat-terapeuták beszámolói, /3/ illetve a reaktív kötődési zavarok klinikai szempontú elemzésének következtetései.

5.2. A gyermekvédelmi ellátásban részesülő fiatalok kötődésrendszerének és nevelőikkel kialakult kapcsolatának elemzése

Változó gyermekvédelmi tevékenységek

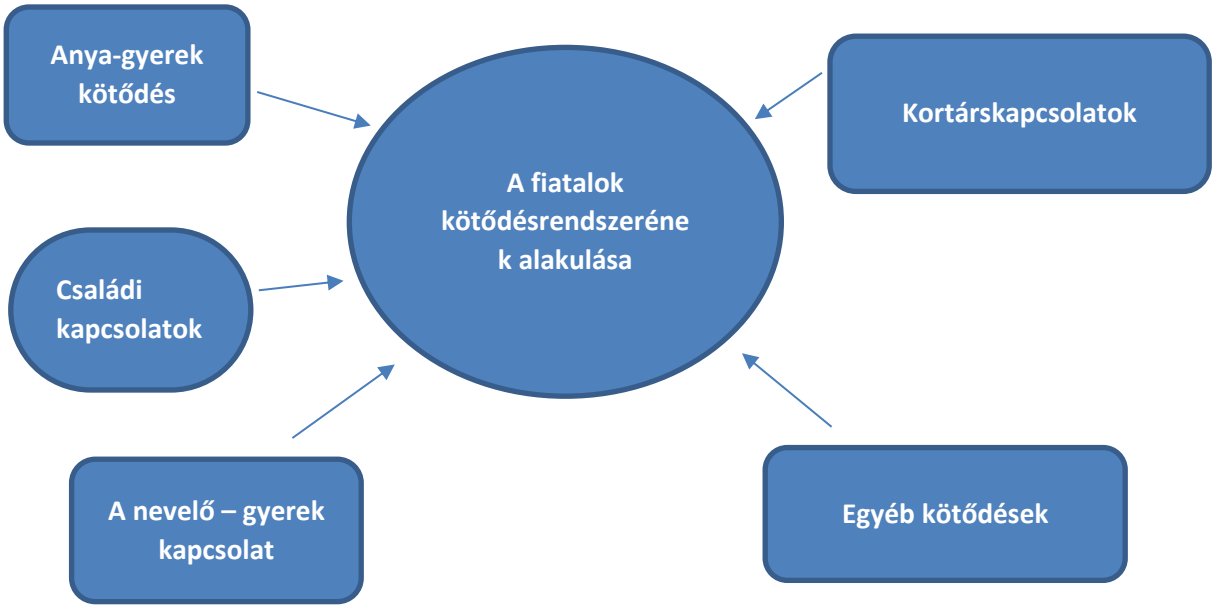
Az 1990-es évek második felétől indult el Magyarországon a gyermekvédelmi reformintézkedések következtében, a szerkezeti átalakulások között a nagyméretű nevelőotthonok kisebb létszámú közösségekké szerveződése. Ennek eredményeként az érintett fiatalok számára fejlődési szükségleteiknek jobban megfelelő családias ellátást igyekeznek biztosítani. Ebben az átmenetig tartó vagy hosszabb ideig elhúzódó, netán véglegessé váló helyettesítő szándékú gondozási-nevelési környezetben, a fiatalok számára meghatározó jelentőséggel bír az a személyes kötődésrendszer, amely egyrészt a családi élethez tartozóan áll rendelkezésre, másrészt pedig a gyermekotthoni környezet életterében szerveződik. A jelzett fiatalok fontos személyekhez fűződő kötődésrendszerén belül a gyermekotthoni nevelők és a fiatalok között alakuló kiegészítő gondozási-nevelési kapcsolat összetevőinek ismerete kitüntetett jelentőségű az aktuális pedagógiai tevékenységrendszer hatékonysága szempontjából, de a fiatalok személyiségfejlődésének, és társadalmi beilleszkedésének támogatása szempontjából ugyancsak meghatározható szempontokat tartalmaz.

Ma a családok legfontosabb szerepét a következőkben határozhatjuk meg: gazdasági elosztási funkció, támogató funkció, információszűrési és kezelési funkció, visszajelzési funkció, életcélt adó és identitást támogató funkció, referencia funkció, segítő funkció és regenerálódási-pihenési funkció (Vajda-Kósa, 2005). A családnak meghatározó szerepe van az önálló életre való felkészítésben, és alapvető mintákat közvetít a társadalmi viselkedéshez, a személyközi kapcsolatokhoz, valamint sorsdöntő az erkölcsi nevelés területén, a gyerekek világnézetének, értékrendszerének fejlődésében.

Ehhez kapcsolódva a gyermekotthonokra „családkiegészítő” szerep hárul. Ez a helyettesítő kisközösség különbözik a hagyományosnak mondott családtól, nem válthatja fel azt, ugyanakkor mégiscsak az említett családi funkcióikból vállalhat fel feladatokat, és kiegészíti azokat. A gyerekek nevelésében speciális beavatkozások történhetnek, amit a szakirodalomban nagyon gyakran pótló, helyettesítő, korrigáló és kiegészítő szocializációs-nevelési tevékenységekben jelölnek meg (Veczkó, 2007). De további speciális beavatkozások is eredményesek lehetnek (vö. Veczkó, 2007; Major-Mészáros,2007). A különböző szakmai kompetenciához tartozó beavatkozások a szorosabb interperszonális kapcsolatok révén érvényesülnek. A gyermekgondozók nem apa-,anya- vagy nagyszülő modellek, hanem nevelők és szakemberek, akik a munkahelyükön elsősorban szakmai szerepelvárásoknak tesznek eleget. Személyiségükkel dolgoznak, a rájuk bízott különböző életkorú és nemű gyermekek családkiegészítő ellátásában felnőtt mintát nyújtanak, valamint gondozó-nevelő és korrekciós-terápiás tevékenységet végeznek.

Az érintett fiatalok teljes szociális kapcsolatrendszerében a gyermekotthonon kívüli és a gyermekotthonon belüli társas mezőben, a bentlakásos otthonban dolgozó felnőttekkel kialakított viszony központi helyet foglal el. A nevelőkhöz fűződő érzelmi kapcsolatok, a felnőttek és a gyerekek közötti kötődések tartalmi sajátosságai befolyásoló erőként, lényeges hatást fejthetnek ki további életük alakulására. A befolyásoló folyamatban a hatások tehát nemcsak az átmeneti ellátás idejére vonatkozhatnak, hanem a későbbi életszakaszra is. Ebben a környezetben összetett személyi hatások érvényesülnek. Az intézmény belső, gyerek-felnőtt és gyerek-gyerek kapcsolathálója meghatározó, de a családirokonsági kötelékek, az iskolai közösség, egyéb szabadidős csoportok, valamint a gyermek gondoskodásában visszatérően jelen lévő emberek ugyancsak markáns személyiségalakító szereppel bírnak.

A korai kötődéselméleti ismeretek, a szignifikáns személyekhez vonzódás jellemzőinek az áttekintése, a kortárscsoportok és a globális társkapcsolati struktúra szerveződési és fejlődési törvényszerűségeinek az ismerete, valamint a nevelőkhöz fűződő érzelmi viszonyulás sajátosságainak az elemzése, együttesen vezethetnek el az érintett fiatalok szociális kötődésrendszerének az értelmezéséhez.



7.. ábra. A gyermekotthonban élő fiatalok társas kötődésrendszerének összetevői[8]

A gyermekvédelmi bentlakásos intézményrendszerben nevelkedő fiatalok kötődésrendszerének alakulásában szerepet játszó tényezők

A gyerekek fejlődését önálló szakmai kompetenciával rendelkező szakemberek kísérik figyelemmel. A formális szerveződés fokozatosan átalakul a személyek bensőséges, kölcsönös egymás iránti elköteleződésének rendszerévé. Ennek megvalósulási mértéke a kommunikációban, a szociális szükségletek kielégítésében, az egyén stabilitásában, biztonságérzetében és a motivációban jut kifejeződésre. Az informális struktúra a rokonszenvi alapon szerveződött, önként választott interperszonális kötődések hálózatát jelenti, ami meghatározza a nagyobb intézményi közösségen belül a kisebb társulásokat.

Mindenekelőtt a korai időszak változásai, a biztonságot jelentő szülői jelenlét és a stabil családi szervezet hiánya határozza meg, illetve módosítja a gyerekek későbbi társas életmódját. A rossz gazdasági-kulturális, és olykor kedvezőtlen szociális-pszichés hatások mellett a bizonytalan korai családi kapcsolatok jelentősen veszélyeztethetik az egészséges személyiségfejlődést. Ezek a hatások rendellenes kötődésekhez vezethetnek, és a későbbi életkorokban súlyos személyiségfejlődési anomáliákat okozhatnak. A tartósan állami nevelt gyerekeknél gyakran megfigyelhetők a kötődési zavar tünetei (Zilberstein, 2006). A gyerekek válogatás nélkül igyekeznek közel kerülni az emberekhez. Teljesen idegen személlyel képesek úgy viselkedni, mint a közeli hozzátartozójukkal. Ugyanakkor más esetekben, hiányozhat az elköteleződés, a tartós ragaszkodás igénye. Bármennyire szeretnének, mégsem tudnak bensőséges, bizalmas kapcsolatokat kialakítani. Nemcsak a felnőttekkel nem sikerül elfogadtatniuk magukat, hanem a kortársak között sem. Olykor az életkoruktól elvárt szociális viselkedési színvonaltól jelentősen elmaradnak, illetve nem ritkán az is megfigyelhető, hogy mind a felnőttekhez, mind a gyerektársakhoz fűződő viszonyukat infantilizmus, ambivalencia, valamint zavarodottság jellemzi.

[8]Zsubrits A. (2012). A kapcsolat, mint esély - A gyermekvédelmi intézményekben élő serdülőkorú fiatalok kötődésrendszerén belül a nevelőkkel kialakult kapcsolat összetevői - Doktori (Ph.D) értekezés 58. oldal https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15284/zsubrits-attila-phd-2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

A kötődési anomáliák hátterében megtalálható összetevők között szerepelhet az anyai gondoskodás elégtelensége, vagy anya megfelelő kötődési képességének hiánya. Gyermekvédelmi intézményekben felnőtt nőknél gyakran tapasztalható, hogy gyermekük neveléséhez nem rendelkeznek olyan érzelmi viszonyulásokkal, amelyek biztosítanák a korai ellátáshoz szükséges feltételeket. Úgy tűnik személyes gyermekkori emlékeiket, intézeti élményeiket nem tudják eredményesen felülírni. Így sokkal nagyobb kihívást jelent gyermekük gondozása. Konkrét kutatásokban is azt találták, hogy gyermekvállalásuk éretlenül történik, nem rendelkeznek tartós párkapcsolattal, nagyobb arányban hagyják el saját gyermekeiket, akiket aztán szintén állami intézetben helyeznek el (Vajda-Kósa, 2005). Inkább jellemző rájuk az intoleráns viselkedés, az együttműködés hiánya és a túlérzékenység. Más vizsgálatok is arról számolnak be, hogy a szüleiktől elszakított gyerekek hiába kerülnek tartós vagy átmeneti jelleggel nevelőszülőkhöz, felnőttkorukban mégsem tudnak elköteleződni, mély kapcsolatokat kialakítani. Általános érvényű személyiség-fejlődéspatológiai törvényszerűség, hogy minél korábbi időszakban történik a zavar, annál komolyabb rendellenességhez vezet. Az anya-gyermek kapcsolatban bekövetkező kedvezőtlen változások súlyos következményekkel járhatnak. René Spitz egyfajta kórházi ártalomnak: „hospitalizmusnak” nevezte el azt a jelenséget, amikor szélsőséges esetben, a kisgyerekeknek az elégtelen személyes kötődés hiányában eltérően fejlődik a személyiségük. A szeretethiány közvetlen következménye olyan tünetekben mutatkozik meg, mint a sztereotip mozgás, a vesztibuláris öningerlés, az érdektelenség és apátia, az abnormális szociális viselkedésformák, a fokozott agresszív késztetés és a különböző funkciókban megnyilvánuló retardációk (Mönks-Knoers, 1998). Az érzelmi megfosztottság későbbi életkorban jelentkező következménye pedig nem ritkán a pszichopátiás személyiségzavar, amikor az egyén nem képes elfogadható módon a társadalomba beilleszkedni.

Az élet első szakaszában az anya vagy az őt helyettesítő gondozó hiánya jelentős rizikófaktort jelent, ugyanakkor a későbbi környezeti hatások, egyedi körülmények együttesen változást hozhatnak. Például a gyermekkorukban elutasított anyák, akiknél tehát nem alakult ki az optimális kötődés, abban az esetben szoros kapcsolatot tudtak létesíteni saját gyermekükkel, ha átértékelték egykori családjuk magatartását. De az anya gyermekkori elutasítását saját kiegyensúlyozott házassága is kompenzálhatja.

Azonban a korai biztonságos kötődést későbbi életesemények (családi konfliktus, válás, új testvér születése) ugyancsak megváltoztathatják (Vajda, 1999). Más tanulmányok és kutatási eredmények szintén amellett érvelnek, hogy a korai kötődési mintázat ellenére a későbbiekben módosulások történhetnek, a kapcsolatokban szerepet játszó komplex hatások miatt (Crowell-Treboux, 1995; Gervai, 1997).

Ha mindenképpen elkerülhetetlen a család elhagyása, tekintettel kell lenni arra, hogy a növekvő gyermeket sokkal kevesebb károsodás éri, ha az első életév után kerül sor a családból való kiemelésre. Ebben az a szempont játszik szerepet, hogy az elsődleges kötődés élménye sorsdöntő erővel bír, ezért ezt a személyiségfejlődésben kitüntetett jelentőségű folyamatot támogatni kell. Ezt követően azonban, minél hamarabb biztosítani kell az új személyhez kötődés lehetőségét. Egyes megállapítások szerint csak abban az esetben valószínűsíthető az egészséges személyiségfejlődés, ha ez még 3 éves kor alatt megtörténik (Ranschburg, 1998).

Más tanulmányok azt erősítik meg, hogy a nevelőszülőkhöz került gyerekek sokkal nagyobb arányban szenvednek valamilyen fejlődési rendellenességben. Kimutatták például, hogy a 6 hónapos korukig örökbe adott gyerekek fejlődési rendellenességi kockázata ugyan kisebb, de még így is kétszer nagyobb, mint a saját családjukban nevelkedő gyerekeké (Howe-Fearnly, 2003). Megfigyelhető továbbá, hogy a csecsemőkorban adoptált gyerekek gyorsabban korrigálják fizikai, érzelmi és lelki fejlődésbeli lemaradásukat, mint az idősebb korban nevelőszülőkhöz került gyerekek, akiknél gyakrabban fordulnak elő visszatérő viselkedési és érzelmi problémák.

Véleményem szerint a gyermekotthonokban élő fiatalok szociális rendszerének alakulását további tényezők szintén befolyásolhatják. Így például a gyermek családból való kiemelésének ideje; a helyettesítő

gondoskodás terjedelme; a szülők és vér szerinti rokonok vagy nevelőszülők felelősségvállalási szándéka a gyermek gondozásában-nevelésében, illetve a vele való kapcsolatápolásban; a testvérekkel való kapcsolattartás lehetősége; valamint a gyermek életébe belépő új felnőttek és fiatalok kötődést biztosító magatartása.

A szülőkkel, rokonokkal és testvérekkel meglévő kapcsolatok fenntartása jogos igénye a gyermekotthoni gyerekeknek. Ugyanakkor a családtól való eltávolodás, vagy a végleges elszakadás, döntően átírhatja a családtagokkal kialakított kapcsolat sajátosságait: azok számát, tartalmát. Súlyos konzekvenciái lehetnek például, ha nem tisztázottak határozottan a gyermek viszonyulási keretei, annak tartalma a vér szerinti szülőkhöz vagy nevelőszülőkhöz, illetve a gyermekotthoni nevelőkhöz. A család bizonytalanságban ringathatja, és kilátástalanságba sodorhatja a gyermeket, ha az egyszer már véglegesnek kihirdetett elszakadás után különböző időpontokban, teljesen rendszertelenül, újból közelíteni, majd esetleg ismételten távolodni próbál. Sajátos kapcsolatszerveződéseket figyelhetünk meg a felbomlott családból érkező gyerekeknél, akik egyszerre tartoznak eltérő kisközösségekhez. Az anya és apa következő párkapcsolatával teljesen új személyek, például féltestvérek felbukkanása átalakíthatja az addig megváltoztathatatlannak hitt családi kapcsolatrendszert. Valamelyik családtag hiánya, a gyermeket egyedül nevelő szülő, szintén eltérő kötődési feltételrendszert teremt.

A gyermekotthonokban különböző életkorú, és eltérő ideig együtt nevelkedő gyerekek közössége sajátos társulási feltételt kínál az újonnan érkezők számára. Bár az átmenetileg tartó helyettesítő ellátás és az állami ellátás minél előbbi megszüntetése lenne a cél, legtöbb esetben mégsem kerülhet sor arra, hogy a gyerekek rövid időn belül visszatérjenek saját családjukhoz. Így elmondható, hogy a gyermekotthonok közössége nagyon gyakran tartós szociális mikrovilágot jelent számukra, amit egészen sajátos belső törvények igazgatnak. Az életkori sajátosságok, a szociális fejlődési jellegzetességek mentén figyelhetők meg az ideiglenes otthonon belül a gyermekkori kötődések, ahol a szubjektív társválasztási igények jutnak leggyakrabban érvényre. Emellett pedig a testvérkapcsolatok erősítése szintén fontos szempont lehet. A nevelők akkor járnak el helyesen, ha ezeket a szempontokat akceptálják. Azonban hatékony megoldásmódokkal is rendelkezniük kell a káros, veszélyt jelentő kapcsolatok felismeréséhez, kezeléséhez. A vegyes életkorú gyerekközösség egyik sajátossága, hogy nem érvényesülhetnek az eltérő szociális fejlődési igények. További gond, hogy a nagyon eltérő korosztályok találkozása sok olyan problémát a felszínre hoz, amit csak nagyon nehezen, vagy egyáltalán nem lehet kezelni.

Pubertáskorban a meglévő problémák csak tovább fokozódnak, amelyek a társulási viselkedésekben is kifejeződnek. A serdülőkor szociális szerveződéseit jelentősen befolyásolhatják a különböző értékeket közvetítő szubkulturális csoportok. A társadalmon belüli réteghelyzet sajátos kötődési rendszert eredményez: a hasonló gazdasági-szociális státusszal rendelkező csoportok között jön létre kapcsolódás. A gyermekotthonok olyan társulásoknak kedveznek, melyekben a résztvevők veszélyeztetettek, védelemre szorulnak. A gyermekotthoni intézményen kívüli szabadidős találkozások is gyakran ilyen irányultságúak. Mégis, az intézményeknek a szegregálás helyett a minél előnyösebb társadalmi integrációt szükséges támogatniuk, amely részben a gyerekek külső kedvező hatású közösségekkel való találkozásával valósulhat meg.

Mindazonáltal kihangsúlyozható a kisebb létszámú, családias lakóotthonok kedvezőbb feltételrendszerének szerepe is. Az elvégzett vizsgálatok egyértelműen igazolják, hogy a több gyereket ellátó gyermekotthonnal szemben, inkább a lakásotthon biztosíthatja az előnyösebb életkörülményeket (Rákó, 2010). Ez az otthont nyújtó ellátási forma inkább eredményezi az aktívabb munkatevékenységet, a fiatalok nagyobb mértékű önállóságát. A lakásotthonokban élő gyerekek elégedettebbek az elhelyezési körülményeikkel, a nevelők viszonyulásával, valamint gazdagabb szociális kapcsolatrendszerrel rendelkeznek.

A gyermekotthoni nevelő és a nevelésben részesülő gyerekek között szövődő kiegészítő kapcsolat értelmezése

A családjuktól elszakított fiatalok hátrahagyva otthonukat, gyakran tartósan, de akár véglegesen is elszakadnak vér szerinti családtagjaiktól. A gyermekotthonban voltaképpen nem marad más lehetőségük, mint azokkal a személyekkel megfelelő kapcsolatot kialakítani, akik fogadják őket. Ezért a különböző ideig tartó átmeneti kapcsolatok, egyben utolsó esélyt is jelenthetnek számukra a tekintetben, hogy mennyire sikerül a perszonális kapcsolatok hálójában megkapaszkodniuk, és tovább haladniuk voltaképpen a társadalmi beilleszkedés útján. Így igazán nem mindegy, hogy a felnőttek és a gyerektársak gyűrűjében, milyen lehetőségeket találnak, milyen élményekhez jutnak.

Már a kezdetektől elutasíthatják, vagy befogadhatják őket. A felnőttek hosszabb időn keresztül bizalommal fordulhatnak hozzájuk, vagy visszaélhetnek a gyerekek helyzetével, és legrosszabb esetben kiszámíthatatlan, hol elfogadó, hol pedig elutasító kötődési lehetőséget biztosítanak. Annak ellenére, hogy a kötődés – pszichopatológia kapcsolatának kutatási eredményei determináló jövőképet vetítenek előre (pl. Fonagy-Target) -, a nevelők számára mégis fontos feladat lehet, a gyerekek korai kötődési rendellenességének átértékelésében való közreműködés. A felnőtteknek mindenképpen arra kell törekedniük, hogy megfelelő kötődési lehetőséget teremtsenek a gyerekek számára. Gyakran tapasztalható, hogy a nevelésbe került fiatalok ellentmondásos módon kötődnek saját családjukhoz és a gyermekotthonhoz, továbbá érzékelhető, hogy ez a kettősség jelentős érzelmi feszültséget okoz bennük. A konfliktusok elmélyülésének hátterében rendszerint az található, hogy a családból hozott minták erősen különböznek, és egyben ellenállnak a kedvezőbb értékeket közvetítő nevelési szándéknak (Berczik, 1998). A családi tapasztalatok élményei végig megmaradnak a gyermekotthonban tartózkodás ideje alatt, sőt a későbbi életkorban is elsősorban a család értékrendje szolgál iránytűként. A felnőtteknek erre figyelni kell, hogy a segítségnyújtásuk valóban sikeres lehessen.

Mindazonáltal a gyermekvédelmi területen dolgozó nevelőnek a kiegészítő kapcsolat minél eredményesebb alakulása érdekében az alábbiakat is biztosítania kell: a fiatalok igényeihez igazodó kommunikációs szituációkat, valamint az életkori fejlődés során tapasztalható kötődési változások szorongásainak enyhítését elősegítő helyzeteket. Jóllehet a pedagógiai-pszichológiai kutatások kiemelik a pedagógiai kapcsolat pozitív alakulása szempontjából a pedagógusok, nevelők kívánatos és hatékony személyiségtulajdonságait, vagy sikeres nevelési stílusát, attitűdjét, illetve beszélhetünk „elég jó” nevelői viszonyulásról is, mégis ezeket kiegészítve további aspektusokat tekinthetünk át.

A helyettesítő nevelési kapcsolat értelmezéséhez mindenképpen ide tartozik annak a teóriának a figyelembevétele, amely alapján a gyermekotthoni nevelő és a gondozott gyerek közötti kötelék életben maradását segítheti elő a gyermekotthoni „mentor-rendszer” (Major-Mészáros, 2007). Ez az elképzelés a gyermek és felnőtt érzelmi-bizalmi alapú kötődésének alakulásában egyszerre veszi figyelembe a spontán és a tudatos összetevőket. A felnőttnek nem szabad mindenáron saját személyiségét ráerőltetnie a csoportjába érkező gyermekre, hanem kellő időt hagyva meg kell várnia, míg a gyermek elfogadja az új helyzetet, és érzelmileg elköteleződik az egyes személyek mellett. Tehát részben a gyermek választhatja ki az új környezetben azt a felnőttet, akivel szorosabb kapcsolatot akar kialakítani.

Azonban az életkori jellemzők és az adott aktuális szociális környezeti feltételek szintén formálhatják, megváltoztathatják a ténylegesen létező kapcsolatokat. A kisgyermekeknél egészen más szempontok befolyásolják ezt az interperszonális folyamatot, mint például a serdülőknél. A bontakozó gyermek-felnőtt kötődésben nyilván nem hagyható figyelmen kívül a gyermek múltbéli történéseinek fokozatos megismerése, illetve a jövőbeni lehetőségek tervezése sem. A módszer által a felnőtt felelősségvállalása is ellenőrizhetőbb módon nyilvánulhat meg. Az így bontakozó kapcsolat lehetővé teszi azt is, hogy a nevelő hosszabb ideig kövesse a gyermek életútját az intézményben. De további feladatokat is teljesíthet. Például

mediátori szerepet vállalhat fel a különböző szakmai tevékenységeket végző emberek, intézmények, illetve a gyermekotthon és a család között.

A gyermekotthoni nevelők a különböző korú gyerekekhez viszonyulásában lehetnek eltérések, ugyanakkor a felnőtteknek mindig ügyelniük kell arra, hogy nem a saját gyermekükről gondoskodnak. Különösen a kisgyerekeket gondozó-nevelőknek szükséges ezt átgondolniuk. Ellenkező esetben téves igények alakulhatnak ki a növendékben, amelynek következményeként frusztrációk ébredhetnek mind a gyermekben, mind pedig a felnőttben. A munkáját lelkiismeretesen végző nevelő gyakran bűntudatot élhet át, amiért nem tud megfelelni az önmaga gerjesztett elvárásoknak, és heves nyugtalanságba, türelmetlenségbe vagy akár agresszivitásba is torkollhat a viselkedése (Falk, 1977).

Ezen túl a kisgyerekekkel foglalkozó nevelőknek különösen fontos figyelniük a „személy állandóság” elvének gyakorlatban történő megvalósítására. Csak a minél hosszabb ideig tartó rendszeres, kiszámítható együttlétek idézhetik elő a személyes kapcsolat erősödését. Ezzel szemben a nevelők gyakori cserélődése tovább súlyosbítja a gyerekek bizonytalanságát.

A már kialakult kapcsolat várható megszakításakor ugyancsak körültekintően kell eljárni. A gyermeket időben felkészítve, előre megtervezett lépésekkel, fokozatos távolodással tudunk csak hozzájárulni az elszakadási élmény, minél sérülés mentesebb feldolgozásához. A helyettesítő-kiegészítő gondozásra szoruló gyermek érdekét leginkább az szolgálja, ha a gyermekvédelem egyes szereplői nem próbálják kizárólagosan birtokolni, kisajátítani maguknak, hanem szakmai kompetenciájuknak megfelelően, mindvégig a család és a gyermek védelmében, illetve a gyermek személyiségének egészséges fejlődéséért tesznek lépéseket (Herczog, 1997). Mindazonáltal a gyerekekkel foglalkozó felnőtteknek, nevelőknek és szakembereknek figyelembe kell venni a szakmai kompetenciahatárokat is.

A fentebb említett tényezők, okok vezetnek a gyakori és magas számú engedély nélküli eltávozásokhoz, melynek kezelésre külön eljárásrend vonatkozik. A jogszabályok által meghatározott feladatokat a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet, valamint a szociális és gyermekvédelmi intézményekben bekövetkező rendkívüli eseményekkel kapcsolatos intézkedésekről és a jelentés rendjéről szóló Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság 27/2018. (XI.19.) számú SZGYF szabályzata rögzíti.

6. A beilleszkedés segítése, elfogadás, befogadás, hazagondozás

Összefoglalás: A családból való kiemelés döntő, nemritkán traumatikus változást hoz az érintett gyermek életébe. Az újonnan érkező gyermek fogadására mind a gondozó- nevelő szakembereket, mind a gyermekközösséget fel kell készíteni. Az újonnan gondozásba vett gyermeket - sajátos helyzetére tekintettel - kiemelt bánásmódban kell részesíteni. A közös cél az, hogy az új gondozási helyen a befogadás a gyermek számára a lehető legoptimálisabban, zavartalanul történjen.

Cél: A gyermekvédelmi szakembereknek a befogadás, a döntés-előkészítés, a sorsrendezés során gyakorolt munkaformáinak bemutatása és támogatása

Kulcsszavak: Befogadás – Elfogadás – Beilleszkedés elősegítése - Hazagondozás

Tanulást segítő kérdések: Milyen lépéseket tesz meg a segítő a gyermekek befogadása érdekében? Mire ügyeljenek a befogadó intézmények munkatársai az ideiglenesen elhelyezett gyerekek vonatkozásában? Mit jelent az egyéni nevelési program és mik annak eszközei? Milyen tünetekre alapozzunk áldozatok felismerése során? Hogyan segíthetjük elő a hazagondozás folyamatát?

6.1. Befogadás

A befogadott gyermekek érdeke

A gyermekvédelmi szakellátásban mindenkor *a gyermekek jogait érvényesítve* igyekeznek eljárni a szakemberek. A családból való kiemelés döntő, nemritkán traumatikus változást hoz az érintett gyermek életébe. Látszólagos ellentmondást rejt, de jól érzékelteti a problémát, hogy a gyermek „legjobb" érdekeként definiálunk egy olyan döntést, ami kiszakítást, veszteséget jelent a gyermek életében. A gondozásba kerülő fiatalok, hátrahagyva otthonukat, gyakran tartósan elszakadnak vér szerinti családtagjaiktól, korábbi környezetüktől, barátaiktól, ismerős tárgyaiktól.

A gyermekvédelmi intézményekbe bekerülve voltaképpen nem marad más lehetőségük, mint hogy megfelelő kapcsolatot alakítsanak ki azokkal a személyekkel, akik befogadják őket. Ezek a kapcsolatok gyakran az utolsó esélyt jelenthetik a számukra abban az igyekezetükben, hogy sikerüljön az emberi kapcsolatok hálójában megkapaszkodniuk.

Befogadáskor a fiatalok szükségképpen bizalmatlanok új társaikkal, a felnőttekkel és a rájuk váró eseményekkel kapcsolatban, a bizalom kiépítése különösen nehéz feladat. Ebben az átmeneti időszakban kell sort keríteni arra, hogy a befogadott gyermekek megismerjék az *ellátás működésének rendjét, a jogaikat és a kötelességeiket, és* megfelelő *társas viszonyokat* alakítsanak ki környezetükkel.

A gyermekvédelmi szakembereknek a tervezés, a döntés-előkészítés, a sorsrendezés során folyamatosan szem előtt kell tartaniuk, hogy krízisben lévő, traumatizált gyermekek ellátásáról kell gondoskodniuk, akik úgymond akaratuk ellenére kapják a felnőttek által legjobbnak értékelt (ítélt) megoldást. Ez a körülmény jelentősen nehezíti a befogadók dolgát.

Törvényi szabályozás és nemzetközi előírások

A szakellátásban élő gyermekekről a gyermekek jogairól szóló, *New Yorkban 1989. november 20-án kelt Egyezmény* (továbbiakban: Egyezmény) a következő módon rendelkezik: „Minden olyan gyermek, aki ideiglenesen vagy véglegesen meg van fosztva családi környezetétől, vagy aki saját érdekében nem

hagyható meg e környezetben, jogosult az állam különleges védelmére és segítségére.” Az Egyezmény szerint a gyermekek alapjoga, hogy „szüleiktől, akaratuk ellenére ne szakítsák el őket”, kivéve, mikor „a jog úgy dönt, hogy az a legjobb érdekükben elkerülhetetlen”. Ez azt jelenti, hogy a *gyerekeket szüleiktől elszakítani csakis saját legjobb érdekükben* szabad, és arra csak indokolt esetben, a jogszabályok által előírt módon, tisztességes eljárásban kerülhet sor.

Az Egyezmény az állam különleges védelmét és segítségét rendeli el, és összhangban a nevelésbe vett gyermekek sajátos alapvető jogaival a Gyvt. 9. §-a, megállapítja, hogy a nevelésbe vett gyermek joga, hogy életkorához, egészségi állapotához igazodóan állandóságot, érzelmi biztonságot nyújtó teljes körű ellátásban, gondozásban, – nemzetiségi, etnikai és vallási hovatartozását figyelembe vevő – megfelelő nevelésben, oktatásban és érdekei érvényesítésére megfelelő törvényes képviseletben részesüljön.

A dokumentum kitér arra is, hogy a gyermeknek joga van arra, hogy gondozási helyének megváltoztatását, gyermekével vagy testvéreivel való együttes elhelyezését kezdeményezze. A megnevezett jogok közé tartozik, hogy a gyermek felzárkóztató, tehetségfejlesztő programokon és érdeklődésének megfelelő szabadidős foglalkozásokon vehet részt.

Az Egyezménynek megfelelően a befogadott gyermeknek joga, hogy vallási vagy lelkiismereti meggyőződését szabadon megválassza, kinyilvánítsa és gyakorolja, valamint hit-és vallásoktatásban vegyen részt. A jog lehetővé teszi a gyermek számára, hogy véleményt nyilvánítson a részére biztosított nevelésről, oktatásról, ellátásról, a személyét érintő kérdésekben meghallgassák, tájékoztassák, érdekei képviseletére gyermekönkormányzat létrehozását kezdeményezheti.

A nemzetközi Egyezmény garantálja, hogy a gyermek támogatást kapjon gondozójától, törvényes képviselőjétől a családi környezetébe való visszatéréséhez, illetve a családi környezetébe való visszatérését kezdeményezze. Kimondja továbbá, hogy biztosítani kell számára azt, hogy személyes kapcsolatait ápolhassa, a személyes tulajdon szokásos tárgyaihoz fűződő jogait gyakorolhassa és utógondozásban részesüljön.

A befogadás protokollja a hazai gyermekvédelmi intézményekben

Az újonnan érkező gyermek fogadására mind a gondozó- nevelő szakembereket, mind a gyermekközösséget fel kell készíteni. Az újonnan gondozásba vett gyermeket - sajátos helyzetére tekintettel - kiemelt bánásmódban kell részesíteni. A közös cél az, hogy az új gondozási helyen a befogadás a gyermek számára a lehető legoptimálisabban, zavartalanul történjen. Minden feltételt biztosítani kell ahhoz, hogy a gyermeknek módja legyen mielőbb megismerni az intézmény működését, a többi gyermeket és a személyzetet.

A befogadás protokollja a következőket rögzíti:

1. A befogadási folyamat előkészítésének és megvalósulásának valamennyi érintett fél bevonásával kell megvalósulnia.
2. A gyám/nevelő az újonnan érkező gyermek befogadását megelőzően tájékoztatja a már ott élő gyermekeket az érkezés időpontjáról, felkészíti a közösséget az új gyermek érkezésére és együttműködésüket kéri a beilleszkedés megkönnyítéséhez.
3. A gyermeket a gyermekotthonban megfelelően előkészített, személyére szabott környezet fogadja. (Önálló, személyes terület biztosítása szükséges.)
4. A gyám (növendékügyi előadó, gyermekvédelmi ügyintéző, nevelő) a gyermek érkezésekor gondoskodik az iratanyag, a személyes tárgyak, eszközök leltár szerinti átvételéről.
5. A gyermekközösség által a befogadást segítő, közös csoportprogramot célszerű szervezni.

6. A gyermek fokozatosan ismerkedjen meg a gyermekotthon működésével, napi életével, szabályrendszerével, a gyermekotthon lakó és társadalmi környezetével.
7. A gyermek a beilleszkedés folyamata során lehetőséget kap autonómiája és önrendelkezése érvényesítésére. A gyermek saját kérésére vagy a szakszemélyzet megalapozott javaslatára kapjon ehhez segítséget, támogatást.
8. A gyám írásban értesíti a szülőt (hozzátartozót) a gyermek befogadásáról.
9. A gyám/nevelő intézkedik a gyermek egészségügyi vizsgálatáról, folyamatban lévő gyógykezelése folytatásáról.
10. A gyám/nevelő a gyermek bevonásával intézkedik a gyermek óvodáztatásáról, tankötelezettsége teljesítéséről.
11. A gondozási folyamat elején, az egyéni gondozási-nevelési terv elkészítéséhez a gyám a rendelkezésre álló dokumentumokból elkészíti a gyermek élettörténetét, amihez szükség szerint információt gyűjt (szülőtől, hozzátartozótól, korábbi gondozási helyről stb.).
12. A gyermek gyámja felveszi a kapcsolatot a gyermekjóléti szolgálat családgondozójával, és a kapcsolattartásra jogosult szülővel/személlyel, a gyermekkel kapcsolatos tervezési feladatok céljából.
13. A gyermekvédelmi gyám felveszi a kapcsolatot a gyermekjóléti szolgálat családgondozójával.
14. A gyermek gyámja megküldi a kitöltött „GH-1” adatlapot a gyermekjóléti szolgálat családgondozója részére.

A beilleszkedés lépései

A befogadó közösségek felkészítése

A befogadásra váró gyermekeknek, akik legtöbbször rossz pszichés állapotban vannak, feltétel nélküli elfogadásra, érzelmi támaszra és segítségre van szükségük. Akiktől a legtöbb segítséget remélhetik, azok *a befogadó szervezet munkatársai* és az őket *befogadó gyermekközösség*. Az eredményes befogadás érdekében ezeket a közösségeket is fel kell készíteni az új jövevény fogadására és segítésére. A segítségnyújtásnak számtalan módja lehetséges, ezek közül mindig a gyermek aktuális állapotának és helyzetének megfelelő megoldásokat kell választani.

Fontos, hogy a befogadást megelőzően mindig kerüljön sor *gyermekcsoport megbeszélésekre,* ahol fel kell készíteni a gyermekcsoportot újonnan érkezett társuk befogadására. A kortárs csoport sokat segíthet a beilleszkedésben. Biztonságot nyújthatnak, érzelmi biztatást adhatnak a kortárs csoportok tagjai már a befogadás első perceiben. A régi csoporttagok saját nehézségeiket újra átgondolva fokozódó empátiával fordulhatnak az új csoporttag felé, ami segít a kapcsolatok kialakításában, a gyermek ösztönös zárkózottságának oldásában. A már régebben ott tartózkodó gyermekek őszinte érdeklődése, spontán reakciói az információnyújtáson túl erősítik az érzelmi elfogadást és a megértést. Az ismerkedés és a tájékozódás segítése, a praktikus tudnivalók megosztása a közösséghez tartozás első lépéseinek megtételéhez is hasznos. Jó, ha a felnőttek mellett az intézményben élő gyermekek közül néhányan részt vesznek új környezet bemutatásában.

A befogadást minden esetben *esetmegbeszélés* előzi meg, ahol a szakemberek speciális felkészítésére is sor kerül. A szakmai teamnek a gyermekkel való első találkozása előtt ismernie kell a beutaláshoz vezető okokat, a gyermek jelenlegi helyzetét, családi kapcsolatait, a krízishelyzetet, amelyből és amiért a gyermek kiemelésre került a családjából. Csak mindezek ismeretében lehet megfelelően értelmezni, kezelni a gyermek reakcióit, és adekvát segítséget nyújtani a számára.

A befogadó otthon szakmai teamjeinek folyamatos készenlétben kell állniuk bármilyen személyiségállapotú, életkorú, szükségletű gyermek fogadására. Ez a körülmény sokoldalú szakmai felkészültséget, nagy tapasztalatot és a krízisintervencióban való jártasságot feltételez.

Személyre szabott gondozás és nevelés

A befogadás során nemcsak a gyermeknek kell megismerkednie az új környezet nyújtotta lehetőségekkel, hanem az őt körülvevő szakembereknek is meg kell ismerniük a gyermek képességeit, adottságait, személyiségét, annak érdekében, hogy hatékony fejlesztési lehetőségeket biztosító programot dolgozhassanak ki a számára.

A befogadó intézmények munkatársai az ideiglenesen elhelyezett gyerekek vonatkozásában is *egyéni nevelési programot* hajtanak végre, azonban éppen az átmeneti fázis miatt, nem készítenek egyéni fejlesztési tervet. Az egyénre szabott program elkészítésének előkészületei zajlanak ezekben az intézményekben, melynek során sor kerül a gondozásba vett gyermek és család alaposabb megismerésére, a problémák és a szükségletek feltérképezésére. Az egyéni fejlesztési programok a szakértői vizsgálatok alapján készülnek majd, amiben a befogadó intézmények is számottevő segítséget nyújtanak. Az így kialakult terv tartalmazza a szükségesnek ítélt terápiát, a megvalósításához szükséges időtartamot, a bevonandó személyeket és eszközöket, jelzi az esetleges külső kapacitások igénybevételének szükségességét.

Az *egyéni napirend* kidolgozása fontos eleme az egyéni gondoskodásnak és nevelésnek. Különösen igaz ez a személyiségzavarokkal küzdő, közösségellenes magatartást tanúsító, pszichoaktív szereket használó gyermekek esetében. A gyermekek kiegyensúlyozott fejlődése megkívánja, hogy minden egyes gyermeknek a közösségi napirend mellett egyéni, testre szabott napi programja legyen. Ha a fiatalok szellemi, lelki, testi energiái nincsenek lekötve, ha unatkoznak, akkor a deviáns cselekedetek előfordulásának gyakorisága megnőhet. A normális fejlődéshez szükség van a strukturált napirend és a szabályok felállítására, hiszen ezek alakíthatnak ki a fiatalokban belső tartást és önfegyelmet. Ugyanakkor tervezetten kell biztosítani azt is, hogy a gyermekek bizonyos időt egyedül is lehessenek.

Az *egyéni tanácsadás,* valamint az *egyéni és csoportos terápiás jellegű foglalkozások* szintén azt szolgálják, hogy a gyermekek beilleszkedése sikeres legyen. Ezek a lehetőségek azt szolgálják, hogy a gyermek őszinte visszajelzést adhasson, kialakuljon és tartalmassá váljon a dialógus közte és a szakemberek között. Ennek keretében történhet meg a gyermek értékelése, az elért eredmények visszacsatolása. Rendszeres időközönként biztosítani kell a gyermeknek, hogy a fejlődésével kapcsolatban egyéni találkozók formájában beszélgessenek vele. Ez különösen fontos akkor, ha ügye elhúzódása miatt hosszabb időt kell a befogadó otthonban tartózkodnia.

A személyhez forduló, egyénhez szóló konzultációk során a gyermek visszajelzést kap a szakemberektől, hogy ők hogyan látják és értékelik helyzetét, fejlődését, élethelyzetének alakulását, tanulmányi előmenetelét, a gyermekközösségben és az otthonban elfoglalt helyét, szerepét. Arra kell törekedni, hogy valódi dialógus alakuljon ki, melynek során aktív véleményalkotásra ösztönözzük a gyermeket. Fontos, hogy életkorának és belátási képességének megfelelően képes legyen arra, hogy saját igényeit, meglátásait, kéréseit őszintén kifejezésre juttassa. A gyermeknek éreznie kell, hogy számíthat a szakemberek támogatására az elakadások és a nehézségek leküzdésében. A szakemberek feladata az, hogy a gyermek erőfeszítéseit, a képességéhez mért legkisebb teljesítményét is észrevegyék és mindig éljenek a dicséret, a jutalmazás és a pozitív megerősítés eszközeivel.

A kötődés erősítése a befogadó közösségekben

A gyermekeket befogadó felnőtteknek törekedniük kell arra, hogy megfelelő kötődési lehetőséget teremtsenek a gyerekek számára. Gyakran tapasztalható, hogy az átmeneti nevelésbe került fiatalok *ellentmondásos módon kötődnek* a saját családjukhoz és a befogadó közösséghez. Ez a kettősség jelentős érzelmi feszültséget okoz bennük. Konfliktusaik hátterében is rendszerint az áll, hogy a családból hozott

minták erősen különböznek, vagy sokszor szemben is állnak a pozitív társadalmi értékeket közvetítő nevelési szándékokkal.

A családi tapasztalatok élményei, az *elsődleges családi kötődés* fennmarad a gyermekotthonban való tartózkodás ideje alatt. Ezt természetesnek kell tekinteni, hiszen a gyermekek számára elsősorban a családjuk értékrendje szolgál iránytűként. A szakirodalomban számos olyan hivatkozással találkozhatunk, amely a kötődés – pszichopatológia kapcsolatának kutatási eredményeire hivatkozva determináló jövőképet vetít előre (pl. Peter-Fonagy), mégis fontos feladatuk a szakembereknek, hogy közreműködjenek a gyerekek korai kötődési rendellenességeinek átértékelésében és veszélyeztetettségük csökkentésében. A felnőtteknek tehát minden pedagógiai és pszichológiai eszközt fel kell használniuk annak érdekében, hogy megfelelő kötődési lehetőséget teremtsenek a gyermekek számára.

Az új helyre és helyzetbe kerülő gyermekek számára nem közömbös, hogy milyen lehetőségeket találnak, milyen élményekhez jutnak; hogy a kezdetektől elutasítják őket, vagy ellenkezőleg, bizalommal és barátságos érdeklődéssel találkoznak. Ha a felnőttek és a többi gyermek hosszabb időn keresztül bizalmatlan velük, vagy netán visszaélnek a helyzetükkel, annak hosszú évekre kiható következményei lehetnek. Hasonlóan rossz prognózisú az a magatartás is, ha kiszámíthatatlan, azaz hol elfogadó, hol pedig elutasító kötődési lehetőséget biztosítanak a gyermek számára. Minden esetben, de különösen az átmenet számukra nehezen feldolgozható helyzetében, arra kell törekedni, hogy a befogadó közösségek és elsősorban a felnőttek biztosítsanak stabil, biztonságos, kötődési lehetőséget kínáló környezetet.

Konfliktusok, bántalmazások, szökések

Kortársbántalmazás a befogadó közösségekben

Kortársbántalmazás bárhol előfordulhat, nem kivételek ez alól a befogadó közösségek sem. Bántalmazásnak, más néven bullyingnek vagy mobbingnak nevezik azt, ha valaki hosszabb időn át, ismétlődően, szándékosan bánt valakit. Fontos jellemzője a bántalmazásnak, hogy az áldozatok és az elkövetők között az erőviszonyok nem kiegyenlítettek, általában az idősebb a fiatalabbat, az erősebb a gyengébbet, az egészséges a fogyatékost bántalmazza. A bántalmazás formája lehet szóbeli, fizikai, szexuális vagy érzelmi. Bántalmazásnak számít a verés, az ütés, a rugdosás, a kiközösítés, a pletykálkodás, a molesztálás stb. Napjainkban elterjedt az interneten való zaklatás, a közösségi portálon lévő adatlapokkal való visszaélés vagy az e-mailen való fenyegetőzés.

A befogadott gyermekek speciális helyzetük, kiszolgáltatottságuk, átélt traumáik miatt különösen érzékenyek már a bántalmazás fenyegető jeleire is. Mivel keveset tudnak róluk, ezért könnyen célpontjai lehetnek a környező gyermekcsoportból érkező támadásoknak. Fontos, hogy a szakemberek tudják, hogy milyen tipikus helyzetek és állapotok lehetnek az erőszak forrásai és formái:

- Fogyatékosság miatti gúnyolás: egyes tulajdonságuk miatt nevetségessé teszik szokásait, beszédét, járását.
- Átlagostól eltérő viselkedés: arra céloznak, hogy nem normális, összebeszélnek mögötte; sértő hazugságokat terjesztenek róla; családját, körülményeit kritizálják, gúnyolják.
- Etnikai csoportja, vallása miatt támadják: cigány származását, vagy vallási hovatartozását gúnyolják, elítélően nyilatkoznak etnikai közösségükről, faji megkülönböztetésüknek adnak hangot.
- Fenyegetik szóban, írásban; fizikailag bántalmazzák; szexuálisan zaklatják: ezek a bántalmazás durva és sokszor már nyílt formái.
- Helyét, holmiját feldúlják, dolgait elveszik, tönkreteszik: folyamatosan ellehetetlenítik, zsarolják, élvezik a kiszolgáltatottságát és a tehetetlenségét.

- Megalázó vagy tiltott dolgokra kényszerítik.
- Állandóan félbeszakítják, lökdösik, mutogatnak rá.
- Nem beszélnek vele, kirekesztik, levegőnek nézik.

Az áldozatok felismerése

Az áldozatok felismerése nem mindig egyszerű feladat, mivel sokan szégyenükben nem beszélnek a bántalmazásról, illetve félnek a retorzióktól. A befogadás folyamatában lassan alakul ki a bizalmi viszonyuk a felnőttekkel, ezért előfordulhat, hogy a bántalmazott gyermekek tanácstalanok, nem tudnak kihez fordulni.

Fokozottan kell figyelniük a szakembereknek akkor, ha:

- ha gyermeken ismeretlen eredetű foltokat, sebeket látnak,
- ha a korábban nyitott gyermek zárkózottá válik, egyre többet van egyedül,
- nehezen alszik el, rémálmai vannak, bepisil éjszaka,
- feltűnően szorong, elkezdi rágni a körmét stb.,
- ha romlanak a jegyei és nem érdeklik az iskolával kapcsolatos dolgok,
- ha nem akar iskolába menni, fej- vagy hasfájásra panaszkodik, egyre többet betegeskedik,
- ha nincsenek barátai, nem hívják meg a közösségi akciókba.

A bántalmazás *áldozatainak* legfontosabb közös jellemzője a gyengeség és a szorongásos viselkedésminta. Az érzékeny, visszahúzódó, csendes gyermekek nehezen tudják magukat megvédeni erősebb társaikkal szemben. Énképük általában negatív, önértékelésük alacsony, rendszerint csúnyának, butának, szerencsétlennek tartják magukat. Nehéz megítélni, hogy ez a viselkedésminta a bántalmazás oka vagy következménye. *Zaklató áldozatoknak* az olyan fiatalokat nevezünk, akik noha áldozatok, de maguk is bántalmazzák valamilyen módon társaikat.

Az *elkövetők* általában ellenségesek, agresszívak és elfogadóak az agresszióval szemben. Önértékelésük megfelelő, énképük pozitív. Rendszerint idősebbek, erősebbek és dominánsabbak, mint áldozataik. A csoportban központi helyet foglalnak el, de arra is van példa, hogy éppen agresszív viselkedésük miatt kitaszítottak. A fiúk közül nagyobb arányban kerülnek ki a bántalmazók, rájuk a fizikai bántalmazás a jellemzőbb összehasonlítva a lányokkal. A lányoknál gyakoribb a közvetett, szóbeli agresszió, a kiközösítés és a lelki terror. Az ő esetükben a bántalmazás legtöbbször az azonos neműekre irányul.

A bántalmazásnak súlyos *pszichés és szociális következményei* lehetnek. Az áldozatok depresszióssá válhatnak, szenvedhetnek szorongásos betegségekben, de kialakulhat náluk poszttraumás stressz szindróma (PTSD) is. A bántalmazott fiatalok könnyen szerhasználóvá válhatnak, súlyosabb esetben öngyilkosok is lehetnek. Az állandó félelem olyan pszichoszomatikus tünetek megjelenését okozhatja, mint a fejfájás, a hasi panaszok vagy az álmatlanság.

A bántalmazott gyermekek nagyon gyakran nem tudják megvédeni magukat és arra sem képesek, hogy kilépjenek a bántalmazó helyzetből. A felnőttek beavatkozására feltétlenül szükség van a bántalmazás megakadályozásához.

A beavatkozás lehetőségei

A bántalmazás visszaszorítása lassú folyamat még akkor is, ha lehetőség van az azonnali intervencióra. A cél az, hogy mindenki ismerje fel, hogy zéró tolerancia érvényesül a bántalmazással szemben és a közösség minden tagja felelős azért, hogy biztonságos légkör uralkodjon. Áldozatnak és bántalmazónak egyaránt tudnia kell, hogy és az erőszak körforgása megszakítható és a bántalmazás nem marad titokban.

A beavatkozásra az áldozatsegítés alapelveit figyelembe véve kell sort keríteni. Ennek *első lépése mindig az áldozattal való támogató beszélgetés.* A gyermeknek tudnia és éreznie kell, hogy védelemre számíthat és mindent megteszünk a biztonsága érdekében.

A beavatkozás során igyekszünk fejleszteni az érintettek kognitív képességeit a témával kapcsolatos ismeretek átadása révén, hogy felismerjék, megértsék a problémát; a kívánt magatartásminták bemutatásával és az ehhez szükséges készségek fejlesztésével azt kell elérnünk, hogy a gyermekek képesek legyenek az elvárt irányba módosítani viselkedésüket. Fontos, hogy az áldozatok kapcsolati magatartása fejlődjön, képesek legyenek szövetségeseket találni a gyermekek között, képesek legyenek segítséget kérni a felnőttektől. Olyan pszichés képességek fejlesztésére is sort kell keríteni, amelyek a megküzdési és beilleszkedési hajlandóságukat javítja.

Második lépésként kerül sor a *bántalmazóval való konfrontatív beszélgetésre*, melynek nem a megtorlás és a büntetés a célja, hanem elsősorban az attitűdformálás és a jóvátétel. Fontos, hogy az elkövetők szembesüljenek tettükkel és annak következményével, tegyék jóvá korábbi cselekedetüket és a későbbiekben az elvárt módon viselkedjenek a mindennapokban.

Az esetkezelés *harmadik lépése a többi gyermek bevonása*, ami valamennyi gyermek biztonságérzetét erősíti. Fontos, hogy a gyermekek megtapasztalják, a felnőttek beavatkoznak a kritikus helyzetekbe, védelmet és biztonságot nyújtanak az áldozatnak, elutasítják a bántalmazást és megbüntetik a bántalmazót. Az áldozatok segítségkérő hajlandóságát növeli, ha pontosan tudják, hogy mi fog történni az őket ért bántalmazás jelzését követően.

A bántalmazás olyan új formája is megjelenhet intézményeinkben, mint a *cyber-bullying.* Ez a bántalmazási forma olyan szándékosan elkövetett, többször megismételt ártalmas cselekedet, amit elektronikus kommunikációs eszközök közvetítenek. A zaklatás történhet emailben, mobiltelefonon, online felületeken, például honlapokon, blogokban, netes játékokban, közösségi oldalakon. Az agresszió rendkívül változatos formákban nyilvánulhat meg: a fenyegető emailektől a kiközösítésig, rosszindulatú pletykák terjesztéséig számtalan formát ölthet.

A cyber-bullying merőben másfajta képességeket kíván és másfajta visszaélés, mint a hagyományos bántalmazás, de súlyos bántalmazásnak minősül. A technikai eszközök adta előnyöket felhasználva a bántalmazó és a bántalmazott is sajátos helyzetben van pl. nehéz a sértett érzelmeinek a megismerése, következésképpen a felismerés és a beavatkozás is; az anonimitás adta előnyök kihasználására tanít, így az elkövető védettnek érzi magát és nincs, ami visszatartsa tettének folytatásától; az áldozat folytonos kitettsége és kiszolgáltatottsága korábban nem tapasztalt mértékű stresszt halmoz fel. Fontos tehát, hogy a gondoskodás kiterjedjen a befogadott gyermekek online kapcsolataira is.

Az engedély nélküli eltávozások kezelése

A befogadás kapcsán nem kerülhetjük meg, hogy az engedély nélküli eltávozásokról is beszéljünk. A gyermekvédelemben dolgozók erőfeszítései ellenére előfordul, hogy a befogadott gyermek engedély nélkül távozik a befogadó intézményből, azaz megszökik. A szökésnek számtalan oka lehet, melyekre most nem térünk ki. Ezúttal inkább arra hívjuk fel a figyelmet, hogy a gyermekvédelemben dolgozó szakembereknek fontos teendőik vannak a szökés megelőzése tekintetében.

A szakemberek hozzáállása szökés esetén:

1. Fontos, hogy a gyermek érezze, hogy a feléje irányuló megértés, elfogadás a szökés után is fennáll, még ha az nem feltétlenül és minden esetben a cselekedeteinek szól, hanem elsősorban neki, mint embernek.
2. Tudnia kell a gyermeknek, hogy számára a befogadó intézmény folyamatos háttérsegítséget jelent.

3. A gyermeket meg kell győzni arról, hogy a szakemberek hisznek az ő fejlődésre, változásra való képességében, helyzetének, sorsának rendeződésében.
4. Megerősítheti a gyermek biztonságérzetét az, hogy a gyermekvédelmi szakemberek családi és személyes kapcsolataik ápolásához minden lehetséges segítséget megadnak.

A szakemberek elfogadó magatartása azért fontos, mert csak a barátságos, érdeklődő és együttműködésre kész nevelői attitűd lehet az alapja annak a munkának, amely során a gyermek szökésének okai feltárásra kerülhetnek és megszüntetésükkel a további cselekmények megelőzhetőek lehetnek.

Fontos továbbá, hogy szökés esetén a gyermekvédelmi szakembereknek együtt kell működniük azokkal a személyekkel, ahová a gyermek eltávozott (szülők, rokonok, baráti társaság stb.). A szökést nem lehet úgy büntetni, hogy a gyermek kapcsolattartása lehetetlenné váljon. Minden esetben biztosítani kell, hogy kapcsolatai mindenki számára elfogadható keretek között fennmaradjanak. A családdal, a szülőkkel való kapcsolattartás különösen fontos. A biológiai szülők együttműködésének teljes hiánya esetén, vagy az olyan kapcsolatok felszámolása érdekében, amelyektől a gyermeket óvni kell, indokolt lehet hatósági (gyámhivatal) közreműködést kérni, pl. a kapcsolattartás szabályozásának módosítása érdekében.

A nyitott, barátságos, együttműködésre kész nevelői attitűd nem mond ellent annak a szabálynak, hogy szökés esetén a befogadó intézmények a rendőrség kompetenciáját nem vállalhatják át.

A nevelő személyiségének hatása a gyermekek beilleszkedésére

Az elfogadás sikere jelentős mértékben függ attól is, hogy sikerül-e a felnőtteknek elkerülni azt a csapdát, hogy *saját személyiségüket ráerőltessék* az újonnan érkező gyermekre. Kellő időt hagyva meg kell várnia, míg a gyermek elfogadja az új helyzetet és érzelmileg *elköteleződik* az egyes személyek mellett. Hasznos ugyanis, ha a gyermek választhatja ki az új környezetben azt a felnőttet, akivel szorosabb kapcsolatot akar kialakítani.

Az életkori jellemzők és az adott aktuális szociális környezeti feltételek szintén formálhatják a gyermekek kapcsolatait. A kisgyermekeknél egészen más szempontok befolyásolják az interperszonális kapcsolatokat, mint például a serdülőknél. A bontakozó gyermek-felnőtt kötődésben nem hagyható figyelmen kívül a gyermek múltbéli történéseinek fokozatos megismerése, illetve a jövőbeni lehetőségek tervezése sem.

A nevelőknek a különböző korú gyerekekhez való viszonyulásában lehetnek eltérések, ugyanakkor a felnőtteknek mindig ügyelniük kell arra, hogy *nem a saját gyermekükről* gondoskodnak. Különösen a kisgyerekeket gondozó-nevelőknek szükséges ezt átgondolniuk. Ellenkező esetben téves igények alakulhatnak ki a növendékben, amelynek következményeként frusztrációk keletkezhetnek mind a gyermekben, mind pedig a felnőttben. A munkáját lelkiismeretesen végző nevelő bűntudatot élhet át, amiért nem tud megfelelni az önmaga gerjesztette elvárásoknak, ezért nyugtalanságba, türelmetlenségbe vagy akár agresszivitásba torkollhat a viselkedése.

A kisgyerekekkel foglalkozó nevelőknek különösen fontos figyelniük a „*személy állandóság" elvének* gyakorlatban történő megvalósítására. A hosszabb ideig tartó, rendszeres, kiszámítható együttlétek segíthetik a személyes kapcsolat erősödését. A nevelők gyakori cserélődése súlyosbítja a gyerekek bizonytalanságát, ezért egy már kialakult kapcsolat várható megszakításakor körültekintően kell eljárni. A gyermeket időben felkészítve, előre megtervezett lépésekkel, fokozatos távolodással tudunk csak hozzájárulni az elszakadási élmény minél sérülésmentesebb feldolgozásához.

A gondozásra szoruló gyermek érdekét leginkább az szolgálja, ha a gyermekvédelem szereplői nem próbálják őket birtokolni, vagy kisajátítani maguknak, hanem szakmai kompetenciájuknak megfelelően,

mindvégig a család és a gyermek védelmében, illetve a gyermek személyiségének egészséges fejlődéséért tesznek lépéseket. Mindazonáltal a gyerekekkel foglalkozó felnőtteknek, nevelőknek és szakembereknek figyelembe kell venni a szakmai kompetenciahatárokat is.

Számos pedagógiai kutatás eredménye erősíti meg, hogy a gyermekek beilleszkedését segítő folyamatban meghatározó szerepe van a nevelő pozitív személyiségtulajdonságainak és nevelési stílusának. A felnőtt - gyermek kapcsolat pozitív alakulása segíti a gyermekeket a változások elfogadásában és szorongásaik mérséklésében.

6.2. Hazagondozás

A hazagondozás célja

A hazagondozás alatt egy olyan tervezett folyamatot értünk, amelynek során a gyermekjóléti szolgálat, a gondozási helyek, valamint a szakszolgálat munkatársai más érintett szakemberekkel együttműködve segítik a gyermek visszajutását a vér szerinti családjába. A gyermek érdekében végzett olyan segítő tevékenységről van szó, amelynek keretében az alapellátás családgondozással, a szakellátás otthont nyújtó ellátással, szakszolgáltatással – a gyerek legjobb érdekei szerint –, tervezett folyamatban alkalmassá teszi a gyereket és a családot a gyermek visszafogadására. A gyermekjóléti szolgáltatás a gyermeket a családba történő visszatérése után a beilleszkedésben utógondozással segíti.

Ha a gyermek legjobb érdeke a családjába való visszakerülés, akkor a szakemberek közreműködésének is a hazagondozást kell szolgálnia. A hazagondozás részét képezi az a helyzet is, amikor a gyermek nagykorúságának eléréséig a gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedik, s csak ekkor térhet vissza családjába vagy kezdhet önálló életet, amiben a szakellátás utógondozással segíti, ennek külön része az otthonteremtési támogatás felhasználása.

A hazagondozással kapcsolatos törvényi rendelkezés nem számít az új törvények közé, hiszen már az 1997. évi XXXI. törvény, azaz *a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény* VII. fejezete megfogalmazza a legfontosabb célokat és alkalmazási területeket. Ennek értelmében, a gyermekvédelmi szakellátások egyik fontos célja, hogy a szakellátások keretében biztosítsa az ideiglenes hatállyal elhelyezett, a nevelésbe vett gyermekek otthont nyújtó ellátását, a fiatal felnőttek utógondozói ellátását, valamint a szakellátást más okból igénylő gyermekek teljes körű ellátását.

A törvény rendelkezik az otthont nyújtó ellátásokról, ezek keretében biztosítani kell az ideiglenes hatállyal elhelyezett, a nevelésbe vett gyermek számára a 45. § (1) bekezdése szerinti teljes körű ellátást; a családi környezetébe történő visszahelyezését előkészítő, családi kapcsolatainak ápolását segítő családgondozást; vagy ha az nem lehetséges, az örökbefogadásának elősegítését; illetve a családjába történő visszailleszkedéshez, a fiatal önálló életének megkezdéséhez szükséges utógondozást. Részletesen kitér a törvény arra is, hogy miként kell biztosítani a gyámhatóság által elrendelt utógondozói ellátás keretében a fiatal felnőtt számára az utógondozást.

A hazagondozást segítő tényezők

A hazagondozás rendkívül fontos láncszeme annak a folyamatnak, amely a gyermek legjobb érdekének érvényesítését szolgálja. Ebben a munkában egyenrangú felekként vesznek részt a gyermek, a vér szerinti család és a segítők. Minden résztvevőnek van feladata és felelőssége abban, hogy sikeres legyen a hazagondozás. A hazagondozás során az alábbiakra célszerű kiemelt figyelmet fordítani:

1. A bizalom és együttműködés kiindulópontja a szakemberek empatikus, előítéletektől mentes viszonyulása a gondozott gyermekhez és annak szüleihez. Ez a hozzáállás alapozhatja meg a szakmaiságon alapuló, segítő attitűdöt, ami nélkülözhetetlen a közös munkához.
2. Fontos az is, hogy a szakemberek munkájuk során megfelelő kommunikációs stílusban, nyugodt hangnemben, érthetően, a szülő számára világos kifejezésmódot használva kommunikáljanak a családdal és a gyermekkel. A legfontosabb kommunikációs üzenetük minden esetben az együttműködési szándék kifejezése és a gyermek zavartalan személyiségfejlődésének a biztosítása.
3. Világossá kell tenni, hogy a családi kapcsolatrendszer helyreállítása a cél, melyhez szükség van a szülők közreműködésére. Az együttműködést, a cél elérése érdekében, minél hamarabb meg kell kezdeni. Már a beutalást követően fel kell venni a kapcsolatot a szülőkkel, mert nem szabad, hogy kimaradjanak a gyermek gondozási-nevelési feladataiból.
4. A beutaláshoz vezető okok pontosítására minden esetben sort kell keríteni. A szülők számára fontos, hogy világosan lássák, hogy min kell változtatniuk ahhoz, hogy a gyermekük hazakerüljön.
5. Az intézmény működésének, szakmai programjának, házirendjének bemutatása, a gyermekre vonatkozó elvek, célok megismertetése a szülőkkel nemcsak a bizalom erősítése miatt szükséges, hanem egyfajta mintát is jelenthet a hazagondozás utáni időkre. Bevált gyakorlat, a szülőkkel egyéni helyzetüket mérlegelő „megállapodás” megkötése, amire azért van szükség, hogy érezzék, fontos résztvevői a nevelés folyamatának.
6. A szakemberek a rendelkezésükre álló eszközökkel segítik a családokat összefűző kötelékek erősítését, az összetartozást, a kapcsolattartást.
7. A gyermek korának, fejlettségi szintjének megfelelő, de őszinte tájékoztatást kap a család helyzetéről, életkörülményeik alakulásáról.
8. A testvéri kapcsolatok támogatása alapvető fontosságú a hatékony hazagondozásban, ezért fontos a testvérek együttes elhelyezése.
9. A kapcsolattartás során célszerű olyan programokat, tevékenységeket, foglalkozásokat szervezni, ahol a szülő fejlesztheti szülői készségeit, pótolhatja ismereteit; hatékony gyermeknevelési technikákat sajátíthat el.
10. Amennyiben a gyermeknek szüksége van terápiás támogatásra, feltétlenül ösztönözni kell a szülőt arra, hogy gyermekét támogassa a terápia folytatásában.

7. Szerepkonfliktusok a gyermek- és ifjúságvédelemben

Összefoglalás: A társadalmi szerepek betöltőinek meg kell felelniük pozíciójuk (szerepük) vonatkozó normáinak és elvárásainak. A társadalmi szerep viselkedési mintákból, jogokból és kötelességekből áll. Mindig a társadalom határozza meg, hogy melyek azok a képességek, amelyek egy adott státusz birtoklásához szükségesek. Az egyes szerepekhez kapcsolódó elvárások ütközhetnek egymással, ezek a szerepkonfliktusok. A fejlődés során új szerepelvárások fogalmazódnak meg, ezek is okozhatnak szerepkonfliktusokat. A szerepzavarok felismerése és megszüntetése közös érdeke a gyermekeknek és a gyermekvédelem valamennyi szereplőjének.

Cél: A szerepzavarok természetének, okainak és főbb típusainak bemutatása, a figyelem felhívása a szerepzavarok felszámolásának szükségességére és lehetséges eszközeire.

Kulcsszavak: társadalmi szerep – szerepkonfliktusok – szerepoptimalizálás – szerepelvárások – kontroll és segítő funkciók – szakmai identitás – együttműködési érdekeltség

Tanulást segítő kérdések: Mi a szociális szerep lényege? Melyek a társadalmi szerepek főbb típusai? Hogyan és kik között alakulhatnak ki szerepkonfliktusok? Milyen okai lehetnek a szerepzavaroknak a gyermekvédelemben? Milyen összefüggések vannak a kiégés és a szerepzavarok között? Hogyan lehet csökkenteni a szerepkonfliktusokat? A gyermekvédelemben felmerülő szerepkonfliktusok megoldási lehetőségei és eszközei?

A társadalmi szerep fogalma

A mindennapi szóhasználatban gyakran találkozunk *a „szerep”* kifejezéssel, amin sokan azt a kifelé mutatott, esetleg tettetett viselkedést értik, amit az egyes emberek egy adott társas helyzetben, egy adott pozícióban a többiek által elvárt viselkedésként jelenítenek meg. A társadalmi szerep ennél sokkal tágabb és komplexebb fogalom.

Az ember élete során számtalan szerepben nyilvánul meg és képes arra is, hogy egyszerre több szerepben tűnjön fel. Előfordul, hogy a különböző szerepek belső konfliktust idéznek elő a szerep gyakorlójában, vagy a szerepkeveredések külső konfliktusokba is torkollhatnak egy adott pozícióban lévő személy és a környezete között. Az emberek szerepei az évek során jelentősen változnak, részben saját tanulásuk és fejlődésük következtében, részben pedig a társadalmi környezet változásainak hatására.

Elméleti megközelítésben a szociálpszichológia és tágabb értelemben a társadalomtudományok azt a viselkedést nevezik *szociális szerepnek,* ami egy adott pozícióban (státusban) lévő személy viselkedésére vonatkozó normák és elvárások összességét, illetve a pozíció által meghatározott tevékenységgel kapcsolatos aktivitásokat tartalmazza.

A társadalmi szerep elméleti definíciói

A társadalmi szerepek definiálhatók a klasszikus, azaz *normatív szerepmeghatározás alapján*, melynek értelmében a szerepek olyan szabályt követő, összetett viselkedések, amelyek egy adott szituációhoz kötődnek, az illető személyek célelérési motivációi köré épülnek, és amelyek kollektív normák és elvárások által meghatározottak. Ez a szerepdefiníció elsődlegesen a szerephez kapcsolódó regulatív elemet hangsúlyozza, tehát ebben a megközelítésben a szerep az a tevékenység, amelyet az ember akkor végez, ha kizárólag a helyzetéből adódó normatív követelmények alapján cselekszik, az emberek

szerepviselkedése elsősorban a szerepekhez kötődő regulatív szankcióktól függ, a szerep gyakorlójának viselkedését azok a szankciók határozzák meg, amelyek a szerepekhez kötődnek. (Csepeli, 2001)

A társadalmi szerepek főbb típusai

Kissé leegyszerűsítve, a társadalmi szerep viselkedési mintákból, jogokból és kötelességekből áll. A különböző státuszokhoz különböző szerepek tartoznak, tudván, hogy a státusz a társadalomban elfoglalt pozíciót jelenti. Egy embernek természetesen több státusza van párhuzamosan, hiszen mi emberek komplex társadalmi lények vagyunk. Hogy milyen a státuszunk, azt a társadalom, illetve az a társadalmi kör határozza meg, amely kimondja, melyek azok a képességek, amelyek az adott státusz birtoklásához szükségesek, és amelyek birtoklása esetén valaki képes lehet az adott társadalmi szerep képviseletére.

A társadalmi szerepek betöltőinek mindenkor meg kell felelniük az adott pozíció (szerep) vonatkozó normáinak és elvárásainak, függetlenül attól, hogy azok velük született, vagy szerzett, vagy éppen egy szituációból következő szerepek.

A szerepek fajtái és típusai

A szerepek osztályozásánál szokás elkülöníteni *a formális és informális szerepeket*. A formális szerepek teszik lehetővé, hogy az emberek megmutatkozzanak a nyilvánosság előtt, a későbbiekben ezt a képet őrzi meg az emlékezet a szerep formálójáról. Az emberek informális szerepekben is megjelennek, elsősorban a magánéletük szférájában, szerepfelfogásukat itt elsősorban az egyéniségük befolyásolja.

Szereptípusok:

- *Veleszületett, szerzett szerepek* azok, amelyekből nem lehet kilépni, mint például a nemi szerepek, az életkorhoz kapcsolódó generációs szerepek pl. nő/férfi, gyermek/ aggastyán
- *Az univerzális vagy pervazív szerepek* elsősorban a biológiai funkciók köré csoportosulnak, tartalmuk kultúránként más és más lehet pl.: nemi és rokonsági -családi szerepek, amelyek jelentősen hatnak az összes többi szerepre.
- *Foglalkozási szerepek,* amelyek esetében az adott szakmai szervezetek, foglalkozások követelményei, elvárásai a meghatározóak az adott pozícióban lévő személyt illetően.
- *Csoporton belüli szerepek* jól ismertek a társadalmi csoportokban, szinte minden közösségben van pl. kezdeményező, problémafelvető, hírharang, véleményező, összegző, bűnbak, konstruktív, „kapuőr”, békítő stb. szerepet vállaló ember.
- *Társadalmi reprezentáción alapuló szerepek* azok, amelyeket pl. egy politikai közösség elvár az általa megválasztott tisztségviselőktől, aktivistáktól.

A felsorolt szereptípusok jól érzékeltetik, hogy a társadalom tagjaként valamennyien többszörös pozíció- és szerepbirtokosok vagyunk. Az is nyilvánvaló, hogy a pozícióink, státuszunk által meghatározott tevékenységeink végrehajtásának, viselkedésünknek interakciós vonatkozásai is vannak, azaz szüntelenül tekintetbe kell vennünk más személyek viselkedését, a más pozíciókban tevékenykedők véleményét és szándékait. Ezt a szerepek között meglévő, kölcsönös általános viszonyt nevezik *szerephelyzetnek.*

Az mindig fogas kérdés, hogy honnan tudhatják az emberek, hogy miként kell viselkedniük egy *szerephelyzetben.* A megfelelő választ a *szerepelvárás* helyes azonosítása adhatja meg, azaz annak az észlelése és tudatosítása, hogy egy-egy szerep betöltőjével szemben milyen viselkedést vár el, illetve követel meg a környezete, hiszen az elvárások teljesítésétől függ magának a szerepnek is a sikeres teljesítése, legalábbis az emberek szemében.

7.1. Szerepzavarok, szerepkonfliktusok

Maga a társadalom, illetve a társadalmi kör, amelyben az ember él, az a fórum, amelynek jogában áll meghatároznia azokat a képességeket, amelyek birtoklása esetén valaki képes lehet egy szerep alakítására. Ez az elvárás egyfajta normatív keretet ad az embereknek szerepeik gyakorlásához. Mint már többször említettük, a mindennapi életben az emberek egy időben több szerepet is betöltenek és az egyes szerepekhez kapcsolódó elvárások ütközhetnek egymással. Ez esetekben beszélünk *szerepkonfliktusokról.*

A szerepkonfliktusok különböző altípusai közül jól ismertek azok, amelyek során egy személyen belül a különböző szerepek elvárásai kerülnek konfliktusba egymással. Ezt a helyzetet *szerepek közötti konfliktusoknak* nevezik, aminek az a lényege, hogy az egyén a vele szemben támasztott szerepelvárások közötti ütközéseket szenvedi el. Ilyenkor a személyiségből fakadó konfliktusok szintjén, a családi mikroközösség szintjén és a társadalom szintjén megjelenő norma és célrendszerének ütközéséből fakadó konfliktusokkal lehet számolni. Tapasztalatból tudhatjuk, hogy ezek a szerepkonfliktusok könnyen léphetnek át szinteket, és a belső szerepkonfliktusból könnyen lehet külső, vagy fordítva.

Segíti a szerepzavarok tisztázását, hogy egyes szerepelvárásokat világos törvények rögzítik és védik, míg másokat a társadalmi szokások, hagyományok által kodifikált erkölcsök, szokások. Ennek ellenére, amikor az egyén felé irányuló különböző szerepelvárások konfliktusba kerülnek egymással, komoly belső feszültségek keletkezhetnek. Előfordulhat az is, hogy az egyén a különböző csoportok eltérő szerepelvárásai között nehezen tud állást foglalni. Ezek nehezen átélhető, kritikus helyzetek. Azt azonban látni kell, hogy az emberek többsége számára a szerepelvárások többnyire jól ismertek, világosak és a szocializáció során elsajátíthatók, azaz tanulhatók.

A konfliktusokat az előbb említett esetekben többnyire nem a *szerepkészlet* elsajátításának nehézsége okozza, hanem *több viselkedésminta egy időben történő ütközése* (megpróbál valaki egyszerre több egymásnak ellentmondó identitást működtetni pl.: tökéletes anya, tökéletes háziasszony, tökéletes feleség, tökéletes segítő akar lenni, ami egyszerre és együttesen lehetetlen vállalás).

A szerepkonfliktusok okozta feszültségeket minden esetben oldani kell, mert a legrosszabb megoldást választja az, aki megpróbálja a szőnyeg alá söpörni a szerepkonfliktusok okozta feszültségeket.

Első lépésként a kialakult helyzettel való szembenézést kell említeni. Sokszor a következményes okok kusza hálójából kell kiszálazni, hogy az eredendő probléma nem más, mint szerepkonfliktus. A probléma azonosítását követően csökkenthetjük a szerepzavar okozta feszültségeket. A legjobb megoldás az észszerű kompromisszumok kialakítása lehet, ha erre van lehetőség.

A szerepkonfliktusok feloldásának több rögzült módja ismert:

- *A figyelem megosztása:* amikor egyik szerepünkben megpróbáljuk kiiktatni a másik szerepet, így kiiktatja a kettő közötti ellentmondást is. Ebben az esetben mindig annak az elvárásnak engedelmeskedünk, amelyik szerepben éppen vagyunk.
- *Ideológia-gyártás:* átértékelést, racionalizálást, önigazolást jelent, amikor magyarázatot gyártunk a saját viselkedésünkre.
- *Kompromisszumképzés*: ilyenkor megpróbáljuk a különböző elvárásokat kompromisszumok révén összeilleszteni.
- *Kábítás*: a kábítás a feledés, a pillanatnyi feszültségoldás keresését jelenti akár alkohol, drog, nyugtatók segítségével.

- *Menekülés:* kilépés az adott helyzetből, amikor otthagyjuk a szerepeinket.

Az elhárító mechanizmusok alkalmazása nem vezet eredményre. Sok minden késztetheti az embereket olyan döntésre, mint a figyelem elterelése a problémáról, az elfojtás, a tagadás, a projekció stb., de ezek választása még rövid távon sem célravezető.

A mentálhigiéné hatása a segítő szerepek formálódására

A szerepzavarok csökkentésében nagy szerepe lehet a megfelelő mentálhigiénés munkának. A köztudatban a mentálhigiénét a lelki egészséggel azonosítják, de a fogalom nem egyszerűen a pszichés megbetegedések és magatartászavarok kezelését jelenti, hanem azoknak a megelőzését, a lelki értékek, a kapcsolati kultúra fejlesztését is.

A gyermek- és ifjúságvédelemben tevékenykedők sokféle módon tudnak hozzájárulni a mentálhigiénés szemlélet és kultúra alakításához. Leginkább azzal, ha olyan belső világot, olyan belső viszonyokat teremtenek, amelyek alkalmasak annak az együttélési kultúrának az elsajátítására, gyakorlására, amelynek középpontjába a másik ember tisztelete kerül. Ez utóbbi nélkül nem képzelhető el a szakmai szerepek egészséges megfogalmazása és gyakorlása.

A segítő pedagógia olyan pedagógiai gondolkodás- és szemléletmódot kínál a segítő szakmák művelői számára, amely nem a teljesítményt vagy felszíni viselkedést helyezi előtérbe, hanem az emberek, diákok személyiségének egészét akarja megérteni és így kínálja nekik a változás és a fejlődés lehetőségeit. E szemléletmód a tanítás-tanulás folyamatát a segítőmunka részeként, mint a személyek közti kapcsolattartás és kölcsönhatások összességét értelmezi.

A „személyközpontú szemlélet lényege, hogy a segítőpedagógia módszerével a fiatalok teljes személyére, személyiségére fókuszálunk, egyszerre próbáljuk a pszichés állapotukat javítani, az általa okozott gondokat kezelni, s a háttérben meghúzódó egyedi problémákat feltárni, azok megoldásában a fiatalt támogatni...” (Bartha, Győrik, Hegedűs, 2019, p5).

A fiatalok helyes szerepelsajátításához a pedagógiai mentálhigiéné egyaránt kínálja a megoldandó lelki egészségvédelmet, a mentális egészség fenntartását szolgáló értékek közvetítését, az ezt elősegítő magatartás, szokásrendszer kialakítását és a pedagógus munka lelki egészségvédelmét.

Ennek érdekében olyan feladatok megoldását kell felvállalni, mint:

- A személyiség fejlődésének elősegítése, az önismeret fejlesztése.
- Az esetleges zavarok megszüntetésének segítése.
- Az emberi kapcsolatok kulturáltságának fokozása.
- A kiscsoportokon, szervezeten belüli kommunikációs és interakciós viszonyok humanizálása.
- A segítés, a tolerancia gyakorlatának kialakítása. (Hegedűs, 2010)

A segítő ebben a folyamatban szakmai kompetenciáival, valamint egész személyiségével vesz részt. Fontos, hogy megfelelő önismerettel rendelkezzen, tisztában legyen azzal, hogy milyen szerepeket visz, nyitott legyen a kliens által hozott problémákra, illetve a mindenkori változásokra. A szerepek tudatosítása segíthet abban, hogy a segítő átlássa a kapcsolatokat és tisztában legyen azzal is, hogy a szerepgyakorlás során megjelenő érzelmek miről is szólnak valójában.

A segítő személyiség

Napjainkban a *rendszerszemlélet* válik meghatározóvá a legtöbb társadalomtudományban, ami a *segítés fogalmát* is új kontextusba helyezi. Rendszerszemléleti nézőpontból „A nevelés a személyiségfejlődés segítése, szándékos szocializáció" (Nagy, 2010), így tehát minden gyermeket érint. A szerző kijelöli a segítő nevelő legfőbb képességeit, ezek az átlagos kötődési hajlam, a segítő kommunikáció, az empátia, az önállóság segítése, az együttműködési képesség, a konfliktusok kezelésének képessége, valamint a demokratikus attitűd, mely pedagógiai pszichológiai ismeretrendszerrel kiegészülve fejti ki hatását.

Ezen a szakterületen a *segítő ember személyisége munkaeszköz.* Minden más szakmától eltérően, itt nem csupán alkalmazunk bizonyos eszközöket és módszereket, hanem a saját személyiségünkön keresztül működtetjük azokat. Az eredményes együttműködéshez, a bizalmi légkör megteremtéséhez olyan nélkülözhetetlen eszközöket használunk, mint az odafordulás, a meghallgatás, az érzelmek visszatükrözése, az átkeretezés, a nyitott mondatok, az elhangzottak összefoglalása stb.

A legfontosabb az, hogy a segítők személyiségében, mint munkaeszközben, kell lennie egy olyan „képességanyagnak", ami lehetővé teszi, hogy harmonikus, jó kapcsolatba kerüljenek a másik emberrel. Hogy milyen gyakorlati és elméleti képességekre van szükség ehhez, azt Carl Rogers fogalmazta meg: empátia, azaz jó beleélő-képesség; kongruencia, azaz hitelesség; valamint a másik ember feltétel nélküli elfogadásának képessége. Ugyancsak ő állítja, ha ez a három tulajdonság megvan valakiben, akkor az illető alkalmas a segítő szakma gyakorlati művelésére.

Ahogyan azt a jeles pedagógusprofesszor, Karácsony Sándor már fél évszázada megírta, a hivatás olyasvalami, aminek segítségével rátalálunk önmagunkban egy hajlamra. Ez a hajlam belső hajtóerő, amely meghatározza érdeklődésünket, és nem enged szabadulni. Mágnesként vonz bennünket érdeklődésünk tárgya felé, kíváncsiságot ébreszt bennünk, és arra ösztönöz, hogy ismerkedjünk, foglalkozzunk vele. Legyen szó akár pszichológiáról, akár bármely más szakmáról, hivatásról akkor beszélhetünk, ha ez a hívás elér, és kellőképpen motivál minket. A két tényező szoros egységet alkot: a belső késztetettség és valamiféle külső érintettség.

Fel kell idézni a téma kapcsán Allport gondolatait a *„hivatásszemélyiségről"*. A hivatásszemélyiség olyan belső elköteleződés egy szakma, egy mesterség iránt, amely az adott foglalkozás végzését örömmé teszi művelője számára. Az embert egyfajta otthonosságérzet járja át, miközben az általa preferált tevékenységet végzi. Különösen fontos ez a segítő hivatást választók esetében. Bagdy Emőke kiemeli, hogy „Ez a már-már boldogságnak nevezhető érzés az, ami egyértelműsíti bennünk, hogy jó helyen járunk, jól hallottuk azt a bizonyos belső hangot, amit követve az adott foglalkozáshoz jutottunk el. Ha eltekintünk az egyéb külső körülményektől, segítőnek ugyanazért megy valaki, amiért valaki más tetőfedőnek vagy zeneszerzőnek: úgy érzi, ez az a terület, ahol a lehető legnagyobb mértékben megvalósíthatja önmagát, és amivel igazán átlényegülten tud foglalkozni" (Bagdy, 1999, p 32).

Szerepváltozások, a társadalmi szerepek tanulása, a fejlődés lehetőségei

Az ember személyisége, társadalmi szerepei hosszú fejlődés útján alakulnak ki. A fejlődés maga állandó, de különböző dinamikájú változások láncolatából tevődik össze. Közhely, de igaz, hogy minden ember személyisége egyedi és megismételhetetlen. Az is köztudott, hogy a reális énkép kialakulásához sok tapasztalatra, pozitív és negatív élményre egyaránt szükség van. A szociális „érettséghez" csak a *személyes tapasztalaton alapuló tanulási folyamaton* keresztül juthat el az ember.

A szociális tanulás fontos elemei *a viselkedési kontroll, a viselkedési normák betartása és az önszabályozás.* A társadalmi szerepek elsajátításához elengedhetetlenül szükséges, hogy a szociális magatartás készségei stabilan rendelkezésre álljanak.

A társadalmi szerepelsajátítás elsősorban olyan ismeretek, készségek és képességek megszerzését jelenti, amelyeket az adott szerepekkel kapcsolatban a csoport, a közösség elvár a tagjaitól. A szerepek tanulásának folyamatában fontos szerepet kap az *utánzás.* Az utánzás kezdeti és gyakori formája a *spontán utánzás, azaz a társadalmi minták spontán másolása.* Már csecsemőkorban megkezdődik a folyamat, amikor a gyermekek már képesek az utánzásra, bár nem kötik még belső képekhez. Előrelépés a *késleltetett utánzás,* amikor a 2 év körüli gyermekek már képesek felidézni a modellként tekintett személyek viselkedését, gesztusait. Az utánzással mintegy megnyugtatja, megjutalmazza magát a gyermek, tehát az utánzás által pozitív élményekhez jut. Kiemelendő, hogy meglehetősen pontosan képezik le a gyermekek a negatív szülői mintákat is, ezért óriási a szülők felelőssége abban a tekintetben is, hogy viselkedésükkel milyen mintákat „örökítenek át" utódaikra.

A korai szocializáció erőteljesen hat a későbbi társas magatartásformákra. Az emberek értékorientációja jelentős mértékben a korai szocializáció eredményein alapul, amit jelentősen befolyásol *a családok értékorientációja, a családi együttélés klímája és a nevelés stílusa.* Nem véletlen, hogy a szeretetorientált családokban erős érzelmi azonosulás (empátia) segíti a szociális normák belsővé válását; míg a szigorú, hatalomorientált nevelési elvek sokszor csak külső, látszólagos engedelmességet biztosítanak.

A szerepek elsajátításának fontos lépcsőfoka *az engedelmesség* készségének kialakítása. A társadalmi szerepek gyakorlásához elengedhetetlen az engedelmesség, hiszen a társadalmi normák követése enélkül nem lehetséges. A tanulási motiváció igen sokféle lehet, engedelmességet tanulhat az ember ambíciói várt teljesülése, tehát végső soron a jutalom, a nyereség reményében; vagy a büntetés elkerülése érdekében is.

Fontos állomásai a társadalmi szerepek tanulásának az *identifikáció és az interorizáció. Az identifikáció (a szereppel való azonosulás)* nagyon fontos a szerepelsajátítás szempontjából, még akkor is, ha kezdetben a tevékenység főként külső meghatározottságú. A külső okok sokfélék lehetnek, a motiváció erőssége emberenként és helyzetenként változó lehet. Az identifikáció akkor lesz magas szintű, ha a szereppel való azonosulás meghatározóan saját indítékú, s nem pusztán az utánzásról szól.

Az interiorizáció (belsővé válás) során az adott társadalmi szerep teljes vállalásáról van szó, azaz az értékek, elvárások beépülnek az egyén értékrendszerébe. Lényegében ezt tekinthetjük a szocializációs folyamat lényegének és céljának: *társadalmi státusuk, pozíciójuk betöltésére alkalmas, kompetens, hatékony, célirányos emberek felelősen* végezzék feladataikat.

A stabilizáló, szerepoptimalizáló mechanizmusok mellett számolni kell a változó mechanizmusokkal is. Ezért tarthatjuk veszélyesnek, a fejlődés gátjának, ha a társadalmi szerepek elsajátítása során megjelenik *a konformizmus,* legtöbbször arra hivatkozva: *„Már száz éve így csináljuk", „Apámnak is bevált, miért változtatnék?".* Nem jobb a másik véglet sem, amikor a konformizmus teljes hiányában *nonkonformizmus* alakul ki, ha az emberek felrúgják, semmibe veszik a társadalom törvényeit, struktúráit és hagyományait.

A fejlődés folyamata komplex belső és külső hatásmechanizmusok révén megy végbe, tehát nem szűkíthető le a külső befolyásokra. Részei: a biológiai érés, a tanulás és ezek kölcsönhatása, valamint a pszichológiai érést is elősegítő gyakorlás, hogy mindezen hatások közös eredményeként az emberek új fejlődési szintre léphessenek.

7.2. Szerepkonfliktusok a gyermek- és ifjúságvédelemben

Mindannyian tapasztalhatjuk, hogy a gyermekvédelemben jelentős változások történtek, s ennek részeként új típusú problémák jelentkeztek. Egyre többször találkozhatunk magatartászavarral, fiatalkori szenvedélybetegséggel, erőszakkal, bántalmazással, melyek kezelése egyre nehezebb. A gyermek- és ifjúságvédelmi rendszer nincs könnyű helyzetben, mert nem könnyű kellő hatékonysággal föllépni a régi-új nehézségekkel szemben.

Az elmúlt évtizedekben végbement vitathatatlan fejlődés ellenére szükség van *a segítő szakmák modernizációjára, új eszközök bevezetésére.* Az új szakmai területek, technikák, elvárások és stratégiák megjelenésének köszönhetően változik például a *szakmakép*, s legfőképpen változnak a szerepelvárások. Mindez érinti a segítő szakmák képviselőinek identitását, hiszen egyáltalán nem mellékes, hogy milyen identitással látják el a feladataikat, milyen szakmai szocializáció mentén fejlődik a szociális munka, a szakemberek milyen sémákat visznek magukkal, s az mennyire felel meg a társadalmi szerepelvárásoknak.

Az elmúlt években több, a segítői szerepekre irányuló vizsgálat eredménye igazolta, hogy a segítő szolgáltatásokkal kapcsolatos szerepelvárások átalakultak, és a segítők szerepével kapcsolatban új, sok tekintetben az eddigiekhez képest *eltérő szerepelvárások* fogalmazódtak meg. Példaként említhetjük a *bizalmi kapcsolatok* alakulását. Tudjuk, hogy a segítő folyamat akkor a legeredményesebb, ha a bizalmi kapcsolaton alapul. A segítő általában a támogató, tűzoltó, védelmező, ápoló szerepet tölti be áttételesen. Ebben a viszonyban a bizalmi kapcsolat alapja a két fél között létrejött *partnerkapcsolat.* Konfliktust jelenthet, de akár alá is áshatja a bizalmat az a tény, hogy a szociális szférában dolgozók *munkakörüknek megfelelően állandó kontroll funkciót* töltenek be, hiszen az állam alkalmazottai, munkájuk törvényi keretek között szabályozott. Megjelenik tehát a szerepkonfliktus: a *kontroll és a segítő funkció kettősségének* dilemmája. A szakembernek el kell döntenie, hogy melyik elvárásnak feleljen meg: az állam és a társadalom, vagy a kliens elvárásait helyezze előtérbe. A vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy az a célszerű, ha *a hatósági szemlélet irányából a szolgáltatások irányába történik elmozdulás.* (Somogyi, 2013)

A szociális szakemberek munkájuk során, a törvényi szabályozástól függően, több szerepkategória közül választhatják ki, hogy mely segítségével tudják hatékonyan megoldani a felmerülő problémákat. A segítő szakmák művelőire is igaz, hogy nem egyetlen szerepkategóriának megfelelve tevékenykednek, hanem több szerepkategória kombinációjával tudnak részt venni a segítő folyamatokban. Ettől a dilemma még fennmarad és nem könnyű eldönteni, hogy a két szerep – kontroll és segítő – közül melyik bizonyul hatékonyabbnak. De **s**zerepzavarokhoz vezethet az is, hogy a társadalom szerepelvárásainak egyre nehezebb megfelelni a gyermekvédelem alulfinanszírozottsága és szakemberhiánya miatt. Nehezíti a szerepelvárások minőségi teljesítését a külső feltételek hiánya, de számtalan szakmán belüli megoldatlan ellentmondás terheli még a szerepalakítás zavartalanságát.

A segítő foglalkozást végzők nehézségei

A segítő tevékenység során a legfontosabb szempont *a segítségre szoruló ember szükségleteinek megfelelő* segítségnyújtás. Nem feledkezhetünk meg arról, hogy a segítő munka során, a segítséget nyújtó személy is sérülhet. (A segítők életútjainak feltárása során megrendítő élményekkel is találkozhatunk.) Komolyan számításba kell venni, hogy a folyamatosan az „élet árnyékos oldalán” segítő személyeknek a saját életükben is zavarokhoz, lelki problémákhoz vezethet segítő szerepük gyakorlása.

A segítő nehézségei lehetnek:

- intimitási szükséglet és az intimitástól való félelem paradoxona
- túlzott empátia, azonosulás, elfogadás
- tolerancia az indulatok és saját agresszió kezelése

- személyes szükségletek eliminálása
- személyes félelmek felerősödése
- kompetencia határok helyének és megtartásának nehézsége
- szerepkonfliktusok
- befolyásolhatóság
- szerepidentitás meggyengülése

Előfordulhat a segítő áldozattá válása is. Ekkor önpusztító játszmák vehetik kezdetüket. Súlyos gondokat jelez, ha a segítők kapcsolatalakítási képessége beszűkül, a magán és a munkaszféra a végletekig összemosódik. Az állandósuló időhiány, a pszichés energiaszint csökkenése, a segítők elmagányosodása, mind olyan jelek, amiket észre kell vennie mind magának az érintettnek, mind pedig a környezetének, még mielőtt a testi megbetegedések jegyei jelentkeznének. Fontos, hogy mielőbb felismerjük ezeket a jeleket és feltétlenül kérjünk segítséget a munkahelyi vezetőtől vagy külső szakembertől!

A kiégés veszélyei

A kiégés nemcsak a túlhajszolt menedzserek, „munkamániások" betegsége, hanem mindenkit fenyeget, akik hosszútávon nem képesek munkájukat és magánéletüket összehangolni. A kiégés gyógyítása sokkal nehezebb, mint megelőzése. A tünetek kialakulásáért nemcsak a „páciens", hanem az őt körülvevő környezet és a szerepzavarok, szerepkummulálódás is felelős lehet.

Divatos betegségnek tartják – némi joggal -, hiszen a tünetegyüttest, mint pszichés betegségkategóriát, csak 1974-ben írta le Herbert J. Freudenberger. A segítő szakmák művelőit gyakran fenyegető betegség lényege, hogy a megterhelések, azaz a stresszorok nyomán fizikai, mentális és érzelmi kimerülés lép fel, ami reménytelenséggel, a célok, törekvések elvesztésével jár együtt. Csökken az önértékelés, a munka eredményessége, nő a mások iránti negatív beállítódás.

A kiégés főleg azokat érint, akik munkájuk révén közvetlenül kapcsolódnak más emberekhez. Az orvosoktól a pedagógusokig, a vezető beosztásúaktól az ügyintézőkig, a jogásztól a rendőrig, széles skálán mozognak azok a szakmák, ahol minden nap emberekkel kell bánni, s amelyek művelőinél fokozottan fennáll a kiégés veszélye.

A kiégés fogalmát megalkotó Herbert J. Feudenberger a problémát először önsegítő csoportok tagjainál, krízisintervenciós központokban és egészségügyi dolgozóknál figyelte meg. Azóta a kiégést, mint minden nehezen megfogható pszichés problémát, többen, többféle képen írták le. Abban viszont mindenki egyetért, hogy a kiégés, angol nevén a „burn out", nemcsak az előbbi munkaterületeken, hanem gyakorlatilag minden foglalkozásnál megfigyelhető, s a közvélekedéssel ellentétben nemcsak a felsővezetésben, hanem az alacsonyabb munkaköri szinteken is ugyanúgy előfordul. Szakemberek szerint az alacsonyabb pozícióban lévő munkatársak kiégése mentálhigiénés szempontból mindenképpen veszélyesebb, mert ezek a szakemberek nehezebben váltanak munkahelyet, kevésbé motiváltak megszokott szerepeik megváltoztatására. Az is tévedés, hogy a kiégés a motivált embereket kevésbé fenyegeti, mint a kevéssé motiváltakat.

A kiégés szindróma több összetevőből áll:

- A fizikai, mentális és érzelmi kimerültség a reménytelenség érzetét keltheti.
- Ehhez az érzéshez testi tünetek is társulhatnak: krónikus fáradság, fejfájás, alvászavarok.
- Gyakoriak a kisebb fertőzések, fekélyek; emésztési problémák is kialakulnak.
- Gyakori, hogy az érintett alkohollal, dohányzással, droghasználattal próbálja hangulatát javítani, kiegyensúlyozni.

- A pszichés tünetek közül a depresszió, a kudarcélmény, a tehetetlenség érzése, olykor düh jelenik meg, a koncentrációs és az emlékezeti készségek csökkennek.
- Mindezeket olyan viselkedési tünetek kísérik, mint a munkamorál romlása, a gyakori hiányzás, a teljesítmény romlása, csökkenő kezdeményező képesség, amelyek gyakran munkahelyváltáshoz vezetnek.
- A magánéletben is felmerülnek problémák, sokaknál ide vezethetőek vissza párkapcsolati problémáik, sőt akár a válásuk is.

A kiégés szakaszosan alakul ki a munkavégzés folyamatában:

1. Első, az idealizmus szakasza. Ekkor még jellemző a szakmáért való lelkesedés, élénk a kollégákkal való kapcsolattartás, az érintettek a saját személyiségüket tartják munkaeszköznek.
2. A második a realista fázis. Az illető a szakmája iránt elkötelezett, együttműködő a kollégáival, nyitott a szakmáját célzó újításokra, de a részvétel és a távolságtartás egyensúlyán fáradozik.
3. A stagnálás vagy a kiábrándulás szakasza. Ekkor már csökken a teljesítőképesség, az érdeklődés és a nyitottság. Az emberekkel való kapcsolattartás csupán a legszükségesebbekre korlátozódik és a kollégákkal való eszmecsere is csökken, gyakran terhessé válik.
4. A negyedik periódus a frusztráció. Szakmai visszahúzódás jellemző, valamint, hogy partnereikben egyre több negatív vonást fedeznek fel. A kapcsolatokban a megengedő és a tekintélyelvű stílus ingadozik, míg szakmai életüket mindinkább üresnek, feleslegesnek, munkatársaikat pedig idegesítőnek tartják.
5. Az apátia fázisa az ötödik. Ekkor minimumra korlátozódik az interakció, a másokkal való bánásmód ridegebbé, sőt ellenségessé válhat. A szakmai munka sematikus lesz, az illető a kollégákkal való találkozásokat kerüli.

A kiégés azonban elkerülhető! Nem következik be, ha

1. megvan az általános motiváció, azaz a segítő elismertnek, fontosnak érzi magát a munkahelyén, ha világosak a vele szemben támasztott szakmai szerepelvárások,
2. ha adott a szakmai fejlődés lehetősége,
3. sokat jelent, ha a munkahelyen van lehetőség esetmegbeszélő, szakmai támogató és kollegiális konzultációkra,
4. fontos az anyagi és erkölcsi megbecsültség érzése is, és nem utolsó sorban a túlterheltség elkerülése!

A szerepkonfliktusok feloldása és az előrelépés lehetőségei

A szerepzavarok megszüntetése közös érdeke az államnak és a gyermekvédelem valamennyi szereplőjének, eminensen a gyermek- és ifjúságvédelmi szakellátásban élő fiataloknak, valamint az érintett családoknak. Az 1997-es Gyermekvédelmi törvényben rögzített gyermekvédelmi struktúra és intézményrendszer előrelépés a korábbi évekhez képest és általában véve megfelel a korszerű gyermekvédelmi rendszerrel kapcsolatos elvárásoknak, de az azóta *bekövetkezett változások indokolttá teszik a rendszer fejlesztését, korszerűsítését.* Ez minden bizonnyal többlépcsős és azokon belül is sok lépést felölelő folyamat lesz. Ezek a lépések azonban segítik a szerepzavarok tisztázását és a szerepkonfliktusok feloldását, ami nélkül minőségi haladásról nehéz lenne beszélni.

Az első lépések közé tartozik és alapvető fontosságú egy *egységes szakmai fogalmi apparátus* kidolgozása; az egyes *terminusok* (például a gyerek mindenek felett álló érdeke) *tartalmának* tisztázása; a *módszertani protokollok* kidolgozása, melyek az egyes területeken folyó szakmai munka közös

értékhátterét adják. Enélkül a *közös értékháttér és fogalmi bázis* nélkül nehezen képzelhető el, hogy a gyermekvédelem képes szakmai fejlődést elérni és lépést tartani a gyorsan változó valósággal.

Fontos, hogy az ellátásban dolgozók *szakmai identitása* erősödjön, hogy el tudják helyezni magukat a gyermekvédelmi rendszerben. Megkerülhetetlen, hogy egységes nevelési szemlélettel, koherens gondozási célokkal rendelkezzenek és birtokában legyenek a munkájukhoz szükséges készségeknek, képességeknek. (Rácz, 2010)

A továbblépés további fontos területe, hogy maga a gyermekvédelmi rendszer szereplői is működjenek együtt, legyen egyértelmű, hogy kinek, mi a feladata, melyik lépés tartozik rá, és ezen lépések megtétele számonkérhető legyen minden szereplőtől.

A cél az, hogy a szerepkonfliktusok csökkentése érdekében érvényesüljön *az együttműködési érdekeltség a rendszerek között*, és szűnjenek meg az ellenérdekeltségek a különböző ellátási színterek között.

A szakmai-etikai megközelítésen alapuló szabályok lefektetése nélkülözhetetlen a minőségi feladatellátáshoz. A szakmai munka javítása érdekében a közeljövő feladatai közé tartozik a különböző szintű képzések beindítása, a speciális tudást nyújtó gyermekvédelmi tárgyú továbbképzés rendszerének a szélesítése. El kell kerülni, hogy a gyermekvédelem közszolgáltató szerepe helyett a közhatalmi feladatok váljanak hangsúlyossá, ami szerepzavarokhoz vezetne.

Felhasznált szakirodalom

Ainsworth, M. D. S. - Blehar, M. C. - Waters, E. - Wall, S. (1978): Patterns of attachment. A psychological study of strange situation. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.

Bagdy E. (1977): Családi szocializáció és személyiségzavarok. Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp.

Bagdy Emőke (1999): Az első találkozás jelenségvilága a segítő kapcsolatban, Budapest, Osiris

Barát Katalin - B. Erdős Márta - Buda Béla - Demetrovics Zsolt - Dénes Balázs - Dr. Hoyer Mária - Kardos Edina - Kelemen Gábor - Komáromi Éva - Kurimay Tamás - Pikó Bettina - Rácz József - Takács István Gábor - Topolányszky Ákos - Urbán Róbert (2009). Az Addiktológia alapjai III. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft.

Bartha Éva, Győrik Edit, Hegedűs Judit (2019): *A segítő pedagógia módszertana*, http://szockepzes.hu/wp-content/uploads/2019/04/Iskolai-szoci%C3%A1lis-munka_BJ-et_al.pdf

Bartholomew, K. - Horowitz, L. (1991): Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. In: Journal of Personality and Social Psychology, 61. 226- 244.

Berczik K. (1998): Nevelőotthonba került gyerekek viszonya családjukhoz. Gyermekvédelem-Nevelőközösség. 1998/6. 2.

Bodrogi, A. Harangozó, J. Bulyáki, T. és Falloon I.R.H. (2014) A közösségi addiktológia kézikönyve. Budapest, Ébredések Alapítvány

Both Éva – Kuslits Gábor (2014): A legjobb érdek érvényesítése a gyermekvédelmi szakellátásban, Esély 2015/4

Bowlby, J. (1969/1982): Attachment and Loss I. Attachment. Basic Books, New York.

Bowlby, J. (1973): Attachment and Loss II. Separation. Anxiety and Anger. Basic Books, New York.

Bronfenberenner, U. (1986): Ecology of the family as a context for human development. In: Developmental Psychology, 22. 723-742.

Cassady, J. - Shaver, P.R.(1999): Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications. Guilford, New York.

Cole, M. - Cole, S. R. (2003): Fejlődéspszichológia. Osiris Kiadó, Bp.

Crowell, J. A. - Treboux, D.(1995): A Review of adult attachment measures: Implications for theory and research. In: Social Development, 4. 294-327.

Csepeli, György (2001): A szervezkedő ember: a szervezeti élet szociálpszichológiája. Budapest, Kossuth

Csóka Sz. - Szabó G. - Sáfrány E. - Rochlitz R. - Bódizs R. (2007): Kísérlet a felnőttkori kötődés mérésére – A Kapcsolati Kérdőív (Relationship Scale Questionaire) Magyar változata. In: Pszichológia, 2007/ 4. 333-355.

Demetrovics Zs. (szerk.) (2007). Az Addiktológia alapjai I. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft.

Demetrovics Zs. (szerk.) (2009). Az Addiktológia alapjai II. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft.

Demetrovics, Zs. és Kun B. (2010). Az Addiktológia alapjai IV. Viselkedési Függőségek. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft

Dr. Jármi Éva (2015): Iskolai bántalmazás megelőzésére és bántalmazást elutasító csoportnorma kialakítására irányuló gyakorlatsor és alkalmazási útmutató

Drogprevenciós továbbképzés gyermekvédelmi szakellátásban személyes gondoskodást végző munkatársak számára c. továbbképzési segédanyag

DSM-IV diagnosztikai kritériumai (1995). Animula, Bp.

Elkonyin D.B. (1969): Gyermeklélektan. Tankönyvkiadó, Bp.

EMCDDA Jelentés Magyarország 2015. (Forrás: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2015.pdf)

Erikson, E.H.(2002): Gyermekkor és társadalom. Osiris Kiadó, Bp.

Falk J. (1977): A gondozónő-gyerek kapcsolat személyességének jelentősége és alapfeltétele a csecsemőotthonban. In: Aczél A. - Volentics A. (1994):

Fonagy, P. - Target, M. (2005): Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében. Gondolat Kiadó, Bp.

Freud, S. (1995): A szexuális élet pszichológiája. Cserépfalvi Könyvkiadó.

Gervai J. (1997): A korai kötődés jelentősége a gyermek fejlődésében. In: Hidas Gy.: A megtermékenyítéstől a társadalomig. Dinasztia Kiadó, Bp. 29-38.

GREZSA, F, SURÁNYI, Zs. (2014): Fiatalok szerhasználata – Kiadvány szülőknek és pedagógusoknak. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest

Gyermekotthoni ellátás protokollja Készült a TÁMOP 5.4.1.-08/1-2009-0002 projektazonosító számú A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása – Szabályozási pillér (I.) projekt keretében.

Hazagondozás Készült a TÁMOP 5.4.1.-08/1-2009-0002 projektazonosító számú A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása – Szabályozási pillér (I.) projekt keretében., 2011, szeptember

Hazan, C. - Shaver, P.R. (1987): Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology, 52. 2. 511-524.

Hegedűs, Judit (2010): Segítők segítése**,** https://amegoldas.eoldal.hu/cikkek/pedagogia-26---hegedus-judit---segitok-segitese.html

Herczog M. (1997): A gyermekvédelem dilemmái. PONT Kiadó, Bp.

Hidas Gy. - Raffai J. - Vollner J. (2002): Lelki köldökzsinór. Beszélgetek a kisbabámmal. Válasz Könyvkiadó, Bp.

Howe, D. - Fearnly, S. (2003): Disorders of Attachment in Adopted and Fostered Children: Recognition and Treatment. In: Clinical Child Psychology and Psychiatry. Vol. 8.(3) 369-387.

KÁLLY-KULLAI, K. (2013): Érdemes beszélni róla – Szülőknek a kábítószer problémáról. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest

Kassai Sz. - Pintér J. N. - Rácz J. (2015): Addiktológiai területen dolgozó tapasztalati szakértők: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás. *Psychiatria Hungarica*, 30 évf. 4. sz., pp. 372-388.

Major Zs. B. - Mészáros K. (2007): “Fotel vagy karfa” Gyakorlat- és eszközközpontú nevelés-módszertani kézikönyv gyermekvédelemben, gyerek- és lakásotthonokban dolgozók számára. FORRÁS KLUB Tudományos Informatikai és Média Fórum Közhasznú Egyesület, Szeged.

Miyake, K. - Chen, S. - Campos, J. J. (1985): Infant temperament, mother ’s mode of interaction, and attachment in Japan. In: Bretherton, I. - Waters, E. (eds.): Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child development, 50. No. 209.

Molnár, D. (2012): A Portage-modell: egy integrált módszer a szenvedélybetegek gyógyításában. *Szociális Szemle 2012/1. (88-97.)*

Mönks, F. J. - Knoers, A. M. R.(1998): Fejlődéslélektan. FITT IMAGE - Ego School, Szentendre.

Nagy József (2010): Új pedagógiai kultúra, Budapest, Mozaik

Nagy L. (2005): A felnőtt kötődés mérésének új lehetősége: a közvetlen kapcsolatok élményei kérdőív. In: Pszichológia, 2005/3. 223-245.

NEMZETI DROGELLENES STRATÉGIA 2013 – 2020 (80/2013. (X. 16.) OGY Hat.)

Parti Katalin (2016): A megfélemlítés szabályozása Magyarországon és külföldön In MEdIas REs 2016/1

Pszichopedagógia. Nevelőotthoni nevelés 1. Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp. 56-65.

Rácz Andrea (2010): Barkácsolt életutak, szekvenciális (rendszer) igények. Esély, 2010/6.

Rácz, J (2004): Addiktológia. Tünettan és intervenciók. Budapest, Semmelweis Egyetem

Rácz, J szerk. (2005): A drogkérdésről őszintén, Budapest. B+V Medical+Tecnical Lap--és Könyvkiadó

Raffai J. (2000): Megfogantam, tehát vagyok. Párbeszéd a babával az anyaméhben. Press Publica Kiadó, Bp.

Rákó E. (2010): Gyermekvédelmi intézményekben élő gyerekek az empirikus kutatások tükrében. In: Soós Zs. (szerk.): Társadalomtudományi tanulmányok a pedagógia és történettudomány köréből. Galénos Alapítvány, Debrecen 58-80.

Ranschburg J. (1998): Az érzelem és a jellem lélektanából. Okker kiadó, Bp.

Smith, E. R. - Mackie, D. M. (2004): Szociálpszichológia. Osiris Kiadó, Bp.
Somogyi Ildikó. (2013): Szerepkonfliktusok a gyermek- és ifjúságvédelemben, https://tudoster.idea.unideb.hu/hu/szerzok/2429

Szakellátásba kerülés A Befogadó Otthon Készült a TÁMOP 5.4.1.-08/1-2009-0002 projekt azonosító számú A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása – Szabályozási pillér (I.) projekt keretében.

Urbán R. (1996): Felnőttkötődés és intim kapcsolatok. In: Magyar Pszichológiai Szemle, 1996/ 4-6. 347-361.

Vajda Zs. - Kósa É. (2005): Neveléslélektan. Osiris Kiadó, Bp.

Vajda Zs. (2002): A társas kapcsolatok és viselkedés fejlődése kisiskolás kortól serdülőkorig. In: Mészáros Aranka (szerk.): Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága. ELTE Eötvös Kiadó, Bp. 147-163.

Vallon H. (1971): Válogatott tanulmányok. Gondolat Kiadó, Bp.

Varga Bea, Kristóf Pál (szerk.)(2015): Gyermekbántalmazás felismerése és kezelése a gyermekvédelmi szakellátásban - munkaanyag

Veczkó J.(2002): Gyermek- és ifjúságvédelem. APC-Stúdió, Gyula.

Winnicott, D.W. (1965/2004): Gondoskodás a gyermekről egészségben és válságban. In: Winnicott, D.W. (2004): A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok. Szerkesztette: Péley B. Új Mandátum Könyvkiadó, Bp.126-132.

Zilberstein, K. (2006): Clarifying Core Characteristics of Attachment Disorders: A Review of Current Research and Theory. In: American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 76.(1) 55-64.

Zsolnai A. (1987): A gyermekkori kötődések vizsgálatának egy lehetséges eszköze. Acta Univ. Szeg. de A. J. nom Sectio Paed. et Psych. No. 29. Szeged, 165-180.

Zsolnai A. (1998): A szociális kompetencia fejlettsége serdülőkorban. In: Magyar Pedagógia 1998/3. 187-210.

Zsolnai A.(2001): Kötődés és nevelés. Eötvös József Könyvkiadó, Bp.

Zsubrits Attila, (2011): A kapcsolat, mint esély A gyermekvédelmi intézményekben élő serdülőkorú fiatalok kötődésrendszerén belül a nevelőkkel kialakult kapcsolat összetevői Doktori (Ph.D) értekezés

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Bodrogi, A. Harangozó, J. Bulyáki, T. és Falloon I.R.H. (2014) A közösségi addiktológia kézikönyve. Budapest, Ébredések Alapítvány

Both Éva – Kuslits Gábor (2014): A legjobb érdek érvényesítése a gyermekvédelmi szakellátásban, Esély 2015/4

Csepeli György (2001): A szervezkedő ember: a szervezeti élet szociálpszichológiája. Budapest, Kossuth

Demetrovics Zs. (szerk.) (2007). Az Addiktológia alapjai I. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft.

Demetrovics Zs. (szerk.) (2009). Az Addiktológia alapjai II. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft.

Dr. Jármi Éva:Iskolai bántalmazás megelőzésére és bántalmazást elutasító csoportnorma kialakítására irányuló gyakorlatsor és alkalmazási útmutató 2015

Hazagondozás Készült a TÁMOP 5.4.1.-08/1-2009-0002 projekt azonosító számú A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása – Szabályozási pillér (I.) projekt keretében., 2011, szeptember

Rácz Andrea (2010): Barkácsolt életutak, szekvenciális (rendszer) igények. Esély, 2010/6.

Rácz, J szerk. (2005): A drogkérdésről őszintén, Budapest. B+V Medical+Tecnical Lap--és Könyvkiadó

Somogyi Ildikó (2013): Szerepkonfliktusok a gyermek- és ifjúságvédelemben, https://tudoster.idea.unideb.hu/hu/szerzok/2429

Szakellátásba kerülés A Befogadó Otthon Készült a TÁMOP 5.4.1.-08/1-2009-0002 projekt azonosító számú A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása – Szabályozási pillér (I.) projekt keretében.

Vikár Gy. (1999): Az ifjúkor válságai. Animula Kiadó, Bp.

Zsubrits Attila, (2011): A kapcsolat, mint esély A gyermekvédelmi intézményekben élő serdülőkorú fiatalok kötődésrendszerén belül a nevelőkkel kialakult kapcsolat összetevői Doktori (Ph.D) értekezés